

50

ANIVERSARIO

SALUD PÚBLICA **MEDICINA SOCIAL**

Francisco Rojas Ochoa

Editorial Ciencias Médicas

SALUD PÚBLICA
SMEDICINA SOCIAL

SALUD PÚBLICA MEDICINA SOCIAL

Francisco Rojas Ochoa



La Habana, 2009

Rojas Ochoa, Francisco.

Salud Pública. Medicina Social / Francisco Rojas Ochoa. La Habana:
Editorial Ciencias Médicas, 2009.

254 p. tab., gráf.

Bibliografía al final de cada parte

WA 525

1. SALUD PÚBLICA
2. MEDICINA SOCIAL
3. SISTEMAS DE SALUD
4. CUBA

Edición y corrección: Dania Silva Hernández

Diseño interior y cubierta: Yisleidy Real Llufrío

Emplante digital: Frank Castro López y Xiomara Segura Suárez

© Francisco Rojas Ochoa, 2008

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2009

ISBN 978-959-212-436-3

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 # 117 e/ N y O, Edificio Soto, 2do piso, El Vedado, Plaza,
La Habana, CP: 10400, Cuba.

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 838 5575 / 832 5338

Autor

Francisco Roja Ochoa
Dr. C. Médicas
Escuela Nacional de Salud Pública

Colaboradores

Elena López Serrano[†]
Historiadora Médica
Facultad de Salud Pública

Cándido López Pardo
Dr.C. de la Salud
Universidad de La Habana

Lázaro Israel Rodríguez Oliva
Periodista
Revista "Temas"

Agradecimientos

—|A Diana Rojo León, Andrea Sánchez Valdés, Caridad López Jiménez y a todos aquellos que se preocuparon por la marcha del libro y contribuyeron de una forma u otra a su preparación.

Presentación del autor

Francisco Rojas Ochoa nació en Tacajó, pequeña población junto a un central azucarero de la entonces provincia de Oriente, Cuba, el 21 de agosto de 1930. Se graduó de médico de la Universidad de La Habana en 1960 y obtuvo un diploma de Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México en 1965.

Inició su desempeño profesional como médico del Servicio Médico Social Rural en el año que este se creó en Cuba (1960); ocupó los cargos de Coordinador del Servicio Médico Social Rural, Director Provincial de Salud Pública (Camagüey), Director Nacional de Estadísticas y Director del Instituto de Desarrollo de la Salud.

Fue profesor en la Universidad de La Habana, Presidente Fundador de la Sociedad Cubana de Administración de Salud (hoy Sociedad Cubana de Salud Pública) y coordinador en el Caribe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Ocupó también el cargo de Vicerrector de Investigaciones del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Es Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba.

En el año 2005 recibió la Orden "Carlos J. Finlay" otorgada por el Consejo de Estado de la República de Cuba y el Premio de la Organización Panamericana de la Salud en Administración 2005.

Ha publicado más de 70 artículos científicos y libros de su especialidad: la Salud Pública.

Prólogo

"El sentido del pasado..."

Todos los seres humanos somos conscientes de la existencia del pasado (definido como el período que precede a los acontecimientos que han quedado directamente registrados en la memoria de cualquier individuo) como resultado de compartir la vida con personas que nos superan en edad. Todas las sociedades susceptibles de convertirse en centro de interés del historiador tienen un pasado, ya que incluso los habitantes de las colonias más innovadoras proceden de sociedades con una larga historia a sus espaldas. Ser miembro de cualquier comunidad humana significa adoptar una posición respecto al propio (a su) pasado, aunque ésta sea de rechazo. El pasado es, por tanto, una dimensión permanente de la conciencia humana, un componente obligado de las instituciones, valores y demás elementos constitutivos de la sociedad humana. A los historiadores se les plantea el problema de cómo analizar la naturaleza de este "sentido del pasado" en la sociedad y cómo describir sus cambios y transformaciones.

Hobswan E. Sobre la historia.
Barcelona: Editorial Grijalbo;1998.

El profesor Francisco Rojas Ochoa nos entrega en esta oportunidad parte de su amplio trabajo como docente, investigador, escritor y colaborador internacionalista. El contenido de su libro refleja su dilatada carrera de profesional de la salud que ha transitado, desde su vida universitaria en la Universidad de La Habana, la Escuela de Salud Pública de México, el Centro de Gestión Administrativa de París y, especialmente su trayectoria en el Sistema Nacional de Salud Pública de Cuba; desde sus actividades como médico rural, delegado del Ministro de Salud Pública para el norte de Oriente, coordinador del Servicio Médico Social Rural en la Sierra Maestra, Director Provincial de Salud Pública en Camagüey, Director Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública, Director Fundador del Instituto de Desarrollo de la Salud, vice-rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, consultor de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud y del Fondo de Población de las Naciones Unidas, director de la Revista Cubana de Salud Pública, profesor de la Escuela de Salud Pública de La Habana, profesor del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud en Managua, Nicaragua.

El profesor Rojas Ochoa es Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba, Profesor de Mérito e Investigador de Mérito. Ha recibido numerosas condecoraciones, como la Orden "Carlos J. Finlay" otorgada por el Consejo de Estado de la República de Cuba y el Premio en Administración 2005 de la Organización Panamericana de la Salud.

El libro que nos entrega constituye un aporte de gran significación para el quehacer de los profesionales de la salud, y estudiosos de otras profesiones relacionados con temas sanitarios. Su libro refleja su vida y obras polifacéticas, comprometidas con la Revolución Cubana, así como su espíritu científico, beligerante y creador de nuevos pensamientos y formas de trabajo, enriquecidas en la práctica social, siempre compartida con sus colegas y alumnos dentro y fuera del país, en instituciones de salud, instancias universitarias, sociedades científicas y su grupo familiar.

El libro se divide en cuatro partes y epílogo; las partes incluyen doce artículos, en los que el autor nos conduce a través del surgimiento, desarrollo de la especialidad y sus características en diferentes países; se dedican cinco apartados relacionados con la salud en Cuba desde la colonia, la república y la definitiva independencia alcanzada con la Revolución.

El apartado "Surgimiento de la especialidad", expone, como elemento central, que su análisis debe estar ligado al marco económico y social que le corresponde en cada etapa histórica; por ello, es necesario enfocar, en su conjunto, el desarrollo de la salud pública en el plano de su organización como actividad social y, obviamente, como disciplina científica. Aquí se hace una pormenorizada revisión del surgimiento de la salud pública desde Johan Peter Frank hasta la generación de políticas nacionales en el siglo xx, y el surgimiento de las escuelas de salud pública en América Latina a partir de las experiencias en Sao Pablo y México, completado con los comentarios acerca de los hechos acaecidos en el campo socialista.

En los artículos relacionados con los distintos momentos de la salud pública en Cuba, desde los tiempos de la colonia hasta su definitiva independencia, el profesor Rojas Ochoa nos presenta acuciosamente, con rigor histórico y amplio soporte bibliográfico, el surgimiento y desarrollo de la especialidad. En estos textos secuenciales, no sólo nos presenta la parte conceptual, sino que conjuga, en forma holística, los hechos en la administración de la salud pública, las medidas preventivas, la organización de los policlínicos, los hospitales, las bases de las estadísticas en salud, la emergencia de las sociedades científicas y de las facultades de medicina.

Con claridad nos presenta la irrupción del pensamiento norteamericano y del modelo capitalista, y el nacimiento de la ideología médica como base

para el proceso de atención de la salud. Expone las reacciones nacionales frente a las líneas hegemónicas de corte norteamericano, como los trabajos de Finlay, la emergencia de la higiene, la preparación de los informes anuales sanitarios y demográficos, y el boletín mensual de las defunciones en la Ciudad de La Habana.

El doctor Rojas Ochoa registra hechos de proyección mundial como fueron la promulgación del primer Código Sanitario y la creación del primer Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente se remite a la emergencia de la práctica privada institucionalizada y la creación, en 1925, de la Federación Médica de Cuba. Es importante, en este período, la creación, en 1927 del Instituto "Carlos J. Finlay", primera escuela de salud pública de Cuba.

En el conjunto de artículos, el autor nos lleva a valorar la importancia de los análisis históricos como componentes básicos para el futuro, y el aporte de los protomédicos, en su larga lucha, hasta llegar a la definitiva independencia y el nacimiento del Sistema Nacional de Salud de Cuba, que sigue vigente y que, día a día, se rejuvenece, adquiere dimensiones propias para su tiempo y el futuro como potencia médica mundial, en que la solidaridad internacionalista adquiere una dimensión única en su compromiso con su pueblo y el mundo.

En otra parte del libro, el profesor nos invita a reflexionar sobre la teoría y práctica de la medicina social, la revolución social y las reformas sanitarias: Cuba en la década de los 60; la situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba; el desarrollo de la economía global y su impacto en el siglo XXI. La obra concluye con la entrevista realizada por el periodista Lázaro Rodríguez Oliva sobre los modelos de salud en Cuba, que constituye una reflexión serena, autocrítica y comprometida con la Revolución y el Sistema Nacional de Salud. A una de las preguntas nos responde:

¿Cómo actuar en el futuro? La política más abarcadora y de mejores resultados a largo plazo será la que denominamos enfoque de salud de la población, o sea, priorizar aquellas acciones de promoción y prevención que abarcan a toda la población, mejor que programas dirigidos a grupos vulnerables (que no se eliminarían del todo). Continuar la política de fortalecimiento de la atención primaria de salud, con el acercamiento de las tecnologías modernas adecuadas a este nivel y el perfeccionamiento de la práctica clínica. Esto se realizaría en un ambiente de ética profesional y humanista, de solidaridad y entrega al servicio, basados en la concepción política ideológica de la Revolución Cubana.

Todo esto debemos estudiarlo y reflexionar sobre cada concepto e idea del pensamiento de Fidel, que se ha expresado en cada momento y lugar sobre lo más trascendente en el decursar de la salud pública revolucionaria cubana:

- El desarrollo del capital humano.
- La cobertura de la población con los servicios dotados con la más moderna tecnología.
- La solidaridad como principio ético en los servicios de salud.
- La investigación científica como fundamento de las acciones en salud.
- El internacionalismo, practicado sin condicionamiento político.¹

Estamos seguros que esta nueva contribución del profesor Rojas Ochoa constituirá un texto de lectura y estudio para el actual cuerpo de médicos, profesionales de la salud y, especialmente, para futuras generaciones.

Miguel Márquez

¹ Temas No. 47:35-43, julio-septiembre de 2006.

Contenido

Introducción a esta edición

PARTE I

ACERCA DE LA HISTORIA DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN/1

- Introducción/ 1
- Surgimiento de la especialidad/ 2
- Desarrollo de la especialidad/ 7
- La especialidad en el campo socialista/ 14
- Cuba: en tiempos de la colonia/ 18
- Cuba: en la ocupación militar yanqui/ 24
- Cuba: en tiempos de corrupción y tiranías/ 34
- Cuba: en la crisis final del régimen neocolonial/ 51
- Cuba: en armas por la definitiva independencia/ 58
- Colofón/ 69
- Referencias/ 70

PARTE II

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA SOCIAL/73

- Referencias y Notas/ 93

ALGUNOS CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD/99

- Sobre algunos conceptos y prácticas/ 99
- La promoción de salud/ 107
- Educación para la salud/ 109
- Referencias/ 117

ECONOMÍA, POLÍTICA Y ESTADO DE SALUD EN CUBA/119

- Antecedentes en Cuba/ 119
- Ambiente socioeconómico/ 120

Financiamiento y gastos en el sector de la salud/ 128

Situación de la salud/ 130

Referencias/ 134

PARTE III

REVOLUCIÓN SOCIAL Y REFORMA SANITARIA: CUBA EN LA DÉCADA DE LOS 60/137

Introducción/ 137

Metodología/ 141

Resultados/ 142

Discusión/ 152

Referencias/ 161

MODELO DE LUCHA ANTIEPIDÉMICA/167

SITUACIÓN, SISTEMA Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA EL DESARROLLO EN CUBA/169

Introducción/ 169

Situación de la salud/ 170

El sistema de salud/ 176

El modelo de sistema/ 177

Los recursos humanos/ 184

El desarrollo/ 187

Referencias/ 191

EL DESARROLLO DE LA ECONOMÍA GLOBAL Y SU IMPACTO SOBRE POLÍTICAS DE SALUD/193

Introducción/ 193

Enfoque económico/ 194

Enfoque social/ 196

Y cada vez son más las exclusiones y los excluidos/ 197

A lo largo de la frontera descrita, cientos de personas pierden su vida cada año/ 197

Enfoque político/ 201

Enfoque de salud/ 202

¿Qué se dice en Cuba?/ 203

Referencias/ 205

EL COMPONENTE SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XXI/207

El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud/ 207

Referencias/ 213

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CUBA, 1959-1984/215

El contexto y el comienzo/ 215

La atención a la población rural/ 217

La atención en el medio urbano/ 218

Surgimiento del policlínico/ 219

Primer salto cualitativo/ 223

Referencias/ 226

PARTE IV

LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA EL AVANCE DE LAS METAS DEL MILENIO/227

Referencias/ 232

MODELOS DE SALUD EN CUBA: HABLA UN PROTAGONISTA/233

*Entrevista a Francisco Rojas Ochoa
por Lázaro Israel Rodríguez Oliva/ 233*

EPÍLOGO/249

Referencias/ 253

Introducción a esta edición

El propósito de este libro es presentar mis ideas acerca de la protección de la salud de la población, mediante el recuento de otras ideas surgidas a través del tiempo. El recorrido temporal abarca más de 200 años y presenta el pensamiento dominante en Europa, América y Cuba.

Las partes del libro ya han sido publicadas antes, entre 1988 y 2006 y se presentan aquí en orden cronológico de aparición, que en cada caso tuvo un propósito principalmente docente, intentando dejar a los educandos con los que tengo contacto en los últimos 40 años (pre y posgrado) los elementos que considero esenciales para el conocimiento y trabajo en salud pública, sobretodo de aquellos que devienen en directivos del sistema:

1. La ideología. Para Cuba, país en Revolución, lo primero sobre la formación de los trabajadores, es lo ideológico, lo político. Dejo a la concepción burguesa la idea de la neutralidad o apoliticidad de la ciencia. Toda conducta, toda acción social, y en salud pública se trabaja sobre lo social, es política y la preside la ideología del actor. Nuestra ideología es el marxismo. Nuestra posición hoy es contra la reforma neoliberal, contra la privatización de los servicios de salud, por la equidad en los servicios y la participación social en ellos, por el disfrute pleno de todos al derecho a la salud.
2. La ética en la conducta cotidiana de los servidores públicos. Que es búsqueda de la equidad, actitud solidaria con los que requieren los servicios. Es ser sensibles ante los problemas que enfrentamos. Sentir el dolor ajeno como propio. Esto vale no solo para los clínicos, médicos o enfermeras u otros que trabajan en estrecho contacto con el paciente y sus familiares, es también condición del administrador de los servicios, de todos los trabajadores de la salud.
Para los que tratan al paciente, no abandonar la clínica, integralmente practicada, que acerca al enfermo, al que llegamos con el primer mensaje solidario cuando se le escucha atentamente, se le interroga con interés real y se examina con detenimiento. Siempre apoyarnos en la verdad, no mentir, y cumpliendo en cada caso con los principios de la ética, en lo individual y colectivo. Defender a la población de la explotación por los productores capitalistas de medicamentos, adherirnos a la gratuidad de los servicios para los pacientes. No abandonar la lucha por los ideales.

3. La formación humanística, que empieza en el hogar, aprendiendo la lengua materna, la cultura de nuestro pueblo, que formaliza la escuela, el trabajo, las múltiples relaciones sociales; que se enriquece en contacto con el arte y la literatura, a lo que contribuye mucho acercarse a la historia, sobre todo a la historia patria, que es parte junto a todo lo anterior de la ideología, la conciencia política, de la que se ha dicho "De todas las formas de apropiación espiritual de la realidad, la conciencia política ha sido siempre la más importante a lo largo de nuestro desarrollo como pueblo."¹

Escribo aquí de la ideología, de la ética y de la formación humanística de Fidel, que no abandonó a un compañero caído al agua en alta mar, que dispuso la atención a los campesinos por los médicos de la guerrilla, que predicó con el ejemplo donando su propia sangre para las víctimas de una catástrofe, que enfrentando el Período Especial apoyó la ampliación del Museo Nacional de Bellas Artes, que encabezó la lucha para el rescate del niño secuestrado y devolverlo a su familia.

Además de todo lo anterior, es que debemos ocuparnos de la formación profesional, los conocimientos y habilidades del que deberá aliviar, curar y rehabilitar, detener una epidemia, higienizar una comunidad, promover salud y prevenir enfermedad. Y cuando se está formado en estos aspectos, mirar siempre a la historia de la profesión, sobre todo la historia social de la medicina y la salud pública, gran fuente de formación integral de los trabajadores de la salud.

Sin estos principios orientadores de la formación de todos los trabajadores de la salud, la pericia de un entrenamiento tan prolongado como el de un cirujano cardiovascular o la más poderosa y moderna tecnología aplicada, carecen de sentido para un paciente que no alcanza la satisfacción plena por la atención recibida, que es un componente de alto valor para la salud y tampoco satisface las aspiraciones de una población que necesita y reclama un ambiente sano.

El autor
La Habana, enero de 2007

1. Acanda González JL. Una mirada sobre la ciencia política. Temas No. 48: 130-33, octubre-diciembre de 2006.

Parte I

A CERCA DE LA HISTORIA DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN*

Introducción

En el contexto de este trabajo, se entiende por especialidad, aquella rama de las ciencias de la salud que surge como una necesidad de la práctica social, tiene objeto propio de estudio y contenido definido de trabajo, usa métodos propios o tomados de otras ciencias, es materia de enseñanza formal e investigación científica, es práctica social específica de los cuadros y especialistas en ese campo y adopta formas de organización social y laboral particulares.

Cabe enfatizar que se trata en el caso de interés, de una especialidad que tiene áreas de contacto con otras ciencias como las sociales, matemáticas, administrativas, jurídicas o económicas, pero que aquí se define como una ciencia médica. De ahí que los que la practican son predominantemente profesionales de la salud, sin perjuicio de ser conocida, dominada y practicada por otros profesionales, lo que le da su carácter multidisciplinario.

En la historia de la medicina no se identifica hasta una época relativamente reciente la práctica social diferenciada de la organización y dirección de servicios de salud, aunque sus antecedentes son muy antiguos. Sin embargo, en este período de diferenciación ha proliferado la nomenclatura con que se designa esta práctica. Así, entre otras denominaciones, se pueden enumerar: policía médica, higiene social, medicina social, salud pública, higiene social y organización de la salud pública, higiene social y organización de la protección de la salud, administración de salud, administración de servicios de salud, epidemiología social, epidemiología de la atención médica, medicina preventiva y más, sin mencionar áreas de trabajo que pueden considerarse parte de esta especialidad o entidades independientes: economía de la salud, administración de hospitales, salud pública internacional, legislación sanitaria, entre otras.

Es obvio, por demás, que esta riqueza en denominaciones refleja variabilidad del concepto mismo de la especialidad, de sus objetivos y contenido, pero hay más de común en lo que se define, que diferencias.

* Reproducido de: Rojas Ochoa F. Acerca de la Historia de la Protección de la Salud de la Población. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1988 [mimeógrafo].

Se trata de demostrar la existencia de una especialidad, que ha surgido en la práctica y se ha desarrollado desde hace más de 200 años, que se ha llamado de diversos modos, que ha sido y es el quehacer de innumerables profesionales que en diversas épocas y circunstancias han intentado dirigir sobre bases científicas las tareas de la protección de la salud de la población.

La última expresión del párrafo precedente “protección de la salud de la población” (de grupos de personas o del pueblo), escogido para el título de este trabajo, es la más adecuada. Soslaya entrar en la discusión del término más conveniente para la especialidad, que se abordará en otro estudio, y es la más general de las posibles expresiones encontradas en la literatura revisada.

El estudio es el resultado de investigar el tema en fuentes secundarias para lo referente a otros países y fuentes primarias y secundarias en lo relativo a Cuba.

Al exponer el desarrollo de la especialidad se insiste en los momentos en que esta se identifica como práctica profesional, en el inicio y avances en su enseñanza formal y en la realización de investigaciones, en la aparición y desarrollo del pensamiento teórico dominante en diferentes épocas y en lo más notable de las publicaciones científicas que pueden avalar el desarrollo de la especialidad.

Todo lo anterior se trata en el marco económico y social que le corresponde en cada etapa histórica, en especial cuando se refiere a Cuba. Para ello ha sido necesario enfocar en su conjunto el desarrollo de la salud pública en el plano de su organización ramal como actividad social y obviamente como disciplina científica, que es el objetivo específico de este ensayo.

El tema permite extenderse de modo considerable en su tratamiento, pero se impone un límite que aconseja la disponibilidad de tiempo y paciencia de los posibles lectores. Esto y las deficiencias mismas del investigador para encontrar más y mejores hechos que aportar, condujeron a un relato de extensión relativamente corta.

Surgimiento de la especialidad

El advenimiento del capitalismo puso por primera vez en la orden del día de la historia de la medicina la necesidad de abordar el estudio de la relación entre el desarrollo social y la salud de las personas.

Ello fue resultado de la conjugación histórica de una serie de circunstancias económicas, sociales, políticas, sanitarias y científicotécnicas.

Esta serie de circunstancias se puede resumir del siguiente modo:

1. El impetuoso desarrollo de las fuerzas productivas, que tiene su punto culminante en el avance de la industria maquinizada, subvierte el estancamiento feudal y plantea un cambio revolucionario en la dinámica de la población laboral, al solicitar más y más fuerza de trabajo, en función del incremento de la ganancia capitalista.
2. La polarización de la situación social agudizó la situación de miseria de las clases explotadas. Estas masas oprimidas, cuya participación en la etapa de derrocamiento del régimen feudal fue decisiva para la burguesía y que recibieron de estas promesas para una vida justa y libre, fueron luego engañadas y, agobiadas, se lanzaron a la conquista de sus derechos y arrancaron a la burguesía concesiones y reformas mediante la lucha de clases.
3. El naciente estado burgués, frente a tales realidades económicas y sociales, se va viendo cada vez más en la necesidad de vertebrar una política sanitaria que satisfaga las exigencias de la ley de la plusvalía y amortigüe el descontento social.
4. El creciente desarrollo industrial y sus determinadas consecuencias negativas para la salud de las personas, la urbanización acelerada sin una infraestructura sanitaria adecuada, el impetuoso impulso a las comunicaciones que acarreó la internacionalización de la vida social, cuya base es el mercado mundial capitalista; todo ello sirvió de base a grandes epidemias y enfermedades ocupacionales que afectaron a hombres pero también a mujeres y niños arrastrados al proceso productivo. En fin, como nunca antes, se manifestó la heterogeneidad social de la enfermedad humana dentro de las grandes metrópolis capitalistas, y entre ellas y sus correspondientes colonias.
5. La medicina, sumida hasta entonces en los esquemas del tratamiento individual del enfermo, basada en concepciones materialistas ingenuas en el mejor de los casos, o como en la mayoría, salida del oscurantismo clerical de siglos, recibía el influjo del desarrollo de las ciencias naturales por una parte y de la filosofía por otra, que corrían desde entonces al ritmo del desarrollo social.

En conclusión, la necesidad económica y social fue la que generó un nuevo objeto de estudio para las ciencias médicas.¹

¿Cómo transcurrió históricamente este proceso de surgimiento de una nueva especialidad?

Veamos los antecedentes en Europa, del proceso antes referido, en la etapa de la descomposición feudal.

Como un elemento de la teoría alemana de la monarquía absoluta aparece el concepto de *Staatswissenschaft*, ciencia del estado.² Ello se concibe en dos aspectos: necesidad de una política del Estado en lo económico y social, y de una rama de los conocimientos que se vincule a la

teoría y a la práctica de la administración. Como una derivación surge la policía médica (*medizinische polizei*), concepción de Wolfgang Thomas Rau en 1764, al publicar “Consideraciones acerca de la utilidad y necesidad de un reglamento para la policía médica de un Estado”. En 1771 Christian Rickman propone un código de policía médica que abarcará los programas gubernamentales y sus reglamentos, para preservar el bienestar de la tierra y la población, la protección contra las enfermedades infecciosas, el tabaco y las bebidas, la inspección de los alimentos y el agua, la limpieza y el drenaje de las ciudades, la existencia de consejos de salud en las oficinas administrativas locales, entre otros.³

En la perspectiva teórica Rau propone una división de las enfermedades en dos grandes grupos:

1. Naturales: contagiosas y epidémicas.
2. Sociales: hechas por el propio hombre.

Este movimiento tiene en Alemania su punto culminante en Johann Peter Frank, pionero de la salud pública y la medicina social.⁴ En su libro “Policía Médica” propone una serie de medidas de carácter gubernamental para la protección de la salud de los individuos.

Recomienda el análisis de la población, la necesidad de una legislación que beneficie a la parturienta, estudia los problemas de la salud del niño (higiene, cultura física, alimentación y recreación), los accidentes, las enfermedades transmisibles, la organización de hospitales y otros.

En el orden práctico esto conduciría a la creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen las responsabilidades de una región. Es así como un proyecto adoptado por Prusia en los comienzos del siglo XIX forma una pirámide de médicos que incluye desde el médico de distrito encargado de una población de 6 a 10 mil habitantes hasta los responsables de una región mucho mayor o una población entre 35 y 50 mil habitantes. Aparece en ese momento el médico como “administrador de salud.”²

En Inglaterra, a pesar de no existir ningún resultado concreto, en el siglo XVIII concurren las ideas de William Petty sobre la ganancia que representaría el control de las epidemias y la necesidad de hacer estudios de grupos ocupacionales de interés para el Estado. En 1707, Nehemia Grew planteó la necesidad de regular las tarifas de pagos de los médicos y, en 1719, con la fundación de la Charitable Society, se impulsa primero la creación de hospitales para pobres y después de ambulatorios, que fueron llamados dispensarios.⁵

En Italia, Bernardo Ramazini en 1713 estudia la relación entre las condiciones sociales y la salud de la población, determina factores nocivos vinculados a determinadas labores e identifica el condicionamiento social en el patrón de enfermedades.⁶ Un antecedente importante de la obra de Ramazini fueron los trabajos de Paracelso y Agrícola, casi 100 años antes.⁷

Como puede apreciarse, el antecedente más importante en el intento de un enfoque social de la medicina y de organizar la protección de la salud es el movimiento que conceptualizó la policía médica en Alemania, vinculado en forma esencial a la política de la monarquía feudal, apoyada por la burguesía incipiente.

Sus gérmenes están en relación directa con la organización de la salud pública y su proyección teórica es limitada. Pero de este movimiento surgen ya los primeros hombres que se dedican preferentemente a trabajar y estudiar los problemas de la organización social para la protección de la salud.

En el siglo XIX nacen la medicina e higiene social. Cabe decir que ambos términos se usaban como sinónimos y no identificaban posiciones adversas, ni diferentes.

La Revolución Francesa tuvo un poderoso impacto en lo teórico y lo práctico en el surgimiento de la medicina social. Entre 1793 y 1794 se implantó un sistema nacional de asistencia social que incluía la atención médica. Los materialistas franceses, que adelantaron importantes ideas en relación con la influencia del medio ambiente sobre el hombre, intervinieron en la medicina. Se debe a L.L. Finke la primera geografía médica que pone de manifiesto la relación entre el clima, el terreno, las ocupaciones, las causas morales y físicas y las enfermedades. El libro apareció entre 1792 y 1795, en varios volúmenes; precedió 70 años la célebre “Topografía Médica” de Meynne, en Bélgica.⁸

Una de las grandes revistas médicas de esta época, la “Revue d'higiene” publique, que empieza a publicarse en 1820, será el portavoz de la medicina social francesa.²

L.R. Villerme con su estudio en 1840 de las condiciones sanitarias de la industria textil genera un movimiento que termina en 1841 con la Ley Laboral sobre la Infancia. También realiza estudios de mortalidad en distintos sectores del país, que ponen en evidencia la relación de la pobreza y la enfermedad, entre el ingreso y el desarrollo físico, de la ocupación laboral y la tuberculosis pulmonar, así como investiga las enfermedades causadas por el plomo, en fábricas de fósforo, y otros. Con justicia se considera a Villerme como figura cimera en esta etapa.

El término “higiene social” es introducido por J.A. Rochoux en 1838. Identifica la separación entre la higiene individual y la social. En 1844 Foucault escribe sobre la higiene social y su papel en la prevención de las enfermedades crónicas. Jules Guerin introduce en 1848 el término medicina social y los conceptos de fisiología social, patología social, higiene social y terapia social. En Jules Guerin se ve claramente una posición que vincula la medicina social a la profesión médica.⁸

Paralelamente, en Alemania, al calor del derrumbamiento del feudalismo, se vertebra un importante movimiento médico social.

Salomón Neuman resume una serie de principios de la medicina social:

1. La salud del pueblo es un problema de toda la sociedad.
2. Es obligación de la sociedad proteger la salud de sus miembros.
3. Las condiciones sociales determinan la distribución de la salud y la enfermedad, lo que necesita ser investigado.
4. Debe haber junto a la terapia médica, la “social.”

Rudolf Virchow proclama “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”. En su estudio de la epidemia de tifus de 1847 en Alta Silesia, identifica como sus causas, además de las biológicas y físicas, las económicas, sociales y políticas.

En 1849 es sometida a la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Berlín un Proyecto de Ley de la Salud Pública, donde se señalan como sus objetivos:

1. Asegurar la salud mental y el desarrollo físico de los ciudadanos.
2. Prevenir los peligros para la salud.
3. El control de las enfermedades.

En Inglaterra, J.P. Kay en 1832 estudia las condiciones de las fábricas de algodón de Manchester y la salud de los trabajadores. Este autor sería citado años más tarde (1845) por Federico Engels en su obra “La situación de la clase obrera en Inglaterra”. Turner Trackrah realizó en 1831 estudios de salud laboral. Cuando la burguesía reconoce la necesidad de asegurar un nivel de salud que garantice el desarrollo de la ganancia, se crea en 1843 una comisión para estudiar el estado sanitario del país y se dicta en 1848 la primera ley de salud pública. En 1856 Ramsey, en sus ensayos de medicina estatal formula los principios de una política social para el cuidado de la salud.

La consolidación de la elaboración teórica de la medicina social culmina en Alemania con Alfred Grotjahn, quien reserva el término “medicina social” para la atención médica, y define la dimensión de la “higiene social”. Publica en 1911 su libro “Patología Social” y elabora una serie de principios básicos que se resumen en:

1. La importancia de la enfermedad desde el punto de vista social la determina, en primer lugar, su frecuencia.
2. La necesidad de conocer la frecuencia y formas de la enfermedad.
3. Las formas de relación etiológica de las condiciones sociales y la enfermedad pueden ser:
 - a) Crea o favorece la predisposición.
 - b) Provoca la enfermedad.
 - c) Transmite las causas.
 - d) Influye en su curso.

4. Relación entre las condiciones sociales y las enfermedades y viceversa.
5. Atención al ambiente económico y social para evitar las enfermedades e influir en su curso a través de medidas sociales.

Grotjahn propugna la necesidad de la enseñanza de la higiene social y de las investigaciones en este campo, al utilizar métodos estadísticos, demográficos, antropométricos, económicos y sociológicos. Fundó en la Universidad Humboldt, Berlín, una cátedra con este nombre en 1920, lo que materializó su proposición en enseñar esta materia en escuelas de medicina. Ya en 1865, bajo el influjo de las ideas del célebre filósofo, matemático y político Gottfried Wilhelm Leibnitz, se había creado en Prusia un “Collegium Sanitatis” para la protección de la salud.³

El propio Grotjahn venía enseñando esta materia en su Universidad desde los primeros años del Siglo, pero sin cátedra propia. Su libro de 1911 tuvo como antecedente importante, ser la primera monografía sobre higiene social, aparecida en los países de idioma alemán, que fue publicada por K. Georg, en 1890.⁹

Paralelamente a la fundación de la Cátedra Universitaria por Grotjahn, en el mismo año 1920, A. Gottstein, Director General del Ministerio de Sanidad de Prusia crea la “Academia de Higiene Social para la formación de médicos de distritos, comarcales, asistenciales y de escuelas” en Berlín, Dusseldorf y Breslau.¹⁰

Un análisis de esta etapa permite concluir que se manifiesta una decisión de separar la medicina o higiene social como una rama independiente de las ciencias médicas, al surgir inclusive el propio término. Es importante el aumento de las investigaciones médico-sociales concretas con la progresiva utilización de diferentes métodos de las distintas ciencias. Aparece, por primera vez, la formulación en el plano teórico de conceptos y principios propios, lo que demuestra madurez en el conocimiento, como resultado del esfuerzo de generaciones. No desaparece sino que en general se mantiene y concreta, un interés de la nueva disciplina por la organización de la salud pública. Ya puede hablarse de una especialidad, de su desarrollo incipiente, de sus investigaciones y de su enseñanza.

Desarrollo de la especialidad

En 1905 se había fundado en Berlín la Sociedad de Medicina Social, Higiene y Estadística Médica. En ese momento eligieron Miembro de Honor a Salomón Neuman, cuyas ideas, las más avanzadas para su época, ya fueron presentadas en síntesis.

Ya se hizo mención también de las ideas de Petty Grew en la Inglaterra del siglo XVIII, y de trabajos de Key y Ramsey en el siglo XIX. Refiriéndose a estos tiempos, Hanlon, autor norteamericano dice “Pero en esa misma época se registran otros cambios y, entre ellos, el desarrollo del nacionalismo, del imperialismo y el industrialismo, con sus trágicas y envilecedoras influencias (...) Citaremos, como ejemplo, una de las acciones más vergonzosas de la historia de la humanidad: la autorización legal, en Inglaterra, de un estado de esclavitud para los aprendices, en virtud del cual los niños indigentes eran adjudicados por contrato a los dueños de minas y factorías.”¹¹

Este es el momento final de la acumulación originaria del capital, es la fase en que madura el capitalismo y se inicia la escalada de desarrollo del sistema hacia el imperialismo. Es la época en que se agudiza la necesidad del desarrollo de la salud pública como disciplina, desconocida desde el punto de vista legal en Inglaterra hasta 1837, en que se aprobó la primera ley sanitaria. Pero fue en 1842 que se produjo el trascendental informe de Edwin Chadwick, titulado “El Estado Sanitario de la Clase Obrera en Inglaterra”, y que condujo en 1848 a la creación de una Junta General de Sanidad. Ese mismo año fue nombrado el primer “oficial médico sanitario” en Londres: John Simon, que siete años después devino ocupante del mismo cargo para toda Inglaterra. Ya desde el año anterior, 1847, Liverpool tenía su *Medical Officer of Health*, el médico W.H. Duncan.¹² Estas autoridades que así fueron surgiendo en pueblos y ciudades, tenían la responsabilidad de atender a los “pobres que lo merecieran”. Paralelamente los jornaleros y artesanos fueron formando gremios, entre cuyas funciones estaba la ayuda colectiva a los enfermos. Mediado el siglo XIX aquellos sistemas de “seguro voluntario de enfermedad” eran comunes entre las clases explotadas de Europa.¹³

El nombramiento de numerosos “oficiales médico sanitarios” y el hecho de que la “higiene pública” se convirtiera en asunto de gran interés, indujeron a la dirección del St. Thomas Hospital a organizar en el año 1856 una serie de conferencias sobre el tema y para ello nombró conferenciante al médico Edward Headlam Greenhow. Por primera vez se hacía enseñanza de estas materias de modo formal en Inglaterra.¹⁰

En 1883 surgiría en Alemania la primera ley que hacía obligatorio el seguro para compensar la incapacidad y para los gastos de atención médica. En Inglaterra no se implantó hasta 1911. Estos sistemas crearon la necesidad de cuadros profesionales para administrarlos, aunque en ellos la atención de estos especialistas se desplaza a los problemas de su financiamiento y cuestiones jurídicas.

El imperio colonial inglés, y otros países colonialistas, fueron creando “sistemas coloniales de medicina”. Se iniciaron para proteger las tropas

de ocupación y los colonos europeos, más adelante alcanzaron a proteger la población trabajadora nativa. Esta fue otra fuente que demandó administradores de salud.

Los hospitales, que en su origen no eran estatales y en general dependían de la Iglesia, comenzaron a pertenecer a los gobiernos. Generalmente el traspaso comienza por los de enfermedades psiquiátricas y para tuberculosos. Comienza a profesionalizarse la administración de hospitales.

En los EE.UU. el proceso transcurre de modo más rápido. La primera preocupación se origina sobre los problemas de saneamiento y dirigida a impedir la entrada de enfermedades exóticas. A fines del siglo XVIII, Nueva York con 75 000 habitantes, crea una “comisión de salud pública”, para atender a “la calidad del suministro de agua, la construcción de alcantarillas, el drenaje de los pantanos, el entierro de los difuntos, el plantío de árboles y vegetales saludables...”¹¹ En 1750 surgió en Filadelfia el primer hospital para pobres del país y en 1798 un Servicio de Hospital de Marina. Este fue el origen de lo que posteriormente sería el Servicio Público de Salud de los EE.UU. También es un temprano ejemplo de seguro médico (por veinte centavos mensuales los marinos mercantes tenían derecho a asistencia médica hospitalaria). Pero el primer personal facultativo de tiempo completo para la prevención de enfermedades no surgió hasta 1869 en Massachussets.¹³ Los departamentos de salubridad de las ciudades habían nacido desde 1798 (Baltimore). Esto dio origen al empleo de individuos que dedicaban su tiempo a servir en estos departamentos.

Influencia notable tuvo en el inicio de este proceso el “Informe de la Comisión Sanitaria de Massachussets”, más conocido como “Informe Shattuk”, que Hanlon ha llamado “el documento más notable de cuantos existen en América sobre salud pública”.¹¹ A nivel de un estado el primer departamento surgió en 1869 (Massachussets). Pero hasta el siglo XX no surgiría una entidad federal que intentara centralizar estos servicios de salud: la denominada *Federal Security Agency*, 1939, administración F.D. Roosevelt, y con mayor alcance, el departamento de Salud, Educación y Asistencia Social, en 1953, administración D. Eisenhower.

Estas instituciones dieron origen al funcionario de tiempo completo en la salud pública de este país, y a su extensión, que se hizo rápida, a partir de la designación de este tipo de personal en los condados; Guilford y Yakima fueron los primeros, a mediados de 1911. La política seguida indicaba que este personal se ocuparía “de todos los problemas de salud pública... y tendría residencia permanente en la localidad”.¹¹ Por otra parte, los hospitales devinieron en un “taller del médico privado”. Apareció la clínica médica de grupo, con los hermanos Mayo, en un pueblecito de Minnessota en 1887.¹³ Este modelo preside el desarrollo hospitalario, junto a los estatales, donde se forma una escuela norteamericana de administración de hospitales, en la

que destaca la figura de Malcolm Mac Eachern con su famosa obra “Organización y Gestión de Hospitales.”

En este país, el primer título de “especialista en salud pública” fue concedido por la Universidad de Michigan en 1910. En 1912 el Instituto Tecnológico de Massachussets estableció un programa de estudios sobre “salud pública y técnica sanitaria”. La ingeniería sanitaria era el contenido predominante en el programa. De este primer curso del Instituto fue alumno C.E.A. Winslow, uno de los más notables sanitarios norteamericanos, autor de una de las más conocidas definiciones de salud pública.^{11,14} Winslow no era médico, pero fue durante décadas profesor de “salud pública” en la Universidad de Yale.

Años después de iniciados los cursos en el Instituto Tecnológico de Massachussets, y al comprender que el saneamiento en sus diversos aspectos era solo una parte de la salud pública, decide crear junto con la Universidad de Harvard, una “escuela conjunta de salud pública”, que dio paso más tarde a la Escuela propia de esta última Universidad.

Entre tanto, la primera Escuela de Salud Pública en la Universidad de Pensilvania había sido ya organizada. Estas escuelas proliferaron en años siguientes, a veces sobre bases no muy sólidas. En 1941 formaron una Asociación, que conjuntamente con el Comité para la Educación Profesional de la Asociación Americana de Salud Pública creó un sistema para el reconocimiento de los grados obtenidos en la “carrera de salud pública”. Estas escuelas norteamericanas han tenido y aún tienen una fuerte influencia sobre las instituciones similares de América Latina. Tal vez la de John Hopkins en Baltimore ha sido la más frecuentada por profesionales latinoamericanos.

En 1949, en vista de que el ejercicio a tiempo completo de la medicina preventiva y la salud pública eran desde hacía mucho tiempo una especialidad de la profesión médica, se organizó la Junta Americana de Medicina Preventiva y Salud Pública, que vinculó las más importantes instituciones participantes en este campo en EE.UU. y Canadá, al adoptar normas de trabajo, relaciones profesionales y educación uniformes para estos países. En 1950 iniciaron el sistema de formación profesional mediante residencias.¹¹

Pero desde mucho antes, 1872, existía ya la asociación profesional de estos especialistas: la Asociación Americana de Salud Pública, *American Public Health Association* (APHA). En este ensayo se ha respetado la nomenclatura casi única usada en Norteamérica para esta especialidad “medicina preventiva y salud pública”. Solo en años muy recientes, una escasa minoría, que no ha logrado hacer extensivo el uso de nuevos términos, ha introducido otros como “epidemiología de la atención médica”, y “epidemiología social”. El término “medicina social” siempre fue rechazado, por confundirse con “medicina socializada” y otras connotaciones ideológicas, que a todo lo llamado “social”, dan las fuerzas más

conservadoras que han liderado la salud pública estadounidense a lo largo de su historia, no obstante los esfuerzos de hombres progresistas que han alcanzado posiciones cimeras en el ámbito académico en este país y que se han esforzado por dar una visión más clara en torno a estos conceptos y tareas, tales como Milton Roemer, Milton Terry, Marvin Susser, Vicente Navarro y sus dos grandes antecesores: Henry Sigerist y George Rosen, que en sus enfoques históricos sociales crearon una escuela de pensamiento sobre la medicina social. Rosen ha sido citado reiteradamente en este trabajo.

Las publicaciones periódicas norteamericanas son abundantes e importantes en este perfil, pero se destacan las que hoy conocen más los especialistas cubanos, el *American Journal of Public Health*, y la más recientemente aparecida *International Journal of Health Service*, bajo la dirección de Vicente Navarro. Entre los innumerables textos publicados en ese país, merecen mención dos clásicos: “Principios de administración sanitaria” de John H. Hanlon, cuatro veces impreso en Español y el texto de Milton J. Rosenau, que editado por primera vez en 1913, alcanza su duodécima edición en 1986, con el título de Maxcy-Rosenau: *Public Health and Preventive Medicine*.

De vuelta al Reino Unido, el impulso a la especialidad en los primeros años del siglo xx vino dado por la aprobación en 1911 de la primera Ley del Seguro Nacional de Salud.

Como en la Alemania de Bismarck, no fue un partido ni un político izquierdista el que impulsó esta Ley. Toca al moderado Lloyd George avanzar en el camino de las reformas atenuadoras de las dificultades sociales de la “clase media”, trabajadores y “pobres” de Gran Bretaña. El siguiente paso importante no ocurrió hasta la Segunda Guerra Mundial, al quedar planteado el problema en el célebre “Informe Beveridge”, que condujo en la posguerra, bajo un gobierno laborista, a la creación del Servicio Nacional de Salud en 1948.¹³ Como en otros países capitalistas existió fuerte oposición de los gremios médicos, invariablemente en posiciones conservadoras.

En el orden académico, y en manos de hombres de pensamiento más liberal, había surgido en 1943 un Instituto de Medicina Social en Oxford, con John A. Ryle, como primer profesor de esta disciplina. Dos años más tarde F.A.E. Crew ocupó la Cátedra de Medicina Social en Edimburgo. En 1947 se publicó el primer número del *British Journal of Social Medicine*, dirigido por Crew. Así, el término medicina social no ha tenido en este país el total rechazo que en EE.UU., aunque predomina el uso de “salud pública” y “medicina preventiva” para nominar la especialidad.

Por otra parte, en América Latina, a lo largo del extenso período que se ha resumido en apretada síntesis, se aprecia que en sus servicios de salud se refleja la influencia de diversas tendencias: la medicina tradicional, la Iglesia Católica, los servicios médicos militares, la seguridad social con fuerte influencia europea, las ideas de la salud pública de EE.UU., de su gobierno y la acción de instituciones privadas de ese país en todo el continente, en especial a través de sus “fundaciones”, y por supuesto, las expresiones autóctonas muy diversas surgidas en cada país. Una importancia especial ha tenido la existencia desde principios del siglo actual de un organismo internacional especializado en salud pública, la Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Panamericana de la Salud, de fuerte influencia en las corrientes organizativas y en la orientación de la enseñanza de la Salud Pública en la región. En Latinoamérica las expresiones “salud pública” y “medicina preventiva” han sido las más usadas para identificar la especialidad, también administración de salud, medicina social y epidemiología social.

Aron Nowinski y Julio Ripa (Uruguay) han propuesto administración médica, que ya se venía utilizando en el título de maestría que otorga la escuela de Salud Pública de México. En el concepto de los autores citados: “La denominación administración médica, designa, al mismo tiempo que la actividad considerada en sí misma, a la disciplina científica que la estudia. Nos parece más comprensiva que la denominación medicina administrativa, también utilizada para designar ambas cosas, desde el momento que lo sustantivo es administración y lo adjetivo, lo médico, campo de aplicación de la ciencia y el arte de administrar servicios de salud y facultades de medicina. La administración médica integra superándolas a las tradicionales disciplinas de administración sanitaria y administración hospitalaria y satisface de manera integral la administración de servicios de salud y atención médica. El otro campo de aplicación, de reconocimiento más reciente, es la administración de las facultades de medicina y sus escuelas a nivel profesional.”¹⁵

El período entre 1880 y 1910 representa para algunos países latinoamericanos la articulación económica con el capitalismo monopolista a través de algunos productos de exportación. En estos países los grupos capitalistas que se adueñaron de la producción para la exportación, muchos de ellos extranjeros o en estrecha asociación con estos, lograron controlar el aparato estatal e iniciar, a su través, una serie de medidas destinadas a consolidar el poder y expandir su particular forma de producción.

La creación de las direcciones o ministerios nacionales de sanidad es un indicador más de esto. Los países que en este período no lo logran es porque todavía no disponen de un producto básico que interesara al capital

extranjero.¹⁶ Esto fue más manifiesto en las repúblicas ocupadas por la naciente potencia imperialista del propio continente: Cuba, República Dominicana, Haití, Nicaragua.

La ocupación misma planteó un problema particular, la protección de la salud del ejército ocupante. Esto dio el primer impulso a medidas de saneamiento. Otra razón era proteger sus puertos en rápida comunicación con áreas “infestadas”. Además de proteger sus inversiones en los países ocupados. Sería la época primero de la presencia de los servicios médicos del ejército o la marina norteamericana, después de sus “fundaciones” con la Rockefeller al frente.

Todos estos factores determinaron el surgimiento de profesionales de la salud pública. Los que requirieron de formación académica la obtuvieron, bien en los EE.UU. o Europa, pero también fueron surgiendo Escuelas de Salud Pública, las primeras en Sao Paulo y México en los comienzos del siglo. Décadas después en San Miguel Regla, México (1959), se agruparían en una Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública que más recientemente ha sumado los Departamentos de Salud Pública (Medicina Preventiva o Social) de Escuelas de Medicina que en numerosas universidades realizan enseñanza e investigación de esta disciplina. Igualmente han surgido asociaciones profesionales y revistas especializadas. México, Argentina, Brasil, Colombia y Chile hasta la toma del poder por el fascismo, fueron los de más alto desarrollo científico-técnico en este campo. La instauración del seguro social obligatorio en Chile en 1924 y posteriormente de un servicio nacional de salud influyeron en su elevado nivel de desarrollo, del que han sido buenos representantes Gustavo Molina, Hugo Behm, y el destacado polígrafo Hernán San Martín. En México, el surgimiento del seguro social en 1943 representó también un impulso al desarrollo mexicano en este campo, donde la escuela de administración hospitalaria encabezada por Manuel Barquín, ha sido la más relevante del área. Manuel Martínez Báez, Miguel Bustamante y Pedro Daniel Martínez son otras de las figuras notables de este país. Este breve recuento se limita a recordar personalidades que, además del alto nivel y jerarquía alcanzada en su especialidad, influyeron en alguna medida en el desarrollo cubano de los años iniciales del proceso revolucionario.

Entre las publicaciones periódicas, el “Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana”, fundado en 1922 parece el de mayor influencia en el área. En Cuba tuvieron uso frecuente “Salud Pública de México” y “Cuadernos Médico Sociales” de Chile. Entre los textos más importantes difundidos en Cuba, de autores latinoamericanos cabe mencionar: “Salud y Enfermedad” de Hernan San Martín, y los de administración de salud y administración de hospitales de G. Molina y M. Barquín, respectivamente. Más recientemente “Medicina sanitaria y administración de salud” de un colectivo de autores dirigido por Abraan Sonis.

—— La especialidad en el campo socialista

Se hablará ahora del desarrollo de la especialidad en la Unión Soviética. Ya en el siglo XIX en la Rusia zarista surgen los antecedentes de la higiene social soviética. Erisman realiza investigaciones médico-sociales y plantea como principio del desarrollo de esta disciplina su necesaria vinculación con los problemas prácticos y la positiva influencia de una sistemática relación con la higiene experimental y con todo el conjunto de las ciencias médicas. Una influencia positiva en el desarrollo del pensamiento higiénico-social de los médicos en Rusia lo tuvo la organización de la medicina del “Zemstvo”, peculiar organización de la asistencia a la población rural, no caritativa, muy avanzada para su época.

¿Cómo fue el desarrollo de la higiene social soviética desde la Revolución de Octubre?

El desarrollo de esta rama del saber médico está unido a los nombres de N. Semashko y Z. Soloviov, quienes desde las tareas de la dirección de la sanidad socialista elaboraron el cuerpo teórico de la disciplina, fundaron las cátedras de higiene social en la educación médica superior y crearon las instituciones de investigación. En 1922 es creada la Cátedra de Higiene Social de la Universidad de Moscú dirigida por Semashko y, en 1923, el Instituto de Higiene Social dirigido por A.V. Molkov.¹⁷

A partir de aquí el desarrollo de la higiene social se vincula al proceso histórico de la construcción del socialismo en la URSS. En una primera etapa que puede situarse hasta alrededor de 1930, las tareas fundamentales fueron: la creación de las cátedras de higiene social, la formulación de los textos y programas básicos de la disciplina, la lucha contra las teorías reaccionarias de la higiene social burguesa occidental, la elaboración de los principios de la medicina preventiva y la realización de diferentes investigaciones higiénico-sociales.

Los propios higienistas sociales soviéticos reconocen que en esta etapa se manifiesta una marcada inclinación hacia los problemas teóricos, con una atención insuficiente a la práctica de la organización de la salud pública.¹⁸

En la década del 30 se opera una transformación en la orientación de la higiene social, pasando a un primer plano los aspectos relacionados con la organización de la salud pública, lo que inclusive provoca un cambio en la denominación de las cátedras (de Higiene Social a Organización de la Salud Pública en 1941).

La Segunda Guerra Mundial vincula las tareas a realizar con el aseguramiento del frente y la producción en la retaguardia y después transcurre un largo período de reconstrucción de la salud pública, devastada como gran parte del país por la guerra.

No obstante, en 1947 se produce una conferencia multinacional de los Jefes de Cátedra de Organización de Salud Pública, donde se pone de manifiesto la necesidad de profundizar en el campo teórico.

La década del 60 concreta un amplio movimiento de investigaciones higiénico-sociales y de utilización de métodos matemáticos en medicina, en medio de una fuerte corriente nacional de impulso de las investigaciones sociológicas.

En 1966, por Decreto del Ministro de Salud Pública, se transforman las Cátedras de Organización de la Salud Pública en Cátedras de Higiene Social y Organización de la Salud Pública.

Las mayores enseñanzas de todo este proceso radican en dos cuestiones:

1. La higiene social como ciencia profundamente partidista está determinada en su evolución, en última instancia, por la marcha del desarrollo económico-social y la política del Partido y el Gobierno. Su historia refleja con nitidez momentos importantes del desarrollo científico soviético, en que aparecen contradicciones pasajeras y serias rectificaciones.
2. Es perjudicial para la higiene social no mantener la unidad dialéctica de la teoría y la práctica. Si negativo fue en una primera etapa una inclinación por los problemas teóricos, negativo también fue sumirse en la práctica de la salud pública. El proceso devino en síntesis dialéctica como resultado de la unidad de dos etapas contradictorias: higiene social y organización de la salud pública.

La concepción de la higiene social de la escuela soviética es compartida hoy por los especialistas de los demás países socialistas de Europa. La nomenclatura utilizada es la misma, aunque algunos autores de Checoslovaquia y Rumania suelen utilizar el término medicina social en lugar de higiene social. Algunos autores alemanes los consideran sinónimos.¹⁹

En Bulgaria, dos relevantes personalidades de la especialidad se pronuncian por nombres diferentes: K.G. Gargov, director del Instituto de Medicina Social de la Academia de Medicina, (Sofía), utiliza el término medicina social y N. J. Zaprjanov, jefe del departamento de Higiene Social e Historia de la Medicina del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Plovdiv (del que es Rector), utiliza el término higiene social (Delgado, G. Comunicación personal;1987).

La escasez de literatura sobre la materia traducida al español y disponible (o al menos al inglés), no han permitido un mejor conocimiento al respecto y difusión de estas ideas entre los salubristas cubanos. Un esfuerzo al respecto fue la edición que hizo entre 1978 y 1982 el Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS) de trabajos de autores socialistas

traducidos al español. La aparición reciente del libro “Higiene social y Organización de la salud Pública” dirigido por A.F. Serenko y V.V. Ermakov (MIR, Moscú, 1986) es la primera oportunidad de estudiar una fuente original autorizada de autores soviéticos en lengua española.

Tomados de esta obra se muestra un resumen de las ideas fundamentales acerca de la especialidad, que son las ideas prevalentes en la Unión Soviética en la actualidad:

“La higiene social y organización de salud pública soviéticas como ciencia estudia la influencia ejercida por las condiciones sociales y el medio exterior sobre la salud de la población. Como tarea principal se plantea elaborar las medidas tendentes a liquidar y prevenir la influencia del medio exterior, nociva para la salud de la población, así como las medidas dirigidas a fortalecer la salud de todos los miembros de la sociedad con el objeto de elevar el nivel de la salud social.”²⁰

Esta definición es en esencia la misma que ya había formulado en un texto anterior Vinogradov N.A.¹⁷ y que está contenida en su esencia en lo escrito por G. A. Batkis y L.G. Lekarev,²¹ un texto también dedicado a estudiantes de medicina.

Estas ideas implican que la higiene social se ocupa de un conjunto de problemas médicos, sociológicos, económicos, filosóficos y políticos y de su influjo sobre la salud de las personas en condiciones históricas concretas. Por consiguiente “la higiene social no es solo una ciencia médica, sino también una ciencia política y social.”²⁰

Serenko y Ermakov distinguen la higiene social en la sociedad socialista de la higiene social burguesa: “siendo la ciencia sobre la salud de la sociedad socialista y estudiando el influjo de las condiciones sociales sobre la salud, ella no solo indica las vías de conservación y de fortalecimiento de la salud de colectivos humanos, sino que también, contando con ayuda y el apoyo activo del Estado, organiza directamente la actividad práctica de los órganos y las instituciones de salud pública, participando en la misma. La organización de la salud pública en la URSS es una parte integrante de la higiene social soviética y en ella se realizan los planteamientos teóricos de esta”. Hay que señalar que Semashko y Soloviov, fundadores de la salud pública soviética, han definido la higiene social como “ciencia sobre la salud de la sociedad y los problemas sociales de la medicina.”²⁰

Para la escuela soviética la higiene social es la base teórica de la salud pública, y sus tareas principales son:

1. El estudio del estado de salud de la población y de las condiciones sociales que influyen sobre el mismo.
2. La elaboración de los métodos de estudio de la salud de la población.

3. La argumentación teórica de la política del partido y del gobierno en la esfera de la salud pública.
4. La elaboración y aplicación de los principios de la salud pública en la sociedad socialista.
5. La elaboración para aplicación en la práctica de las formas organizativas y los métodos, del servicio de salud a la población, y de la dirección de la salud pública.
6. La crítica de las teorías burguesas y reaccionarias de la medicina y la salud pública.
7. La formación de cuadros médicos con una amplia base de conocimientos de higiene social.

Estas tareas se fijan en documentos del Partido Comunista de la Unión Soviética (PCUS) que determinan también el lugar y la importancia de la higiene social y organización de la salud pública en el sistema de la educación médica superior.

Un concepto importante, derivado de la definición misma de la higiene social y organización de la salud pública es el de “salud social”. Se ha definido la salud social como la salud de la población, condicionada por la influencia integral de los factores sociales y biológicos del medio ambiente, que se valora por los índices demográficos y las características del desarrollo físico, la morbilidad y la invalidez, siendo el factor determinante el régimen sociopolítico y económico y las condiciones de vida colectiva que de éste dependen (condiciones ambientales de vivienda, trabajo, descanso, alimentación, nivel de instrucción y de cultura, protección de la salud pública y otras).

En el texto comentado de Serenko y Ermakov no se valora de modo explícito el papel de la genética en el condicionamiento de la aparición e importancia de las enfermedades de este origen, aunque se dice que la salud de la gente depende de la acción de todo un complejo de factores sociales y biológicos.

Para estos autores la base metodológica de la higiene social consiste en el estudio y la interpretación adecuada de las causas, los nexos y la interdependencia entre el estado de salud de la población y las relaciones sociales, es decir, en la resolución correcta del problema de la relación recíproca entre lo social y lo biológico en la sociedad. Como principales métodos de investigación se postulan:

1. El estadístico.
2. El histórico.
3. El económico.
4. El experimental.

En la Unión Soviética la organización de la salud pública es parte integrante de la higiene social, es su realización en la práctica, por eso se considera que no puedan existir por separado. Igualmente consideran “especialistas en higiene social a los que se ocupan de la resolución científica de los problemas sociales de la medicina, a fin de aplicar los métodos de resolverlos en la práctica de la salud pública soviética, y los que, junto con el personal práctico, perfeccionan y fortalecen la salud pública soviética.”²⁰

Cuba: en tiempo de la colonia

Se trata en este capítulo del surgimiento y desarrollo de la especialidad en Cuba. Para tratar el tema nada más conveniente que remitirse a las recién editadas lecciones para el “Curso de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba”, del doctor Gregorio Delgado García,²² en especial para el período colonial y de la república mediatizada. Este texto servirá de base a este relato.

En los primeros tiempos de la colonia, siglos XVI, XVII y XVIII, la mayoría de las personas que se identificaron ejerciendo la medicina en Cuba eran cirujanos latinos y romancistas, y unos pocos médicos y médicos cirujanos. La medicina estaba entonces en manos de herbolarios, algebristas, barberos, flebotomianos, dentistas, comadronas y boticarios, que también tenían que examinarse ante el protomedicato y de muchos “intrusos”, que no conocían nada del modo científico de curar, para la época y si mucho de medicina popular, o eran simples charlatanes.

Corresponde entre 1511 y 1711 a los Cabildos o Ayuntamientos la función de la administración de salud. Esto es desde la fundación de las primeras villas hasta la fundación del segundo Real Tribunal del Protomedicato. Las funciones de los Cabildos no estuvieron regulados por legislación alguna, y fueron: recibimiento de títulos, nombramiento de examinadores médicos, legislación del ejercicio de la medicina, solicitud de médicos al Rey, asistencia de todo tipo a hospitales, incluidas sus donaciones, inspección de farmacias, autorización para cultivo de plantas medicinales, adopción de medidas frente a epidemias, ayuda económica a enfermos, control de barcos sospechosos de traer enfermos contagiosos y solicitud de recibimiento de protomédicos para las ciudades. No puede encontrarse en esta época especialistas en esta disciplina, como ocurría entonces en el resto del mundo.

Si bien desde 1522 o 1523 se creó el primer hospital en el país, al que en poco tiempo siguieron otros, era la Iglesia Católica quien los administraba. Esta situación perdura hasta 1833, en que se hacen cargo de ellos las Juntas de Beneficencia. Tampoco aquí se identificaron cuadros de la administración hospitalaria.

El Segundo Protomedicato instaurado en 1711 además de sus facultades de regulación del ejercicio médico y de la fiscalización de las farmacias, intervenía en las cuestiones sanitarias y normativas para hospitales. Fueron pues los Protomédicos los primeros administradores de salud. Sus acciones se recogieron en las actas capitulares del Ayuntamiento de La Habana, donde hoy pueden estudiarse, a falta de las propias actas del Protomedicato, hasta ahora no encontradas.

Otros organismos que fueron surgiendo, asumieron funciones de la salud pública, así las Juntas Generales y Municipales de Caridad y Beneficencia se encargarían de los hospitales y asilos desde 1833, las Juntas Central y Subalternas de Vacunación habían surgido desde 1804 cuando se creó la primera en La Habana para la aplicación de la vacuna antivariólica, hasta 1849 en que fueron incorporadas a la Junta Superior de Sanidad, y Juntas Provinciales y Locales de Sanidad, que se encargarían de todas las acciones de higiene pública o epidemiológica desde 1813 hasta el fin de la dominación española. Con respecto a la enseñanza de materias en relación con estas actividades, no se encuentra todavía en forma alguna, incluso están ausentes del curriculum de medicina de la Real y Pontificia Universidad de La Habana (1728-1842).

También representó un impulso al desarrollo de la salud pública las acciones en este campo de la Real Sociedad Patriótica de Amigos del País de La Habana. Estas sociedades copiaban el modelo surgido en la metrópoli, una expresión del desarrollo de la burguesía manufacturera española.

El café primero y el azúcar después serían las fuentes de desarrollo de la riqueza de los criollos. Era la época en que “el café advenedizo de nuestra agricultura se desarrolla más rápidamente que él... pero después comenzó a declinar... las tierras cafetaleras y sus negradas serían absorbidas por la industria azucarera”.²³ Surgía nuestra “sacarocracia”, según el decir de Juan Pérez de la Riva.²³ La primera de estas sociedades que se constituyó en la Isla, fue la de Santiago de Cuba (1787) y la segunda la de La Habana (1793).

Fue en esta última, en 1797, en la que Tomás Romay Chacón leyó su trabajo “Disertación sobre la fiebre maligna llamada vulgarmente Vómito Negro, enfermedad endémica de la Indias Occidentales” que marcó el comienzo de la producción de literatura médica científica cubana.

También fueron Romay y la Sociedad los introductores de la vacunación antivariólica en Cuba (1804) y de la creación de la Junta Central de Vacunación de La Habana, financiada totalmente por la Sociedad. La vacuna era una nueva tecnología anunciada por Edward Jenner en 1798, por lo que su introducción seis años después en Cuba, es para su época un ejemplo de rápida asimilación de técnicas avanzadas, como hubo otros ejemplos debido a esfuerzos personales o de sociedades, pero como línea

de trabajo tendría que esperar a los días actuales para llegar a ser política oficial del país. José López Sánchez, apunta en su reciente biografía de Finlay,²⁴ que no sería hasta 1805 que se establece la vacunación en Hull, en la propia cuna de este descubrimiento.

El estudio de aguas medicinales, de enfermedades de alta prevalencia en el medio rural y esfuerzos por mejorar la enseñanza de la medicina fueron también tareas de la Sociedad y de Romay. Fue así este insigne médico cubano uno de los primeros salubristas u organizadores de salud. Obviamente esta no era una ocupación de Romay a tiempo completo, ni de otros participantes en dichas tareas, pero cabe destacar el carácter “honorario” con que aquellos hombres se entregaron a esta labor.

La administración de la salud pública fue progresivamente centralizándose en las Juntas Superiores, Provinciales y Locales de Sanidad, y después de la Guerra de los Diez Años se les agregan secciones de higiene y veterinaria, lo que hace más numerosas sus funciones, que llegan a abarcar todas las que en la época eran propias del sector de la salud: lucha antiepidémica, supervisión de hospitales y leprosorios, sanidad portuaria, control sanitario de cementerios, fuentes de aguas minero-medicinales, mataderos y herradurías, aprobación de reglamentos de instituciones de salud, aprobación de laboratorios, nombramiento de médicos y farmacéuticos, de vacunadores del puerto, forenses, y otras. Aquí de modo empírico se fueron formando administradores de salud.

Por otra parte, el enfoque científico de los problemas de salud pública se desarrollaría en la “Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales” inaugurada en 1861. Esta institución serviría durante décadas como organismo consultivo a la administración de salud pública, y sus numerosos dictámenes aparecían en los “Anales de Real Academia de...”, la más importante revista científica de esta época en el país (1864-1958), pero que decaería en su nivel durante sus últimos años de vida, a finales de la república burguesa.

En esta publicación se recogieron junto a temas de clínica y ciencias básicas, los de salud pública. Así en su volumen I (pág. 61), Joaquín Lebreo publicaría “Profilaxis de la Fiebre Amarilla” y Antonio Mestre y José J. Muñoz (pág. 81) un trabajo sobre “Educación Médica Superior”. A partir del tomo IV aparecerían las tablas mortuorias de Ambrosio González del Valle. En fin, la sección Higiene Pública se consagraría a temas de higiene, epidemiología y administración.

Ejemplo de esta última disciplina fue “Datos para la construcción del Hospital”, del propio González del Valle, Felipe F. Rodríguez y Cayetano Aguilera en el tomo X, o la reproducción del título “Reglas para la construcción de Hospitales” de John Sutherland y Douglas Galton, tomo XI, pág. 401.

Sobre estadística de salud escribiría en el tomo XVI (1879, pág. 150) Vicente B. Valdés el trabajo “Necesidad de una buena Estadística Médica en la Isla de Cuba. Condiciones que debe llenar. Moción elevada al Gobierno General.”

Las publicaciones sobre asuntos de salud pública y medicina, habían tenido su inicio en el folleto de 26 páginas, “Tarifa General de precios de medicina”, de 1723, ordenado imprimir por el célebre y “conflictivo” protomédico Francisco de Teneza para “poner fin a la explotación de los enfermos por los dueños de farmacias.”²²

Sin embargo la bibliografía científica no aparecería hasta 1797 con la publicación ya citada de Romay sobre el “Vómito Negro”. Con antecedentes en la prensa no especializada²⁵ se demora hasta 1840 la aparición de la primera revista médica, “Repertorio Médico Habanero”, fundada por Nicolás J. Gutiérrez y Hernández, quien sería durante años incansable propulsor de la creación de la Academia, hasta lograr su fundación, y ser su primer presidente. Llegarían a 45 revistas diferentes las editadas durante la época colonial, de ellas junto al citado cabe añadir la “Crónica Médico Quirúrgica de La Habana”, que publicó su primer número en 1875 y no cesó de circular hasta 1944, y “Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana”, producida entre 1881 y 1954.

Sobre esta prensa especializada apunta Gregorio Delgado en sus “lecciones”: “En muchas de estas revistas, comenzando desde el Repertorio Médico Habanero, aparecieron informes estadísticos sobre morbilidad y mortalidad de hospitales y epidemias, informes médicos legales, estudios sobre policía médica, que era el nombre que se le daba a la administración de salud pública y muy numerosos trabajos de higiene pública en general. Ellas suplieron de alguna manera la falta de publicaciones propias de los organismos administrativos, que cuando existieron, como el Boletín de Sanidad Municipal (1883) y la Gaceta Médica Municipal (1892-1893), fueron de muy corta vida.”²²

En 1842, con la secularización, la Universidad devino en Real y Literaria. No solo fue un cambio de nombre o de administración sino que las transformaciones repercutieron en el curriculum de medicina, que en lo relativo a la salud pública se manifestó en la creación de algunas cátedras, que fueron: Higiene Privada, Higiene Pública, la actual Epidemiología, Medicina Legal, Toxicología, Jurisprudencia Médica, Policía Médica, Historia y Biografía Médicas y Bibliografía Médica, largo nombre de la materia antecedente de la que hoy se enseña como Teoría y Administración de Salud, separada de Medicina Legal.

En 1887 se añadió una asignatura más, en el año final del plan de estudios, denominada “Ampliación de la Higiene Pública con el estudio

histórico y geográfico de las enfermedades endémicas y epidémicas”. A juicio de Arnaldo Tejeiro esta asignatura desarrolló, “salvando las distancias en el tiempo”, el primer programa de epidemiología en la enseñanza de la medicina en Cuba (Tejeiro Fernández, A. Comunicación personal; 1985). Esto confiere al conjunto de materias citadas un lugar y extensión más relevantes en los estudios de esta época, que el que tuvieron después en la república burguesa.²²

Junto a las instituciones estatales, sociedades científicas y centro de educación médica superior, surgió en esta etapa un tipo de servicio de salud que alcanzaría gran desarrollo e importancia: los centros mutualistas y los hospitales privados (clínicas). En ellos se desarrollaron no pocos administradores médicos de este tipo de institución.

El primero de dichos centros fue la Quinta Sanitaria Belot (1821) fundada por un médico foráneo, la que al principio estuvo destinada también a pacientes extranjeros. Hasta 1893 ya eran 11 estas instituciones en La Habana y en el interior de la isla había surgido la primera en Cárdenas.

Los Centros Regionales españoles (sociedades de instrucción y recreo según su definición original) fundados por emigrantes de diferentes regiones de la metrópoli comenzaron por ofrecer a sus asociados servicios de consulta médica, pero por su rápido crecimiento dada su gran aceptación, frente al sensible problema que resolvían, se dieron a la creación de “Casas de Salud” de los centros regionales. Así el Centro Gallego de La Habana adquirió la quinta de salud privada “La Benéfica” e instaló en ella su casa, manteniéndole el nombre. Igual hizo la Asociación de Dependientes del Comercio de La Habana con la “Casa de Salud la Purísima Concepción”. El Centro Asturiano de La Habana fundó “La Covadonga”. Estos llegaron a ser los tres centros mayores y de alto nivel de desarrollo del país, hasta su transformación cerca de un siglo más tarde.

Eran la pequeña burguesía y trabajadores, en especial del comercio y otros “de cuello blanco”, los principales beneficiarios de este sistema, que fue sin dudas en el marco de la sociedad colonial primero y neocolonial después, una solución al estilo del “seguro de salud”, que la población de recursos medios tenía a su alcance.

Otro sector que empleó médicos y otros profesionales de la salud como cuadros de dirección fue el militar: el ejército español, llegó a tener 25 hospitales en el país, además de sus restantes servicios, cuando los hospitales estatales civiles eran 28 y los privados 16 (1859). Es también relevante lo que ocurrió en la Sanidad Militar mambisa, que contó a pesar de sus escasísimos recursos con una magnífica organización

regulada, en ambas guerras, por las leyes de organización militar que fueron dictadas las primeras en 1869 y 1874, durante la guerra de los Diez Años.

Pedro Manuel Maceo Infante, farmacéutico, iniciador desde su establecimiento del incendio de Bayamo, fue el primer Jefe de Sanidad Militar Mambisa. Junto a un Jefe Superior de Sanidad se nombró también uno por cada división que adoptó el país en la constitución de Guaimaro: Oriente, Camagüey y Las Villas. En la guerra de 1885-1898 se reguló igualmente por la ley el cuerpo de sanidad militar. En ella se distinguen dos niveles: “una Plana Mayor o personal científico, compuesto de médicos y farmacéuticos y una Plana Menor o Brigada Sanitaria formada por individuos que sin tener esos títulos tengan aptitud *suficiente*.”²² En el seno de esta organización se forjaron los cuadros que dirigieron los servicios médico-militares en las guerras por la independencia de España, independencia definitiva y verdadera que alcanzaría el Ejército Rebelde 60 años después, con una organización de servicios médicos igualmente eficiente y forjadora de cuadros de dirección de servicios de salud.

Este breve repaso de la época colonial en el desarrollo de la administración de salud concluye con la referencia a las sociedades y eventos científicos, que iniciaron en Cuba este tipo de actividad.

La primera sociedad científica de profesionales de la salud en Cuba fue la Sociedad Odontológica, el mismo año de su fundación, 1879, pero meses después surgió la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana. En esta fue frecuente la discusión de temas de la salud pública. Su comisión de Fiebre Amarilla, presidida por Carlos J. Finlay, organizada sobre cuatro secciones: de hospitales, de clínica experimental, de estadísticas y de bibliografía, fue una expresión de la importancia que se concedió al estudio de los principales problemas de salud del país.

Otra importante tarea desarrollada por esta sociedad fue organizar el primer Congreso Médico Regional de la Isla de Cuba (1890), y continuarlos durante la República hasta el triunfo de la Revolución.

Otra sociedad fundada en la época colonial fue la de Higiene de La Habana, obviamente más específicamente dedicada a problemas de salud pública, en vinculación con los temas que aborda la administración, como ocurría en la Sociedad de Estudios Clínicos, que no se limitaba en su objeto de estudio a lo que su nombre haría suponer. Como consecuencia de la guerra de 1895-1898, y la atención exclusiva del régimen colonial a los problemas de sanidad de su ejército, el deterioro de la organización de la salud pública llegó a tener una situación extremadamente seria.

— Cuba: bajo la ocupación militar yanqui

Al mejoramiento de la pésima situación sanitaria dejada por el gobierno colonial español se dedicarían los esfuerzos del primer gobierno interventor norteamericano. Era su inicial interés proteger las tropas de ocupación, además sus inversiones ya existentes y las futuras, así como sanear puertos a corta distancia y en frecuente comunicación con los suyos.

Desde el comienzo de la ocupación quedaron anuladas las estructuras institucionales básicas de la salud pública colonial. Los médicos del ejército norteamericano tomaron a su cargo los servicios sanitarios de las ciudades en que fueron destacados.

Delgado ha descrito la situación así:

Por órdenes precisas del Gobernador Militar de la Isla no sólo se nombraron jefes de sanidad sino que se crearon Departamentos de Sanidad en la Habana, Santiago de Cuba, y algunas otras ciudades importantes en el mismo mes de enero de 1899, contando estos departamentos con el servicio de Inspección Sanitaria de Casas, el cuál para su mejor funcionamiento dividía estas poblaciones en distritos, en el caso de La Habana se dividió en cien distritos, nombrándose para cada uno de ellos un médico inspector, de los residentes en la Ciudad. Además contaban con negociados de Órdenes, Estadísticas, Multas y de Archivo y en abril de ese año se fundaron los Servicios de Desinfección.

Por circular del Departamento de Guerra de los Estados Unidos quedaron establecidas, el 17 de enero de 1899, el Servicio de Cuarentenas y el 10 de mayo del propio año, las leyes y reglamentos que regían la inmigración en los Estados Unidos.

Los deberes propios de estos departamentos eran la confección de estadísticas de nacimientos, defunciones, matrimonios, enfermedades y epidemias; control sanitario de hospitales, asilos, hoteles, mataderos, escuelas, talleres, casa de vecindad, establos, cementerios y todos los edificios públicos y cuarteles; control de aguas y servicios de alcantarillas y disposiciones de basuras...

Durante esta etapa también quedarían establecidas y en marcha regular la Sanidad Marítima, el Departamento de Inmigración, el Servicio de Vacuna...

Esta nueva organización que se iba creando mucho más eficiente que la española adolecía, sin embargo, del grave defecto de funcionar sin una dirección central y cada una de esas ramas de la salud pública actuaban de manera independiente sin la necesaria unidad científica y administrativa. Así por ejemplo la Sanidad Marítima y el Departamento

de Inmigración, eran dependencias administrativas de la Secretaría de Hacienda; los servicios de Vacuna, los de Muermo y Tuberculosis en el ganado y las de higiene especial, dependían cada uno de Comisiones especiales sin relación entre sí.²²

Esto era consecuencia de la reproducción en Cuba de las estructuras sanitarias norteamericanas.

El error persistiría hasta tres días antes del cese de la primera ocupación militar de la Isla por el ejército norteamericano, cuando se crea la Junta Superior de Sanidad que concentraba en sí todas las funciones generales de la Salud Pública. Aquí se veía ya la influencia del pensamiento de los sanitaristas cubanos de la época, que conduciría poco tiempo después a la creación del primer Ministerio de Salud Pública que se conociera en el mundo.

A la Junta Superior se añadió la creación de Juntas Locales de Sanidad, en cada municipio. Pero las juntas sólo comprendían en su concepción de la Salud Pública lo sanitario o higiénico epidemiológico, excluyendo la atención hospitalaria. De esta se ocupaban desde 1900 el Departamento de Beneficencia, que se encargaría también de asilos de niños y ancianos, ciertas escuelas y lo relativo a la adopción de menores. También en ello se tomaba pauta de la organización norteamericana.

En estas medidas organizativas terminaba la primera ocupación, que por otra parte alcanzó éxito notable en las tareas de saneamiento urbano, en especial en La Habana, donde se destacó de modo notable William Gorgas, con la aplicación de las tesis de Carlos J. Finlay, controlando en semanas y erradicando en meses la fiebre amarilla. “Esta enfermedad, que algunos quisieron semejarla al quinto jinete de la Apocalipsis, había sido vencida en solo unos meses después de reinar pavorosamente en el mundo por casi tres siglos.”²⁴ Comenzaría entonces el intento sostenido por arrebatarse a Finlay la gloria de su descubrimiento, que en su resultado práctico de aplicación condujo a la erradicación de la enfermedad por la acción planeada del hombre por vez primera en la historia.

Esta etapa influiría en las ideas y métodos de los hombres que se harían cargo de la salud pública cubana con el cese de la ocupación, además de la influencia que ya marcaba a los más notables de los primeros cuadros de dirección en la recién inaugurada República, que se habían formado en EE.UU.: Carlos J. Finlay, Juan Guiteras y Arístides Agramonte.

Es alrededor de estos años que toma impulso el desarrollo del modo de producción capitalista en el país, pero bajo dominio y completa subordinación a los intereses del capital norteamericano.

Para caracterizar en lo económico y político esta época y la subsiguiente, que se acostumbra a denominar como de la República Mediatizada, y hacerlo en apretado resumen, se cita textualmente algunos párrafos seleccionados de la obra de Carlos Rafael Rodríguez “Cuba en el Tránsito al Socialismo”, capítulo II: “Desarrollo Económico de Cuba 1902-1959”. La cita es ciertamente extensa, pero la autoridad del autor, la síntesis en que logra expresar la situación a que condujo la intervención militar y la claridad del lenguaje empleado, permitieron reproducir in extenso el texto, y no intentar hacer (por el propio autor) un relato mejor. Dice así Carlos Rafael:

Por sus características económico-sociales y políticas Cuba era en ese momento un espécimen muy definido de lo que en la nomenclatura marxista se llamaba país semicolonial y que recibe el nombre de neocolonialismo.

En efecto, Cuba constituyó uno de los primeros países del mundo en que empezara a manifestarse ese fenómeno contemporáneo. El proceso de su establecimiento puede ser descrito en una forma muy sumaria.

En 1902 había logrado su independencia política formal, pero estaba sometida en la práctica a las decisiones políticas del gobierno imperialista de Washington, como consecuencia del predominio económico absoluto del capital monopolista sobre su economía. El propio Lenin adscribió el nacimiento actuante de la etapa monopolista del capitalismo a la llamada guerra hispano-cubano-norteamericana. La intromisión de los Estados Unidos en la lucha de liberación nacional de Cuba contra España no obedeció, según se sabe demasiado, a la generosidad proclamada por el Congreso norteamericano en la “Joint Resolution”. Cuantiosos intereses vinculaban a los Estados Unidos con la isla cuya independencia decían gestionar. Y sobre todo los inclinaba a su cooperación toda una perspectiva de explotación económica y estratégico-militar que venía madurándose entre los estadistas norteamericanos desde los primeros años del siglo XIX.

El crecimiento del capitalismo monopolista en el seno de la sociedad norteamericana condujo esa política a su cristalización definitiva en 1895.

Su intervención en la guerra permitió a los Estados Unidos garantizarse, mediante la imposición de la denominada “Enmienda Platt”, el instrumento jurídico que les aseguraba el derecho de intervenir en Cuba. Esa arma jurídica le permitió completar en pocos años el control absoluto de la economía cubana.

El “derecho” que se otorgaron de modo unilateral los Estados Unidos a través de esa Enmienda para intervenir militarmente en Cuba les sirvió para atraerse la subordinación de una parte decisiva de las clases dominantes y para obtener la acobardada inhibición de la otra parte. Desde que la Enmienda Platt entró en vigor, los Estados Unidos actuaron como dueños del territorio cubano y señores de su vida política. Aunque Cuba no era formalmente ni colonia ni dominio, todo lo que ocurrió en esa primera parte de su formal independencia política estaba regido directa o indirectamente desde Washington.

Y esa preponderancia hizo más fácil al naciente imperialismo norteamericano realizar la penetración económica con que en lo adelante sería sustituido el viejo colonialismo ya entonces declinante. Utilizó para ello el Tratado Comercial de 1903. En apariencia se trataba de otorgarle a la naciente República cubana bajo el título de la “reciprocidad” los beneficios del mercado norteamericano. En el fondo, el Tratado de Reciprocidad aseguraba a los inversionistas norteamericanos en Cuba el desenvolvimiento de la industria azucarera que pensaban extender sobre bases de una rentabilidad asegurada con la venta del producto en los EE.UU. A la vez, permitía a los industriales exportadores de los EE.UU. el dominio total del incipiente mercado cubano sin posibilidad de competencias por parte de los productores europeos. Al mismo tiempo cortaba drásticamente todo intento cubano de diversificar la industria nacional y la agricultura.

Esa política, primera manifestación de lo que sería el neocolonialismo contemporáneo, trajo a la economía cubana una completa deformación estructural. La industria azucarera se convirtió en su centro económico, representando hasta el 30 % en la generación del Ingreso Nacional. Los imperialistas norteamericanos se aseguraron el predominio en esa industria y en su base agrícola, combinando una política de concentración de inversiones con la utilización de todas las formas de presión sobre diversos sectores del pueblo cubano para forzarlos a vender sus propiedades agrícolas e industriales del azúcar a los precios más bajos.

En el proceso de ese control la crisis azucarera de 1920 que produjo una caída vertical en el precio, fue un factor importante. A través del sector bancario norteamericano, el imperialismo de ese país se hizo cargo de buena parte de las antiguas propiedades industriales azucareras cubanas que el colapso de los precios llevó a una situación de quiebra (otra parte mucho menor pasó a la propiedad de compañías inglesas a través de la banca inglesa y canadiense).

La crisis de 1920 sirvió asimismo para que la banca norteamericana pasara a tener el predominio total en el sistema bancario cubano. A través de sus agentes en el Gobierno, la parte correspondiente a la banca cubana y española fue conducida a la quiebra mientras que los bancos norteamericanos -subsidiarios de empresas matrices radicadas en el territorio de los Estados Unidos- recibieron de sus casas centrales de ese país, fondos suficientes para hacerle frente a la situación de pánico creado en los depositantes. A partir de entonces y hasta 1950 la banca cubana pasaría a representar un papel insignificante y subordinado en el sistema de crédito, con menos de la tercera parte de los depósitos y de la quinta parte de los préstamos.

Se iniciaba así de ese modo lo que vendría a ser una división internacional de trabajo de nuevo tipo y propio de la época neocolonial. El recién surgido imperialismo norteamericano se le imponía a la América Latina y desarrollaba en cada zona de ésta sólo una producción fundamental, aquella que le otorgaba los más altos rendimientos económicos posibles. Con esa deformación de la estructura, los inversionistas norteamericanos se aseguraban a la vez una abundante mano de obra barata, puesto que al impedir toda diversificación agrícola y estorbar el desarrollo industrial, creaba un desempleo permanente que nutría un cuantioso ejército de reserva.

Así, el descenso de la tasa media de ganancia en la metrópoli resultaba compensado por las antiguas formas de explotación y los salarios de miseria que este nuevo sistema hacía posible.

Esa orientación explica el contenido de las inversiones norteamericanas en Cuba hasta 1930. A partir de 1902, las exportaciones de su capital a Cuba alcanzaron el más alto nivel que hasta ese momento tenían las inversiones de EE.UU. en ningún otro país del mundo. Eran estimadas en 1929 en 1500 millones de dólares.

A partir de 1930, ese proceso de penetración económica del capital norteamericano en Cuba queda momentáneamente interrumpido como consecuencia de la “Gran Depresión”. La crisis mundial produce también un gran quebranto en la economía azucarera.

Se producen nuevas quiebras de propiedades cubanas a favor de empresas bancarias norteamericanas.

Fue durante ese proceso, y aprovechando las dificultades económicas y políticas de Cuba, cuando el imperialismo norteamericano debeló el primer tímido intento de la burguesía cubana por lograr un inicio de diversificación industrial más allá de la rígida estructura azucarera que ahogaba a Cuba.

La circunstancia de que a la vez el Presidente Machado fuese un servidor puntual de la política de los Estados Unidos y que sirviera como su instrumento no sólo dentro de las fronteras del país sino en el marco de la América Latina, evitó que este conflicto terminara inmediatamente con la violenta deposición del gobernante que lo amparaba.

Se inició un período de inversiones cubanas en cemento, textiles, calzado, pintura, perfumes, chocolates, muebles y se incrementó la producción azucarera, de cerveza y otras. Los aranceles gravaron sobre todo a los productos alimenticios importados, lo que dio lugar al rápido crecimiento de ciertos renglones agrícolas...

También los aranceles estimularon la producción de carne y leche y determinaron el inicio de una industria láctea que quedaría muy pronto bajo el dominio extranjero.

Pareció comenzar una fase de desarrollo basado, como en otros países de América Latina, en la sustitución de importaciones, pero la crisis mundial, convertida para Cuba en catástrofe azucarera, no sólo redujo a la ruina las pretensiones empresariales independientes de los cubanos, sino que, a la vez, llevó al clímax las contradicciones entre el Gobierno de Machado y el pueblo.

La clase obrera y los estudiantes, con la participación determinada por otros fines, de ciertos políticos de oficio desarrollaron luchas intensas que culminarían en el derrocamiento del tirano por las fuerzas populares. Fue en el dramático final de aquella lucha cuando los imperialistas norteamericanos mostraron nuevamente su perfil y descubrieron, sin ambages, el fondo de su actuación económica y política en Cuba.

En efecto, del mismo modo que los Estados Unidos había intervenido cuando la lucha entre el pueblo cubano y España se encontraba en su fase final, actuarían de nuevo en 1933, en los instantes en que el duelo del Gobierno de Machado con el pueblo se acercaba a la victoriosa culminación de las fuerzas populares...

La intervención de los Estados Unidos no pudo impedir la caída de la tiranía. Pero su diplomacia no dejó de actuar. Las mismas ofertas fueron esgrimidas frente a los nuevos gobernantes, y cuando la desunión de las fuerzas populares dio base a un golpe de estado derechista que hizo naufragar aquella primera posibilidad revolucionaria, como antes y después ocurrió con tantas otras en la América Latina, lograría en 1934, un nuevo Convenio Comercial, a través del cual se aumentaba el margen preferencial concedido por Cuba a los productos norteamericanos y se incrementaba la lista de productos beneficiados por tal preferencia.

De esta manera los Estados Unidos lograban impedir que Cuba emprendiera en los siguientes años el camino hacia nuevos intentos de industrialización que otros países de la América Latina, menos dependientes entonces del tutelaje yanqui, iban a acometer tras haber experimentado durante la crisis mundial de 1929-1934, las consecuencias de tener confiada toda su economía a un solo producto agrícola, minero o semi-industrial.

Entre 1934 y 1939 la situación económica cubana se desenvuelve sin cambios aparentes, de un modo semiagónico. Los peligros de guerra mundial, a partir de 1939, reaniman sin embargo las posibilidades económicas del azúcar. Constituyó por largos años el sino trágico de Cuba que las fases de crecimiento espasmódico de su economía estuvieran asociadas al peligro de muerte y la muerte real de millones de seres humanos que entrañaban las guerras internacionales.

Y así ocurrió en víspera de la Segunda Guerra Mundial y durante su desarrollo. Se hizo necesario crear reserva de azúcar. Cuba volvía a jugar el papel de “azucarera de los Estados Unidos”, lista a incrementar su producción tan pronto lo requiriese aquel mercado. Para ello el dominio imperialista sobre Cuba se había asegurado varias reservas. De una parte, la abundancia de tierras cañeras ociosas empleadas como pastos naturales de una ganadería extensiva y maltrecha. A la vez, las existencias suficientes de cañas, que de año en año dejaban de molerse, permitían en muy pocos meses, mientras se procedía a las nuevas siembras incrementos bruscos en la producción azucarera. Por último, cientos de miles de obreros agrícolas ociosos capaces de garantizar zafras eficientes y baratas, sin que jamás la sombra de la más leve falta de mano de obra pusiere en peligro la rentabilidad de la operación...

Si se quisiera medir hasta qué punto los Estados Unidos se oponían a cualquier intento cubano de cubrir con empresas nacionales actividades económicas que monopolizaban compañías norteamericanas, podría tomarse el ejemplo de la marina mercante. Las circunstancias de guerra hicieron difícil el transporte de azúcar a puertos norteamericanos, pues Estados Unidos se vio forzado a movilizar casi todo su transporte de la zona atlántica para ponerla al servicio de la movilización militar hacia Europa. Surgió la posibilidad de organizar una pequeña flota cubana de modesto radio de acción, capaz de realizar el transporte del azúcar hacia los puertos más inmediatos de la Florida y Louisiana y de traer a nuestro país mercancías esenciales -materias primas y productos terminados- para los cuales la flota mercante de los Estados Unidos no tenía capacidad.

Este intento iniciado por la Junta de Economía de Guerra, de Cuba, motivó una nota oficial del Gobierno norteamericano en que categóricamente expresaba que en el caso de que entre los propósitos de semejantes plan se incluyera la sustitución de los barcos norteamericanos por cubanos en cualquier tonelaje de los que tradicionalmente venían siendo manipulados por la flota mercante de los Estados Unidos, el Gobierno de ese país manifestaba de antemano su más completa oposición a tal intento. Se expresaba además la velada amenaza de someter a Cuba a represalias económicas si se llevaba adelante aquel proyecto...

La necesidad de cambios era evidente. La estructura impuesta a Cuba por el imperialismo había hecho crisis a partir del año 1930, determinando un movimiento revolucionario que no cristalizó, pese a la enorme potencialidad que encerraba.

Si el papel del comercio exterior en la economía cubana hubiera ido acompañado del crecimiento continuo de la producción para exportar, la “apertura” de la economía en sí misma no habría resultado tan lesiva, salvo en lo que concierne a la vulnerabilidad que esa estructura determinada. Sin embargo, el hecho de que la principal producción exportable de Cuba estuviera constituida por una materia prima de origen agrícola sujeta tanto en la demanda como en el precio a los altibajos que hemos descrito, constituía una amenaza económica permanente para el país.

Al desaparecer las circunstancias derivadas de la Segunda Guerra Mundial, Cuba entraba de nuevo en una perspectiva sombría de decaimiento económico. El desarrollo de la estructura, además de confirmar el carácter monoprodutor de la economía cubana, había convertido a ésta en una de las economías más “abiertas” del mundo moderno. Cuba dependía enteramente del comercio exterior. Cada peso de producción bruta nacional exigía importaciones entre 25 y 28 centavos y de cada peso de producción nacional se exportaba entre el 25 y el 30 %.

En lo que se refiere a las materias primas industriales, la dependencia era casi absoluta, lo mismo que en bienes duraderos. Y para hacer más grave esa situación, aún el consumo de alimentos generaba importaciones por más de 150 millones anuales.

La falta de desarrollo industrial y la agricultura extensiva concentrada en el azúcar y en una ganadería latifundiaría -con menos de una res por hectárea de tierra empleada- originaba, hemos dicho, una de las tasas de desempleo más elevadas de toda la América, que en los momentos críticos llegaba a ser casi el 30 % de los recursos habituales de mano de obra.

La situación engendraba graves peligros revolucionarios, pues la fuerza del movimiento popular, amenazaba con manifestarse, en la medida en que la crisis se hiciera más aguda, con fuerzas superiores y más conscientes que las que había producido el estallido de 1933. Todos esos elementos de crisis están presentes, en el origen del golpe de Estado de Batista en marzo de 1952.²⁶

Esta caracterización de la situación económica, política y social del país durante un período de poco más de la primera mitad del siglo, está insertada en un acápite titulado “Cuba: en la ocupación militar yanqui.” Si bien todo ese período no transcurre bajo un régimen de ocupación, esta se hace efectiva dos veces, las bases jurídicas que la soportan persisten más allá de la mitad de esta época y las amenazas de nuevas intervenciones se produjeron en más de una ocasión. Por esto, la situación analizada es un resultado directo de la ocupación militar, que junto a los restantes factores señalados son determinantes de la mayoría de los hechos propios de la Salud Pública cubana y de la especialidad que se estudia en este ensayo.

Fue en estas condiciones que transcurrió el desarrollo de la Salud Pública cubana hasta el triunfo de la Revolución Socialista. Este fue el marco económico y político en que debió desarrollarse esta especialidad. Cabe solo añadir que en el enfrentamiento clasista se había producido en la década del 20 el surgimiento del primer partido marxista-leninista, más tarde bajo la conducción de este partido, la creación de una central sindical única, y en 1940 la adopción de una constitución de corte burgués, pero que plasmó en el “papel” algunas de las ideas por las que venía luchando el pueblo cubano a lo largo de varias décadas.

Pero en modo alguno, estos pasos positivos representaron la solución a la explotación secular de campesinos y obreros, y a la limitación de las aspiraciones de estudiantes, intelectuales y pequeña burguesía radical.

Las ideas dominantes en la medicina cubana y en la salud pública fueron permeándose cada vez más de las corrientes ideológicas norteamericanas y alejándose de la influencia europea, que prácticamente termina en la Segunda Guerra Mundial. Ya para entonces la tecnología médica era absoluto predominio norteamericano, los que dominaban también la industria farmacéutica muy poco desarrollada, y la difusión de literatura científica.

Para esto es necesario seguir en más detalle lo que a la especialidad Administración de Salud se refiere. Gregorio Delgado ha propuesto una perioridización de esta época en tres etapas:²²

1. Del 20 de mayo de 1902, fin de la primera ocupación e inicio del régimen republicano, hasta el 28 de enero de 1909, fin de la segunda ocupación y restauración de la república.

2. Del 28 de enero de 1909 hasta el 10 de octubre de 1940, en que se pone en vigor una nueva constitución republicana.
3. Del 10 de octubre de 1940 hasta el 1ro. de enero de 1959, toma del poder por las fuerzas revolucionarias.

El ensayo adopta en líneas generales estas etapas y destaca dos breves períodos de la última.

El mismo 20 de mayo de 1902 se toma la primera disposición dirigida al fortalecimiento de la organización sanitaria y es la subordinación de los servicios de sanidad y beneficencia a la Secretaria de Gobernación, donde era secretario el doctor Diego Tamayo Figueredo, médico, profesor y académico. Este a su vez designó Jefe Nacional de Sanidad a Carlos J. Finlay, el más insigne investigador y el más importante de los epidemiólogos cubanos, que así derivó el primero y muy notable sanitarista o administrador de salud de la naciente república.

A su vez Finlay escogió como colaboradores a varios entre los más notables médicos de la época: Enrique B. Barnet, José A. López del Valle, Jorge Le Roy y Honoré Lainé (veterinario). También decidió Finlay extender el ámbito de la Comisión de Fiebre Amarilla, transformándola en Comisión de Enfermedades Infecciosas donde designó a Juan Guiteras presidente, Arístides Agramonte secretario y Antonio Díaz Albertini y Emilio Martínez como vocales. Difícil sería una selección de personalidades científicas más relevantes que las que iniciaron el desarrollo de la salud pública a comienzos del siglo.

Todos los cargos de dirigentes y funcionarios de la salud pública que venían desempeñando militares del ejército norteamericano de ocupación pasaron a manos de cubanos, que no lo hicieron peor que sus antecesores y que dieron un impulso inicial notable al sector. La estructura adoptada era la referida. Finlay centraba en sus manos los cargos más importantes: Jefe Nacional de Sanidad, Presidente de la Junta Superior de Sanidad y Jefe de la Jefatura Local de Sanidad de La Habana, que incluía este municipio y los de Marianao, Guanabacoa y Santiago de las Vegas, lo que 80 años después sería la provincia Ciudad de La Habana.

Las Juntas Locales, autónomas a nivel de municipio, se formaban por el Jefe de Sanidad del Ayuntamiento, el Oficial de Cuarentenas, el Jefe de la Sección de Higiene Especial y tres vocales, como señala Gregorio Delgado.²² Finlay al frente de lo que se ha llamado Escuela Cubana de Higienistas se dio a la tarea de formar científica y administrativamente a los que a lo largo del país ocuparían los cargos antes mencionados. Para esto se publicó en 1905 el texto “Manual de Práctica Sanitaria”: para uso de los Jefes de Sanidad, médicos y funcionarios de la República de Cuba, volumen de 1 114 páginas, en edición de tres mil ejemplares, muy notable para la época, y distribuido gratuitamente. Fue la primera obra de importancia para la administración de salud cubana.

Otras publicaciones importantes de la época que reflejan el nivel de trabajo y desarrollo de la especialidad en el país son “Fiebre Amarilla”. Instrucciones populares para evitar su contagio y propagación”, “Higiene de la Primera Infancia”, “Instrucciones populares sobre la manera de cuidar a los niños” (50 mil ejemplares). Entre las periódicas “Informes Mensuales Sanitarios y Demográfico de La Ciudad de La Habana y la Villa de Guanabacoa”, “Informe Anual Sanitario y Demográfico de La Ciudad de La Habana” y el “Boletín Mensual de las Defunciones ocurridas en La Habana.”

En 1906 se promulgaría el primer código Sanitario Cubano, las “Ordenanzas Sanitarias”. A fines de este año se produjo la segunda ocupación del país por el ejército norteamericano, no obstante al año siguiente se creó el Departamento Nacional de Sanidad, y se nombró como Jefe a Carlos J. Finlay. Esto fue el primer paso hacia la centralización de los servicios de salud, ya que las Juntas Locales pasaron a subordinación del nivel central y se crearon las Jefaturas Locales en su lugar. También en 1907, los servicios de Sanidad Terrestre y Marítima se anexaron al recién creado departamento.

Cuba: en tiempos de corrupción y tiranías

El fin de la segunda ocupación y restauración de la república marcan el momento de la creación de la Secretaría de Despacho de Sanidad y Beneficencia (ministerio) en 1909, lo que da a Cuba la primicia mundial al respecto. Así se producía la reunión en una sola organización de todas las instituciones y funciones propias de la Salud Pública. Se imponía el criterio de los salubristas cubanos, se abandonaba el esquema norteamericano, no sin una larga lucha para llegar a este resultado. Todo lo cual significó un impulso al desarrollo de la Salud Pública dado la necesidad de acometer tareas como las organizativas, los aspectos jurídicos, la selección y calificación de personal, el desarrollo institucional y el no menos importante para la época y el sistema social, el establecimiento del marco de relaciones con la práctica médica privada, los centros de servicios privados y mutualistas y el comercio de medicamentos. Importante fue también el marco de relaciones con la Universidad, la Academia de Ciencias y los gremios de trabajadores de la salud que fueron surgiendo: colegios profesionales en especial.

Fue un período que marcó progresos en la organización de la protección de la salud de la población, en la elevación de su nivel científico, que permitió formar nuevos cuadros. Este llegó pronto a su fin, en la primera mitad de la década de los 20, con la salida del ministerio del eminente sanitarista y honesto patriota Juan Guiteras Gener, pionero internacionalista y antimperialista entre los médicos cubanos.

La cesantía de Guiteras, dictada por el “procónsul yankee” Enoch H. Crowder, en medio de una aguda crisis económica (1922) marca el comienzo del deterioro de la salud pública cubana, que había comenzado con buenos augurios. Se impone la “politiquería” en el manejo de los asuntos de la administración, el estado no destina los recursos necesarios a la función del sector, se dejan accionar libremente los intereses privados. La atención a la población, obreros, campesinos, desocupados, fue totalmente abandonada. Las capas con escasos recursos y la pequeña burguesía sería la base social sobre la que se desarrolló el mutualismo. Los trabajadores organizados con sus luchas alcanzarían algunas conquistas, ejemplos de ello serían el seguro contra accidentes y el de maternidad.

Ya se detallaron los orígenes del mutualismo y de los primeros hospitales privados. Su ulterior desarrollo está dado para el mutualismo por la influencia creciente de emigrados españoles en las primeras décadas del siglo. Se ha estimado que en los años 30 hasta el 90 % de ellos eran asociados a estos centros. Además, los que no podían pagar la medicina privada en forma directa optaban por este sistema. Crecieron las primeras “Quintas Regionales” y surgieron otras: La Balear, la Castellana y la Canaria. Junto a esto fueron apareciendo centros asistenciales curativos de buen nivel científico, para la burguesía alta y media. Las más renombradas fueron creadas por figuras prominentes de la medicina cubana de la época: “Clínica Cuba” del profesor Raimundo García Menocal, “Clínica Casuso” del profesor Gabriel Casuso Roque, “Clínica Fortún Souza” del Enrique Fortún André y del doctor Benigno Souza, “Clínica Núñez Bustamante” de los profesores Enrique Núñez Palomino y Alberto Sánchez de Bustamante.²² Muchos de estas personas se hicieron familiares a los que cursaron sus estudios en el Hospital “Calixto García”, pues varias de sus salas llevan algunos de sus nombres.

Para la mayoría de los médicos esto creaba una difícil situación ya que no había empleos estatales en número y de remuneración satisfactoria, y el mutualismo y los centros privados sustraían del “mercado” los pacientes para el “libre” ejercicio profesional. Así surgió la lucha gremial, que se concretó en 1925 con la fundación de la Federación Médica de Cuba, antecesora del Colegio Médico Nacional (1945).

Fue poco después de fundada la Federación, cuando una de las figuras más notables de la medicina cubana protagonizó un episodio que refleja algo del contenido de la discusiones gremiales que sostenían los médicos de entonces. Fue en efecto Ángel A. Aballí, creador de la Escuela Cubana de Pediatría y a la sazón presidente de la Federación, quien en debate sostenido en el Colegio Médico de Matanzas fustigó en enérgico discurso el cobro que allí se hacía por cada certificado médico que se expedía. Dice la crónica de “La lucha” del 19 de diciembre de 1928 que Aballí se expresó como sigue:

Es preferible que la Federación desaparezca o caiga en la más precaria de las miserias antes que comerciar y basar su desenvolvimiento en los certificados que expidan los médicos para justificar la enfermedad de alguna persona. Y continúa el cronista refiriendo que había expresado además Aballí que si a los médicos se les tenía como obreros de la inteligencia, como era posible que comerciaran con la miseria del pobre, cuando los obreros manuales, dando un alto ejemplo sacrificaban el jornal que ganaban para el sostenimiento de sus instituciones.²⁷

Esta bella lección que diera un gran maestro no encontraría pleno eco en su tiempo, ya que finalmente se estableció la venta de papel oficial para certificados médicos, al objeto de proveer de fondos al gremio.

Pero un mejor reflejo de la vida gremial, de sus luchas, lo muestra el número de “Tribuna Médica” de junio 15 y 30 (SIC) de 1934, dedicado a reproducir el “Dictamen de La Liga de las Naciones”, forma en que titula el informe de dos funcionarios de la Oficina Internacional del Trabajo de la Sociedad de las Naciones, que estos encabezan con el título: “El problema médico y la asistencia mutualista en Cuba”. Sus autores Moisés Poblette Troncosos (Chile) y Cyrille Dechamps (Francia).²⁸

El informe comienza analizando las causas de la situación objeto de estudio que era la grave crisis económica que afectaba a los miembros del gremio médico, y que poco antes había llevado a cabo una huelga, que en una de las cláusulas para su solución incluyó la realización de este “dictamen” por la citada oficina internacional a petición del gobierno cubano.

El informe fija las referidas causas de la crisis en la “evolución económica y organización del servicio médico”. La evolución económica la caracteriza por el descenso de las exportaciones (de 794 a 80 millones, esto es el 89 % de 1920 a 1933) y del salario (en Pinar del Río, de 2,97 a 0,54 pesos por día, promedio, entre 1920 y 1933 o sea el 81%), sin embargo, los autores eluden la palabra crisis en su análisis, y señalan los efectos atenuantes sobre esta situación de “un desarrollo importante de la producción nacional destinada al mercado interior”. Este último fue analizado en el capítulo anterior, en la cita de Carlos Rafael Rodríguez.

Pero lo más notable y específico del documento citado, es su enfoque del “seguro libre contra la enfermedad”, o “sociedades de socorros mutuos” con que indistintamente denominan el sistema de clínicas mutualistas ya desarrolladas en el país.

Los datos más relevantes que de la ciudad de La Habana se aportan son:

1. Los asociados pertenecen a todas las clases sociales, pagan de 1,50 a 2,00 pesos al mes por su “seguro”, además de servicios de salud, algunos centros incluyen el uso de locales sociales y el acceso de sus

- hijos a escuelas de enseñanza primaria, primaria superior o comercial, el servicio de salud incluye atención ambulatoria y hospitalaria (con algunas variantes entre los centros).
2. Tres sociedades que reúnen alrededor de 75 000 miembros poseen en sus hospitales 3 300 camas.
 3. La elevada inversión inmobiliaria destinada a centros sociales y casas de salud, por estas sociedades.
 4. La escasa proporción de médicos que emplean y los bajos salarios con que los retribuyen.

A partir de esta última afirmación, y de caracterizar la peor situación existente en “la asistencia médica gratuita”, o sea la estatal, y argumentando a base de comparaciones con sistema de seguros europeos, critican severamente el sistema mutualista y le culpan de la situación de desempleo, bajos salarios y pérdida de clientes “privados”, que afecta a los médicos lo que sí califican de crisis. Finalmente, formulan proposiciones de solución que se orientan a limitar el mutualismo en sus posibilidades y favorecer el “libre ejercicio profesional” (limitado por la “insuficiencia del campo abierto al ejercicio de la medicina” con una reglamentación específica de las sociedades de socorros o mutualistas en cuanto a las personas que pueden admitir, las prestaciones que pueden ofrecer y otras. Sin dejar de recomendar entre otras medidas para la esfera económica “el pago del servicios de la deuda exterior.”

Esta larga referencia al informe de Dechamps y Troncoso permiten ver como hace ya más de 50 años se elaboraban fórmulas diversionistas para atenuar la situación de un sector social en detrimento de los intereses de las grandes mayorías y como para esto se recurría a “expertos” que al estilo de los que hoy ampara el Fondo Monetario Internacional, por citar un ejemplo muy conocido, tratan de resolver la profunda crisis económica y social en que se debaten los países tercer mundistas con medidas que no tocaban la esencia de la causa de la crisis y se orientaban al mantenimiento del sistema económico capitalista, objetivo actual de los organismos económicos internacionales bajo dominio imperialista y las grandes potencias entre estos países.

Con respecto a los médicos deberían transcurrir también varias décadas y una revolución socialista para transformar su ideología y ver como hoy se consagran integralmente al trabajo en un sistema de salud socialista, libre de toda forma de práctica privada de la profesión.

Las luchas gremiales de la Federación primero y del Colegio después, fueron escuelas de cuadros médicos, unos por su procedencia de clase, para la defensa de los intereses de la burguesía; otros que abrazaron la causa del pueblo, defendiéndolo. No pocos se incorporaron al proceso revolucionario socialista iniciados a fines de la década del año 50. Por

otra parte, los cuadros que dirigían el mutualismo y los dueños de centros privados devinieron en “administradores de hospitales”, generalmente autodidactas o empíricos. De lo que no hay dudas es de la existencia de un número creciente de médicos dedicados a esta tarea administrativa, que aumentaría con el surgimiento más tarde de las “cooperativas médicas”, reales centros privados, donde unos médicos propietarios, “patrones”, empleaban a otros, “asalariados”, generando un nuevo tipo de institución, variante del mutualismo.

Otra actividad que atrajo algunos médicos fue la participación en el comercio e industria de los medicamentos. Este era absolutamente controlado por firmas extranjeras, en particular las norteamericanas. Los laboratorios farmacéuticos que surgieron debían importar toda su materia prima, al igual que las droguerías surgidas el siglo pasado. Así se formaron empresarios de esta rama, no cuadros para la dirección estatal de la actividad, que en la esfera de gobierno no existía.

En cuanto a la enseñanza de la salud pública, medicina social, epidemiología e higiene, el plan de estudios implantado en 1900 representó un retroceso con respecto al último plan de la época colonial. En efecto, de tres asignaturas en 1887, se redujo a una en la que se enseñaba estas materias. El plan se orientó, según las corrientes positivistas imperantes en la educación superior cubana, y con influencia de las reformas propuestas por A. Flexner en EE.UU. a la formación de un médico “diagnósticador y curador”, a nivel individual, respondiendo a la demanda social de la época: médicos asistenciales para el mutualismo, los centros privados y el ejercicio “libre” de la profesión. A la caída del régimen de fuerza machadista, los planes reformados tampoco rompieron este esquema, ni en el plan de 1940, cuando se intentó el establecimiento de la “carrera hospitalaria” y de la “carrera docente”. El sistema social imponía su régimen de “libre empresa”. La salud del pueblo debería esperar por la Revolución algunos años más.

Sin embargo, entre los intentos por remediar esta situación uno merece destacarse por su importancia conceptual y su vínculo estrecho con el estudio que aquí se presenta, aunque fue también frustrado en sus propósitos esenciales. Se trata de la creación en 1927 del “Instituto Carlos J. Finlay” primera escuela de administradores de salud pública en Cuba. Una historia sucinta de esta institución ha sido publicada por Elena López Serrano.²⁹ Fue Juan Guiteras quién tuvo la idea de esta escuela, y propuso su creación en 1911, pero se necesitó esperar 16 años para su materialización. Al crearse se definieron sus objetivos del siguiente modo:

1. Organizar y dirigir la Escuela Sanitaria Nacional y todas las enseñanzas higiénicas que interesan a la Secretaría, para defensa de la Salud Pública.

2. Realizar estudios e investigaciones relacionadas con la higiene, en especial sobre medicina preventiva.
3. Actuar como organismo teórico consultivo de la Secretaría.
4. Realizar trabajos para el mejoramiento biológico del hombre.
5. Relacionarse con otras corporaciones médicas nacionales y extranjeras para propagar los trabajos y la gloria del doctor Carlos J. Finlay.

El Instituto dependió de la Secretaría, hasta 1934 en que adquirió carácter autónomo. En esa época se le anexó el hospital “Las Animas”, anti-infeccioso. En 1940 volvió a depender de la Secretaría, declarándose semiautónomo en 1942 y se incorpora al Instituto Nacional de Higiene en 1945. Todos estos cambios reflejan las pugnas políticas por el control de los recursos financieros del centro, pero sus actividades fueron muy pobres y distaron mucho de acercarse a los objetivos que se propusieron en el momento de su fundación. La matrícula anual no rebasaba el número de 15 alumnos de nivel profesional. El primer curso se impartió en 1928-29 (dos años). En 1934 se impartían “cursillos” de tres meses de duración. En 1935 se anunciaron cursos de médicos sanitarios, oficiales sanitarios y enfermero especializado. En 1953 se agregaron cursos de técnicos de rayos X y laboratorio y cursos para Jefes Locales de Salubridad y Administración de Hospitales. Todo esto refleja más las intenciones, que la labor efectiva realizada. Poco contribuyó el Instituto en esta época el desarrollo de la protección de la salud de la población y a su mejor organización y dirección.

En 1940 con la nueva constitución, el organismo rector de la salud pública pasa a denominarse Ministro de Salubridad y Asistencia Social, así se confirmaba al más alto nivel la unión de las antiguas ramas de sanidad y beneficencia. Hasta 1958, o sea en 18 años se suceden en el cargo de ministros 23 políticos de distintas filiación, siempre médicos, pero raramente con formación especializada en salud pública, y de duración tan efímera en sus mandatos, que nada útil y duradero podían hacer. Esto tampoco era su intención, salvo excepciones, si no el disfrute de los recursos del cargo y su uso en los trajines electorales de la época.

En nada contribuyeron al desarrollo de la salud pública, ni de sus disciplinas científicas.

Otras instituciones que poco contribuyeron al desarrollo científico de los cuadros de la salud pública en el período 1902-1958 fueron las sociedades científicas. Una sola de las surgidas el siglo anterior continuaría a lo largo de estos años sus actividades, la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana, que mantuvo un buen nivel científico en sus tareas, pero de escasa relación con la salud pública en su contenido.

En 1908 es también Juan Guiteras quién funda la Sociedad de Medicina Tropical, pero tendría corta existencia. En 1928 se funda la Sociedad Cubana de Pediatría, la más antigua al momento actual y que incluye en la temática que aborda los temas de salud pública. En 1932 se fundó la Sociedad Cubana de Salubridad Pública, en 1942 la de Medicina Preventiva y en 1949 la de Medicina del Trabajo, su gestión no fue de notar en ningún caso. Mayor alcance tuvo la Sociedad Cubana de Administración de Hospitales, Sanatorios y Clínicas, que celebró su primer congreso en 1951, y que permite identificar como en esta rama se había producido la profesionalización y agrupación de cuadros dedicados a tal función, en la mayoría de los casos a tiempo completo. No eran precisamente médicos de profesión, salvo excepciones. La proliferación de sociedades refleja solo las pugnas de grupos sociales, no necesidades del desarrollo científico.

Para concluir el relato sobre esta época de la república burguesa, es interesante ver que ocurría respecto a la prensa y bibliografía relativa a la medicina preventiva y social o administración médica. El estudio de estas publicaciones es lo que permite formarse una idea más clara del pensamiento y nivel científico de la época.

El organismo estatal encargado de la salud de la población contó desde su fundación con una publicación oficial el “Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia” (1909-1940) o “Boletín del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social” (1949-1959). En opinión de Delgado: “Esta revista constituye una fuente inapreciable de información para la historia de la administración de salud pública en Cuba, y recoge, con excepción de pocos años, las estadísticas oficiales del sistema de salud estatal desde 1909 hasta 1958, así como las leyes, resoluciones y circulares que regularon administrativamente la Secretaría primero y el Ministerio después, durante toda esta etapa.”²²

A continuación, algunos elementos significativos seleccionados entre los millares de páginas de la colección de esta publicación.

En su número de abril de 1909, el primero de ellos, se consigna que la publicación se distribuye gratuitamente, que insertará sistemáticamente “informes estadísticos, sanitarios y demográficos”, así como “trabajos”. Una disposición importante aparece bajo el título de “Bases para la Publicación”, firmado por el Secretario de Salubridad. Dice así: “Los Jefes Locales de Sanidad, los Jefes de Negociados Técnicos y los Directores y Médicos de los Hospitales Públicos, se consideran colaboradores oficiales, quedando en la *obligación* (la letra en cursiva es del autor) de redactar un trabajo... Al cumplirse un semestre a contar del aviso que se dirija por el Jefe de Redacción a los funcionarios susodichos para el envío del trabajo correspondiente, sin haber hecho esto se dará publicidad

a la falta y se le anotará en su hoja de servicios”.³⁰ En este número apareció un artículo de Juan Guiteras sobre fiebre amarilla y otro de un notable autor de la época, Rafael J. Fosalba titulado “El Problema de la Población en Cuba”, primero de los muy numerosos artículos sobre demografía que recogería la revista durante los años que circuló.

En abril de 1909 surgió la Sección de Estadísticas Sanitarias y Demográficas, que en esencia la componían tres tablas estadísticas. La primera mostraba los matrimonios, nacimientos, nacidos muertos y defunciones del país según meses, la población registrada en el censo de 1902 y la estimada para el momento a que corresponden los datos consignados; los nacimientos clasificados en legítimos e ilegítimos y las defunciones según sexo. La segunda tabla contenía el “estado” de las defunciones ocurridas durante un mes dado, según enfermedad, causa, sexo y raza. Y la tercera se dedicaba a observaciones meteorológicas: presión atmosférica, temperatura, tensión del vapor de agua, humedad relativa, velocidad del viento y lluvia en milímetros. Esto para la Ciudad Habana.

Los artículos de mayor relevancia se publicaban completos en español, francés e inglés.

En julio de 1909 publica Juan Guiteras su trabajo “La Sanidad Cubana y la Opinión Extranjera”,³¹ donde refuta con energía y brillantez artículos aparecidos en el extranjero (EE.UU.), con información falseada y tendenciosa contra Cuba. Volvería sobre el tema algún tiempo después con el trabajo titulado “Artículo del Army and Navy Journal y contestación del señor director de Sanidad.”³²

Un trabajo de excepcional interés teórico es el que publica el General del Ejército Libertador, Doctor y Profesor Eusebio Hernández en julio de 1910,³³ su título es “Homicultura”. En tal trabajo se discute la definición de Adolph Pinard, que había sido su profesor en París, del término puericultura, entendido como “ciencia que tiene por objeto la investigación de los conocimientos relativos a la reproducción, a la conservación y el mejoramiento de la especie humana”. Ya este tema había sido planteado por el propio Eusebio Hernández en la “Crónica Médico Quirúrgico” donde informaba de “la fundación de una nueva ciencia, la puericultura en la Clínica Baudelocque por Pinard y Lariboisiere”. Al discrepar del término lo califica de limitado en su alcance, como el objeto y tareas propuestas. En su lugar postula la homicultura como ciencia del “cultivo del hombre” y la divide en progonocultura, patrimatricultura, matrifeticultura, matrinaticultura, puericultura y postgénitocultura. Concluye proponiendo un Palacio de Homicultura, como institución rectora de esta ciencia y sus tareas prácticas. Estas ideas aparecen sintetizadas en la figura 1.1.

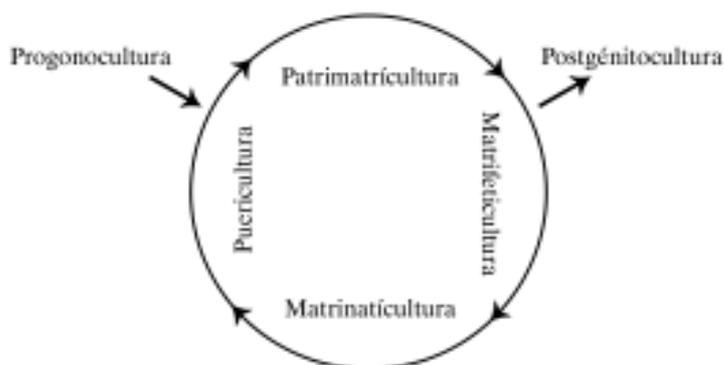


Fig. 1.1. Partes de la Homicultura según Eusebio Hernández.

Cuadro 1.1. Homicultura

Homicultura: es la ciencia que tiene por objeto la investigación de los conocimientos relativos a la reproducción, a la conservación y al mejoramiento de la especie humana (Adolphe Pinard).

Es el cultivo de la especie. Pinard definió así la Puericultura, que Hernández aplicó a Homicultura.

Progonocultura: el estudio de toda la herencia de la especie (Domingo F. Ramos).

Patrimatricultura: la homicultura anterior a la concepción (la pareja) (Adolphe Pinard).

Matrifeticultura: homicultura intrauterina (feto) (Adolphe Pinard).

Matrinaticultura: dos primeros años de vida del niño (Eusebio Hernández).

Puericultura: el niño de 2 a 11 años (Eusebio Hernández).

Postgénitocultura: la vejez (más de 60 años) (Eusebio Hernández).

En esta nomenclatura Eusebio Hernández abandona la sinonimia entre Puericultura y Homicultura de Pinard y propone las 7 denominaciones mencionadas.

Referencias bibliográficas:

1. Hernández, E. Homicultura. Sanidad y Beneficencia, Boletín Oficial de la Secretaría. Tomo IV, Año 2, julio-diciembre 1910:7-12.
2. Ramos, DF. La homicultura en Cuba. Sanidad y Beneficencia, Boletín Oficial de la Secretaría. Tomo IV, Año 2, julio-diciembre 1910:13-43.

Síntesis elaborada por el autor para esta edición.

Este artículo fue dedicado a Pinard, lo que se hizo también con el que sobre el mismo tema publicó poco después Domingo F. Ramos bajo el título: “La Homicultura en Cuba”.³⁴ Es este trabajo se dice: “uno de nuestros problemas nacionales de mayor trascendencia en la actualidad es el aumento de la población”, en consecuencia, hace un análisis de la dinámica de la población de la Ciudad de La Habana, con un excelente

enfoque demográfico o higiénico social que le da a la concepción de hemicultura el autor citado. Con este tema se introducía en la literatura del país lo que era la actualidad europea sobre medicina social. En efecto, en esta época el debate político sobre población estaba en alza, se iniciaba el desarrollo de la demografía, en especial en Francia, y no tardaron los médicos con orientación socio-higiénica e interesados en la protección de la salud en su sentido más amplio, en incluir entre los asuntos objeto de atención el de la salud y la dinámica de población.

La influencia de estas corrientes de pensamiento se refleja en estas dos notables figuras cuya formación terminó en Francia y precisamente como alumnos de Pinard.

En 1914 apareció otro documento notable en el “Boletín”, el artículo de Rafael J. Fosalba “La Mortinatalidad y la Mortalidad Infantil en la República de Cuba”.³⁵⁻³⁹ Trabajo monumental para la época, técnicamente actualizado, con el mayor rigor dable a ser alcanzado en su tiempo y donde se plantea la importancia del tema en lo científico, social y político con total claridad.

En ese año se publicó también “La Beneficencia en Cuba” de Manuel F. Alonso.⁴⁰ El trabajo aborda *in extenso* la asistencia hospitalaria en el país, tanto pública como mutualista. El autor describe el Centro Gallego (al que pertenecía la quinta de salud La Benéfica) como centro de “instrucción, recreo, asistencia médica, beneficencia, protección del trabajo y ahorro” y al Centro Asturiano (con su Quinta Covadonga), como “Asociación de beneficencia, recreo, adorno e instrucción”. Las descripciones se basaban en lo preceptuado en las leyes y reglamentos que regían estas instituciones.

En 1915 se reitera en dos extensos trabajos el tema de la mortalidad infantil, con el mismo título: “Mortalidad Infantil en Cuba” que escriben Alberto Sánchez de Fuentes⁴¹ y el ya citado Domingo F. Ramos.⁴²

Pocos años después cesaría el auge de la economía cubana, con el fin de la primera guerra mundial. La crisis económica se tornaría larga, a esto se sumarían gobiernos que imperaron por fuerza (Machado 1925-1933 y Batista 1933-1944), alternando con gobiernos corruptos (Zayas 1921-1925, Grau 1944-1948 y Prío 1948-1952). La organización de la Salud Pública vería comenzar y acelerarse su deterioro en los primeros de estos años y llegar a su más bajo nivel durante el último período de la dictadura de Batista. Difícil resulta encontrar obra científico-médica o realización administrativa trascendente en este momento en el marco de la Salud Pública. Aunque fue el escenario de luchas sociales que forjó cuadros de pensamiento político y médico social, que luego insertados en el proceso revolucionario que alcanzó el poder en 1959 pudieron ver cristalizadas en realizaciones sus ideas y programa de lucha (Gustavo Aldereguía, Carlos Font Pupo, José López Sánchez, Daniel Alonso Menéndez...).

Pero antes de cerrar el relato del período, es válido mencionar otras publicaciones oficiales de corta vida como el “Boletín del Centro General de Vacuna” (1901-1907), “Boletín de la Liga contra la Tuberculosis en Cuba” (1902-1912) y el “Boletín Médico Municipal” (1941-1957).

Entre los autores notables de la época, se destaca la presencia de publicaciones realizadas, en su número y calidad por Juan Guiteras. Hasta 1925, solo en el citado Boletín de la Secretaría aparecen 56 citas de trabajos suyos tratando de temas tan diversos como: fiebre amarilla, pelagra, tuberculosis, cólera, muermo, tripanosomiasis, fiebre tifoidea, rabia, educación de enfermería, entomología, demografía, mortalidad infantil...

En cuanto a libros publicados en relación con la administración de salud, fueron muy pocos los producidos. En 1905 apareció el ya citado “Manual de Prácticas Sanitarias”.⁴³ El Manual alcanzó 1 114 páginas de contenido específico y 34 de la presentación y complementarias. Algunos capítulos se dedican a los aspectos administrativos de departamentos de la organización sanitaria cubana. Así el capítulo XXIII trata del “Departamento de Sanidad de La Habana, su organización, procedimientos y marcha”; el capítulo XXXVII al “Departamento de Cuarentenas. Su organización, procedimientos y marcha”; el capítulo XL se dedica al Hospital “Las Animas”: esta obra no ha tenido con posterioridad otra que la continuara en sus propósitos o la alcanzara en riqueza de contenido. Su edición fue de tres mil ejemplares distribuidos gratuitamente.

Ya cerca del final del periodo que se expone aparece otra obra que muestra algunas características de la época reflejadas en el texto. Se trata del libro “Bases para la organización de un Hospital General.”⁴⁴

La bibliografía referida refleja la influencia norteamericana imperante en la época (1943), de 78 citas, 72 son de EE.UU. y seis cubanas. Las citas de documentos de la *American Hospital Association* son 56. Se reproduce el Reglamento y Regulaciones sugeridas por el *American College of Surgeons* para el cuerpo médico de un hospital de más de 150 camas. Dos documentos cubanos son también insertados en el libro: El “Reglamento del Hospital Nacional General Calixto García” y el “Reglamento del Cuerpo Médico y de los Alumnos Internos del Hospital Nacional General Calixto García.”

Sin dudas, este era el único hospital estatal que podía aportar algo en la materia. Pero el mayor interés del libro se desplaza hacia los problemas laborales del médico en relación con el hospital, cómo obtener un empleo (plaza) y las condiciones de trabajo. Esto refleja el interés que esta posibilidad despertaba en la numerosa capa de médicos desempleados o subempleados y sin “clientela privada”. El tema abarca también a los farmacéuticos. Y todavía no se había llegado a la etapa más crítica en este aspecto económico-social de la profesión.

Años después, uno de los autores devendría en gerente propietario de un establecimiento médico tipo cooperativa o más propiamente, empresa-propiedad de accionista, que eran médicos pero que completaban el cuerpo médico de la institución con profesionales contratados como empleados. Además de atención a pacientes “privados”, la fuente de ingreso principal eran los asociados de tipo mutualista. Esta clase de institución proliferó en los últimos años del período que aquí se describe, pero no alcanzaron el tamaño según número de asociados y la calificación que llegaron a tener los más antiguos centros mutualistas. Fue aquí que un grupo numeroso de médicos empresarios adquirió formación como administrador.

Otra publicación de diferente contenido y posición ideológica se destaca en el momento final de este período. Se trata del título “Nuestro Método de Trabajo Médico”.⁴⁵ Era a su vez el “Informe del Consejo Ejecutivo a la Quinta Reunión Anual Extraordinaria del Staff. Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba. Mayo de 1957”. Este libro no consigna en sus páginas un autor determinado, pero se sabe que lo escribió el Dr. Luis Díaz Soto a la sazón director del Centro; esto lo dice Carlos Font Pupo en su artículo “El pensamiento científico en Luis Díaz Soto”, incluido en “Semblanza de Luis Díaz Soto”⁴⁶ publicado 1964.

La obra es de extraordinaria riqueza teórica y rico contenido en ideas prácticas para la organización y dirección del trabajo hospitalario. Dividida en cinco partes y 12 capítulos, dedica el segundo de estos a los conceptos de ciencia y técnica en medicina, destaca su definición de los objetivos de la medicina: “La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la restauración de la salud y la rehabilitación del enfermo”. Añade “la ciencia médica pues, la concebimos desprendida de la biología y nutrida por gran número de ramas de las más diversas ciencias, pero altamente especializada en el estudio del hombre”. Para su tiempo y su medio, estos eran conceptos profundamente revolucionarios. Sobre ellos aún hoy se hace necesario insistir con frecuencia. En este capítulo y en otros los conceptos se desarrollan fundamentándolos históricamente. Así lo hace de modo especial para argumentar como principios rectores del trabajo médico su base científica, relatando el desarrollo histórico de algunos hospitales famosos. Al discutir sobre práctica y ciencia médica expresaba:

Las desviaciones que observamos en nuestro trabajo tienen por causa directa la influencia recibida en los medios en que nos hemos desenvuelto los médicos en los últimos cincuenta años. Y se manifiesta por un tipo de ejercicio en que prácticamente hemos perdido de vista nuestros fundamentales objetivos y perspectivas, al apartarnos de las bases de la ciencia que aplicamos.

Resumía su concepto de ciencia médica aplicada “como la suma de conocimientos que resulta del estudio de la anatomía normal, patológica y comparada, de la fisiología, de la microbiología, la patología, la farmacología y la psicología”. Hoy no hay dudas, se añadiría la genética, la inmunología, la biología molecular y la sociología, entre otras. Pero el concepto de aplicación a la organización y dirección de la atención médica más trascendente lo expresaba del siguiente modo:

El alejamiento de nuestras bases científicas nos ha llevado a una actitud profesional en que objetivamente atendemos más la práctica rutinaria y a la técnica que a la ciencia, en el desnivel y la ruptura consecuentes de la armonía que estos elementos necesitan. La actitud profesional a que nos referimos se manifiesta objetivamente en nuestra práctica por los vicios anticientíficos denominados esquematismo, individualismo y “seguidismo”. Vicios o deformaciones que tienen la rara “virtud” de fundirse uno en otro o de complementarse, creando entre los tres un funesto círculo vicioso al que hemos decidido llamar practicismo. Y continuaba explicando estos conceptos “...esquematismo a la tendencia a actuar en nuestra práctica, bien en la etapa diagnóstica o en la de tratamiento sin pensamiento clínico de *despitaje* organizado y científico, sino simplemente, cubriendo de un golpe las apariencias y además las *necesidades* del caso, pero guiándonos en la práctica por un cartabón” “...individualismo a aquella corriente que se manifiesta en el ejercicio o la práctica de nuestra profesión con tendencia al aislamiento, lo que es opuesto a la universalidad del conocimiento. El individualismo engendra en los centros de trabajo el *libre albedrío*, con toda la gama de indisciplina moral, intelectual y real que impide ese trabajo en común que exige la medicina hospitalaria”. Y por seguidismo... “a aquella corriente caracterizada por la acción o acto de acomodarse, o sea, de seguir el criterio de otra persona sin análisis y estudio propio.”

En otra parte, se refiere el valor real de la técnica en medicina y dice: Desde luego que el dominio de la técnica es esencial para el avance de cualquier ciencia. Para la consecución del tal objetivo, para poner en movimiento la técnica y sacarle rendimiento, se necesita hombres capaces, en este caso médicos capaces que la dominen y que la aprovechen de acuerdo con todas las reglas de la ciencia. Pero la dedicación a la técnica ha determinado en muchos compañeros un proceso que ha hecho que ella se convierta en la fuente única de actividad y de conocimientos, separándose manifiestamente de la medicina y sobre todo del enfermo. Pero hay algo más, la pericia y el desarrollo de la técnica a su cargo han

determinado tal proceso mental en los médicos en general que en la práctica, es allí donde buscamos el diagnóstico, invirtiendo el postulado clínico que afirma que las grandes sugerencias diagnósticas están en el enfermo, en la clínica, confirmándose por el laboratorio, por la radiología o en la autopsia, etc., sus aciertos o sus errores. Esta corriente francamente negativa y falsa hasta en el orden económico, está, además, amparada por la apariencia de que realizamos un mejor trabajo. Somos nosotros, creadores de este falso criterio dentro de nuestra profesión, los creadores también de la corriente generalizada en el público que pide un “chequeo” o “análisis de todo”. Veamos bien las cosas, pues el asunto lo merece. Cuando nos piden un “chequeo”, se evidencia que el sentido interno del pedido es “prescinda usted de usted mismo, doctor, y pásame por las máquinas: que son las que siempre tienen la razón.

Todavía hoy conservan vigencia estos conceptos defendidos por Díaz Soto, hace más de 30 años. Pero su informe cobra un mayor valor al abordar el método de trabajo médico que había implantado en el hospital bajo su dirección. La prioridad que da a este tema lo refleja el título mismo del texto citado “Nuestro Método de Trabajo Médico”. El capítulo cuarto de la primera parte es dedicado a ello. La idea central la expresa así:

...si la esencia de los métodos residía en uno de sus aspectos esenciales, en la forma de razonar, nada más práctico que ejercitarla mediante la discusión de los casos, es decir, ejerciendo a viva voz los procedimientos generales del pensamiento en las diversas etapas por las que pasa el médico en la elaboración de un diagnóstico provisional o definitivo, o toma de una decisión terapéutica. Es decir que el método sería la discusión científica y la forma, lo organizativo, el grupo”. “Nuestro método de trabajo, la discusión científica, es para el Consejo Ejecutivo, desde su inicio el corazón del momento institucional, podríamos, pues, afirmar que nuestro método es también el método de la dirección general del centro.”

La discusión científica y la medicina de grupos devinieron así en la concepción científica en la que fundamentaba todo el proceso de organización, dirección y control del trabajo del hospital. En la discusión destacarían la crítica y autocrítica, de lo que el libro citado es ejemplo excepcional. Así, entre otros conceptos se materializa el pensamiento marxista-leninista de Díaz Soto, militante partidista desde 1935, combatiente internacionalista en España, luchador perseguido, encarcelado y

torturado por la tiranía batistiana, dirigente gremial y administrador de salud de profundo pensamiento teórico y notables resultados prácticos.⁴⁷ Su obra como cuadro de salud puede apreciarse también en el libro “Hospital Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, 1938-1973.”⁴⁸

Finalmente, por la vigencia que conserva su enfoque del problema, hay que mencionar que en el citado informe de 1957, Díaz Soto dedica la tercera parte del libro (tres capítulos, 47 páginas) a la historia clínica. En buena medida resulta hoy necesario repetir los conceptos que allí se expresan, en el bregar cotidiano por elevar la calidad de la asistencia y la docencia, que este notable director de hospital supo alcanzar en el que dirigía, en un medio social y político que en nada favorecía su gestión. Hoy es centro del trabajo médico, una vez más, la historia clínica como instrumento total para la óptima integración y calidad de la asistencia, la docencia y la investigación. Al respecto, una vez más la cita de este higienista social integral:

...la historia clínica no fue un documento previamente concebido o descrito por personas determinadas. Ella es un producto histórico más del proceso de la evolución social y científica del hombre y con ella de la medicina, el médico y el hospital, añadiendo que dondequiera que se manifieste este proceso de evolución, debe, como una ley, manifestarse el proceso hacia la historia clínica perfecta.

Otros tópicos de interés se reflejan en la obra mencionada, no alejados tampoco de tareas que hoy están aún vigentes: la crítica de la polifarmacia en terapéutica y de la prescripción por complacencia, la lucha contra las intervenciones quirúrgicas innecesarias, el desarrollo de la auditoría médica, la organización y funciones del archivo de historias clínicas, la necesidad de la práctica sistemática de la autopsia clínica, la organización de las sesiones científicas como complemento del pase de visita de grupo con discusión científica, la introducción de analgesia y parto sin dolor, las prácticas preventivas en el hospital, incluida la lucha contra la infección nosocomial y el enfoque específico de la ética del hospital. En el contexto de párrafos en que se refiere a la historia del desarrollo de la asistencia hospitalaria dice:

...así nació y desde entonces crece indefinidamente una ética, una moral hospitalaria que le orienta natural exclusivamente al enfermo, bien sea individualmente o en una zona o colectividad. De esta ética emana la atención de los sanos, de los hombres antes de enfermar, la labor profiláctica, así como la labor educadora y social de todo hospital.

En esta obra se tiene el más alto ejemplo del pensamiento médico marxista expuesto en una publicación realizada antes del triunfo de la Revolución Socialista, y una de las más claras exposiciones de contenido teórico y práctico en el campo de la medicina social y administración de salud realizadas en Cuba en cualquier época. Si bien el medio social y político en que se realizó era adverso, no lo era la institución que tuvo el autor por escenario de su trabajo científico y como objeto de su trabajo de dirección.

En efecto, el Centro Benéfico Jurídico era una institución mutualista, fundada por obreros marxistas del sector de ómnibus de La Habana, y que agrupó entre sus cuadros de dirección numerosos cuadros del Partido y de la clase obrera, además de médicos marxistas o de pensamiento político avanzado, de probada calidad científica, lo que hizo de este hospital un centro de singular significación para su época. Su método de trabajo, su orientación social, su nivel científico, la introducción de la docencia como parte del trabajo sistemático, fueron fuente que contribuyó a la formación de no pocos cuadros que años después desempeñarían responsabilidades importantes en la salud pública de la época revolucionaria: Carlos Font Pupo, José López Sánchez, Leopoldo Araujo Bernal, Federico Sotolongo Guerra, Mario Escalona Reguera y Fidel Ilizástigui Dupuy entre los médicos y José Anello Mejjides, cuadro de la esfera económica.^{49,50}

No puede escribirse la historia de esta etapa de la salud pública, ni la de los primeros años de desarrollo revolucionario, sin abordar el pensamiento y la acción de un médico, higienista social, fisiólogo, periodista y consecuente revolucionario marxista, de quien se afirmó al momento de su deceso “No ha habido episodio revolucionario en los últimos cincuenta años en que no estuviera presente Gustavo Aldereguía.”⁵¹

Una visión del conjunto de la obra de Aldereguía no es fácil de resumir. En este sentido el título “Revolución y Tuberculosis” de la serie Cuadernos de Historia de la Salud Pública, recoge algunos de sus trabajos.⁵²

Del período anterior al 1ro. de enero de 1959 se destaca entre los temas a que brindó su atención la crítica de la conferencia que en 1922 pronunciara el P. Franganillo Balboa S.J. en la Academia de Ciencias, la que analiza y refuta pormenorizadamente, con gran erudición, terminando con el siguiente párrafo:

La Academia de Ciencias de La Habana, P. Franganillo, es la primera tribuna científica de Cuba, desde ella se ha hecho labor original, desde ella se hace ciencia cubana, sin obsecuencia a credos ni dogmas, ciencia impresional, ciencia humana. La Ciencia que traerá a todos

los hombres lo que la religión no puede darles con su sanción ultraterrena, con su fatalismo orientalista: la ciencia que brinda a los hombres toda la posibilidad infinita de mayor verdad, de mayor justicia, de mayor belleza.⁵³

Este fue un artículo de los primeros que escribiera Aldereguía, y que él fecha “En provincias a 9 de abril”. Ya desde entonces y en pleno ejercicio de la medicina rural se aprecia el polemista vehemente e intransigente denunciante que caracterizara su extensa producción científica y política, en especial como articulista de periódicos y revistas.

Otro ejemplo de su temprana producción es el discurso que lee en la Universidad de La Habana a fines del mismo año 1922 con motivo de la conferencia que pronunciaría el Rector de la Universidad de Buenos Aires por invitación de un grupo de jóvenes intelectuales cubanos que encabezaba Aldereguía. En esta ocasión hace gala de gran dominio en el conocimiento del pensamiento político y social y en especial del movimiento universitario argentino a cuyas principales figuras rinde tributo.⁵⁴

Sobre el problema científico que más profundamente estudió, y donde se destacó como ningún otro cubano hasta hoy, la fisiología, su defensa del programa de la asignatura en la oposición a la cátedra de tuberculosis, titulada: “Como debe enseñarse en fisiología”, es una pieza de alto valor académico, así como ejemplo para su época en cuanto a educación médica se refiere.⁵⁵

En fin, en revistas, periódicos, conferencias y mítines ha quedado recogida su obra de heraldo primero y constructor del socialismo después. Aquí se recoge solo su trabajo anterior a 1959, donde como administrador de salud cabe destacar su gestión al frente del hospital “La Esperanza” y sus artículos sobre organización de la lucha antituberculosa y en defensa de los intereses de los enfermos de esta afección, la más comúnmente calificada de “enfermedad social”. La edición a su cargo de “Únete”, Boletín Informativo y Educativo de la Unión Nacional de Enfermos Tuberculosos y Ex enfermos (UNETE), es fiel exponente de esto último.⁵⁶ En esta publicación se lee:

...Tal es la dolorosa historia de muchos años, los trece que lleva funcionando el Consejo Nacional de Tuberculosis contra los enfermos y a favor de la enfermedad, durante los cuales se han malgastado, dilapidado y desaparecido, no pocos millones de pesos, más de treinta millones de dólares (SIC), en extravagancias, derroches y malos manejos, que han enriquecido a más de un truhán bien merecedor de la cárcel, por delincuentes, y de la degradación profesional infamante, que los descalifique de una vez, para ejercer la medicina.

Así se pronunciaba en plena república burguesa, con toda la energía del que defiende una causa noble, con todo el valor de un revolucionario pleno, apoyado en el prestigio de una sólida formación científica y de una acrisolada honradez como funcionario. A este notable trabajador de la protección de la salud de la población, también se le verá actuar en plena revolución triunfante.

Sus trabajos anteriores a 1959, aquí brevemente resumidos, presentan lo más radical entre las corrientes del pensamiento médico de la época.

Cuba: en la crisis final del régimen neocolonial

Lo más característico de la década del 50 fue la situación económica y social en que se encontraba la salud pública y los profesionales de la medicina, así como la represión que impuso como política el régimen de la tiranía batistiana, última expresión del gobierno burgués en el país.

Una excelente fuente para conocer las ideas imperantes entre los médicos sobre los problemas que afectaban al país y al gremio en los últimos años del régimen capitalista es la revista “Tribuna Médica”, órgano oficial del Colegio Médico Nacional de donde además se puede obtener información que muestra la situación de la especialidad o disciplina que se está estudiando. Es particularmente significativo y esclarecedor de los hechos que se analizan el número 430-431, de septiembre-octubre de 1956, que se dedica totalmente a informar sobre los resultados del “Forum Nacional sobre la Crisis Médica”.⁵⁰ Un forum con este nombre y contenido presupone la aceptación general de la llamada crisis médica. Así era en efecto y por ello, el órgano gremial de los médicos, el Colegio, acordó en su XL Asamblea Médica Nacional (asambleas que se efectuaban cada año), convocar el citado forum, que tuvo lugar del 20 al 23 de septiembre de 1956.

En el editorial del número citado de “Tribuna Médica” se explica: Este evento, primero en nuestra historia colegial, abordó una agenda altamente ambiciosa en que se contemplaba desde nuestros particulares problemas médicos a las grandes cuestiones económicas que afectan a nuestra nación. Esta sana orientación permitió desde el primer instante que se observara la estrecha relación que existe siempre entre los problemas particulares y los generales y en el caso de la crisis médica, su directa dependencia con la organización de la Salud Pública.

Más que esto, el forum se inició con una Moción-Informe elaborada por destacados economistas, que contribuyeron de modo sustancial a esclarecer las causas esenciales que explican la crisis económica del país.

En esta moción se hizo evidente que:

...ha aumentado el número de familias de ingresos escasos y mínimos, es decir, que se está operando un proceso de depauperación creciente, y muy alarmante en el nivel general de vida de la familia cubana, la que no puede procurarse por sí misma, a través del libre ejercicio médico, ni incluso del Mutualismo, satisfacción a sus problemas asistenciales por enfermedad... Como muy bien hubo de subrayarse no puede obtenerse ninguna solución verdadera a la crisis médica si no vinculamos nuestras aspiraciones con las necesidades de la gran población. Quedó plenamente establecido, por una demostración veraz, que la crisis económica que toca a la clase médica y que se traduce por ingresos reducidos y desempleo, éste sobre todo para las juventudes médicas, es decir, dentro de las últimas cinco promociones de egresados de la Universidad, es un reflejo natural de la crisis económica general, que se acentúa más dentro de la clase médica por factores intrínsecos, uno es la falta de una adecuada organización de los sistemas asistenciales y preventivos de carácter estatal. En otras palabras, esto significa que si la remuneración a los médicos fuese justa y hubiera una organización hospitalaria en los límites inferiores que exige la técnica moderna, así como un mínimo de servicios preventivos públicos, industriales, escolares, etc., y la crisis no sería tan desproporcionada...Habiéndose demostrado que sólo por la acción del Estado es posible arribar a soluciones convenientes y favorables...

La cuestión que suscitó mayor controversia, y que en cierta forma fue un elemento definidor de postura partidista en la acción colegial, fue denominada “plétora estudiantil y médica”. Se perfilan dos grandes corrientes, una que intentaba a toda costa llevar a la limitación del ingreso en la Escuela de Medicina, restringiéndolo hasta un 80 por ciento, y otra que ponía mayor énfasis en que se superara la docencia universitaria y se reclamara del Gobierno que cumpliera el precepto constitucional de dotación a la Universidad, pues también hubo quienes consideraron que de acuerdo con las necesidades médicas del país, incluso no luce satisfactorio el número de médicos.

En esta cita están los más importantes problemas que en la época afectaban en lo económico y social al país, y por tanto a los médicos cubanos. El enfoque que hace el editorial es objetivo y sitúa elementos

claves del problema en su justo lugar: la relación de lo particular con lo general, la dependencia de la llamada crisis médica de la crisis económica, la situación laboral de un crecido número de médicos con la pobreza en recursos y limitación programática de la organización de salud, la incapacidad económica de la población para autofinanciar sus servicios de salud, el progresivo empobrecimiento de la pequeña burguesía, de la clase obrera y los campesinos; la necesidad de vincular las aspiraciones del gremio médico a las aspiraciones del pueblo, la particular situación de los médicos jóvenes en extremo precaria, la necesaria intervención del Estado para llegar a la solución de los problemas planteados. Esto es expresión de un pensamiento progresista y de reflexiones profundas sobre la crisis y sus causas, más allá de lo particular de la llamada crisis médica. Esta es una posición notablemente diferente de la que mantenía el gremio médico 20 años antes.

No sería casual que entre los participantes en el forum que llegó a estas conclusiones se contaran no pocos médicos de filiación marxista, y que entre los economistas que elaboraron la Moción-Informe estuviera Jacinto Torras, que elaboró uno de los documentos bases de la Moción, publicado en “Economía y Desarrollo” años después del triunfo de la Revolución, con el título “Los factores económicos de la crisis médica.”⁵⁷

Aquí se refleja el modo de actuar e influir en el pensamiento y acción políticas de la época de un grupo de hombres de ideología revolucionaria, como lo era Torras, militante marxista, aprovechando la coyuntura favorable para ello. Al publicar su trabajo, que había permanecido inédito, la redacción de Economía y Desarrollo expresó en su presentación: “El tema es manejado por Jacinto Torras con gran cuidado y precisión. Puede decirse sin exagerar que ació al máximo sus armas dialécticas para presentar el trabajo, destacar los contrastes y paradojas e ir extrayendo conclusiones parciales que nos conducen a la generalización, objetivo de sus tesis.”

El trabajo desarrolla acápites como “concepto de salud”, “medición del estado de salud”, “servicios de salud”, “recursos médicos”, “costos del cuidado de la salud” y otros que le confieren un carácter integral al estudio, donde además se hacen comparaciones internacionales actualizadas, hasta donde le permitían las pobres referencias nacionales disponibles. Algunos párrafos merecen su reproducción, como los que dedica al análisis de los datos de una encuesta realizada por el Departamento de Investigaciones Económicas del Banco Nacional de Cuba realizada en 1952:

1. Las familias cubanas residentes en zonas urbanas con 4,35 personas por familia, gastaron ese año, como promedio, 78,98 pesos en atención de la salud.
2. Estos gastos representaron el 3 % de los gastos totales de familias urbanas... y el 3.4 % de los ingresos medios por cada familia urbana.

3. No hay estimado alguno de los gastos de las familias rurales, que tienen ingresos que como promedio no exceden de 800 a 1 000 pesos al año.
4. Es indiscutibles que en los últimos 50 años y más marcadamente de 20 a 30 años a la fecha ha habido un extraordinario progreso científico y técnico en los servicios médicos para el cuidado de la salud y el combate de la enfermedad.
5. Este hecho, bien visible, ha actuado en el sentido de estimular y hacer más necesaria la asistencia de tipo hospitalaria o cooperativa y la práctica en grupo de la profesión médica, porque a la vez que exige una alta dotación de capital en equipos y centros de investigación, pone más lejos del alcance económico de la mayoría de los consumidores el poder pagar esos servicios por el antiguo sistema de “pago por servicios prestado”, característico del ejercicio independiente de la profesión.
6. Tal situación que debe ser tomada muy en cuenta en Cuba en relación con el mutualismo, y con los servicios médicos estatales ha hecho que en todos los países haya aumentado la función del Estado en la Asistencia Médica y Hospitalaria y se hayan extendido los planes de pago previo por los consumidores de los servicios médicos.
7. La encuesta sobre presupuesto familiar... arrojó este resultado sobre la distribución de los gastos de salud de las familias cubanas...

	\$	%
Pagado a médicos por consultas, visitas, etc	13,44	17,0
Recibos de clínicas o asociaciones benéficas	31,16	39,4
Laboratorios clínicos	2,04	2,6
Aparatos ortopédicos y otros equipos	0,30	0,4
Medicinas nacionales	13,97	17,7
Medicinas extranjeras	9,68	12,3
Dentista	6,24	7,9
Otros gastos de hospitalización	2,15	2,7
Total	78,98	100

8. En cada peso pagado por los consumidores cubanos para el cuidado de la salud va una proporción... mucho mayor en medicinas. Mientras en EE.UU. se destinan 17,5 centavos de cada peso de los consumidores a medicinas, en Cuba ese capítulo absorbe la alta proporción de 30 centavos por cada peso.
9. Los grupos de familias con ingresos hasta 2 000 pesos anuales e ingresos probables medios entre 500 y 1 500 pesos al año, tienen presupuestos francamente deficitarios. Estos grupos representan el 59.90 % del total de las familias cubanas urbanas.

10. El 60 % de las familias urbanas cubanas ha absorbido el 66 % de sus gastos y probablemente el 75 % de sus ingresos por dos capítulos del presupuesto: alimentación y vivienda.
11. Esta situación real de la mayoría de la población de Cuba, que bajo una superficial apariencia de “alto nivel” de vida cuando se juzga por los automóviles, los televisores, radiorreceptores, refrigeradores y otros elementos similares, aparece apenas se rasga un poco esa superficie; no obedece a carencia de recursos naturales, ni de mano de obra inteligente y con cierto grado de preparación técnica, susceptible de desarrollarse rápidamente como se ha demostrado en la práctica.
12. La causa reside en la altamente deficiente estructura de la economía cubana y otros factores económicos...:
 - a) Un enorme e indeseable peso de la producción azucarera.
 - b) La estructura de las exportaciones cubanas (80% azúcar y derivados).
 - c) Extrema inestabilidad y dependencia externa de la producción azucarera.
 - d) Aguda concentración geográfica del comercio exterior (más del 60 % de las exportaciones y del 75 al 85 % de las importaciones se realizan con los EE.UU.).
 - e) Extensión del latifundio (azucarero y ganadero).
 - f) La producción agrícola e industrial cubana tenga que enfrentarse con una competencia de mercancías que, por venir de países con amplios mercados internos, producción en masa, grandes adelantos técnicos y otros recursos como propaganda, etc., hacen muy difícil el desarrollo económico.
 - g) Cuba se ve forzada por imperativo de sus compradores extranjeros a exportar sus productos naturales en forma de materia prima o semi manufacturados.
 - h) Insuficiencia permanente de empleos (los obreros agrícolas trabajando cuatro meses al año, en un país de base económica agrícola).

Queda así muy sintéticamente reflejado en los resultados de esta investigación de Jacinto Torras sobre la economía cubana, la situación económica del pasado, de ese pueblo al que se refirió Fidel Castro en “La Historia me Absolverá”, y sus relaciones con la “economía médica”. Este es sin dudas el más profundo y brillante trabajo sobre la materia de la época que aquí relatamos. El aporte de este economista de sólida formación científica y política, junto a médicos afines ideológicamente, que

eran cuadros del gremio, sin duda asimilables al concepto de higienistas sociales o participantes en las tareas de los cuadros dedicados en una u otra forma a la organización y dirección de la protección de la salud de la población, con un enfoque multidisciplinario y sistémico, aportaron criterios esclarecedores y tesis de combate para un momento crucial de la historia cubana. Por ello aquí se consigna como un momento también en la historia de la disciplina, profesión o ciencia a que se hace referencia en este trabajo.

Pero no todas las posiciones eran progresistas, también afloraron ideas reaccionarias como fue la inclusión misma en el temario de discusión de un punto dedicado a discutir sobre “plétora médica” y “plétora universitaria”. Como ya se mencionó, llegó a proponerse hasta el 80 % de restricción en el número de nuevos alumnos a matricular cada año, también el examen selectivo como método de aplicación para lograr esta solución. Además se propuso y fue aprobado, crear una legislación sobre la “otorgación de títulos de capacidad en lo que a especialidades médicas y su ejercicio profesional se refiere”. Todo esto argumentado sobre comparaciones internacionales, en que “la necesidad de la lucha por la existencia se hace cada día más ardua y lleva a muchos graduados al ejercicio profesional tipo competencia que muchas veces les hace apartarse de los principios esenciales en lo que a ética y moral profesional se refiere”, y por supuesto en la insuficiencia real de recursos de la escuela de medicina para la formación de los alumnos matriculados.

Fue necesario enfrentar a estas ideas la objetiva situación de escasez de profesionales para la atención de las reales necesidades de la población. De nuevo a Jacinto Torras:

En el caso de la oferta y la demanda de servicios médicos, aunque entran factores sociales y humanos que los diferencian radicalmente de las mercancías, sucede, en este aspecto, lo que a toda oferta por encima de la demanda. Pero tenemos que preguntarnos, ¿qué demanda? ¿de la demanda determinada por las necesidades de salud de la población o de aquella que necesita respaldo económico? Nos parece que la cantidad de médicos existentes en Cuba resultaría insuficiente para atender las necesidades de salud de la población cubana si éstas fueran atendidas cabalmente por el Estado, por una mejor organización hospitalaria y de la seguridad para la salud. En Estados Unidos hay más médicos, relativamente a su población que en Cuba y allí, citamos el ejemplo por ser bien conocido, no sólo no existe plétora médica sino que hay demanda de médicos extranjeros para los servicios hospitalarios.

Hoy, a más de 30 años de estas discusiones y con la experiencia acumulada debido al desarrollo revolucionario de los servicios de salud, queda clara la posición gremialista conservadora, reaccionaria, de los defensores del concepto de “plétora”. Sin embargo, en buena parte del mundo continúan siendo ideas dominantes. Al “exceso de médicos” se dedicó una conferencia internacional hace sólo un año (1987), donde se escucharon supuestas explicaciones y se propusieron supuestas soluciones para los pueblos de la parte subdesarrollada del mundo, pero dedicando el énfasis en la discusión y los propósitos de acción a la limitación del número de médicos.⁵⁸

No es necesario insistir aquí en el tema, basta recordar las múltiples ocasiones en que de modo esclarecedor el compañero Fidel Castro ha abordado el tema y fijado la política cubana al respecto, que ya vislumbraban los que en el forum de 1956 consiguieron que no se aprobara expresamente la política de restringir la admisión a los estudios de medicina, como sí se logró en lo relativo a estomatología.

No fue este el último tema que motivó reivindicaciones clasistas de tipo económico en detrimento de los mejores intereses del pueblo. La discusión en torno a la receta médica obligatoria, al intrusismo profesional, a las regulaciones de mutualismo y otros, tenían este mismo sentido. Por supuesto que también desde una posición correcta se trataron otros asuntos gremiales. Por eso hoy cabe destacar el esfuerzo que significó para los cuadros de pensamiento médico-social más avanzado obtener conclusiones y recomendaciones del forum, como las siguientes:

1. Recomendar una elevación de la actual economía rural que comprenda una mejor distribución de la tierra...
2. Plan racional y científico de construcción de viviendas campesinas...
3. La organización hospitalaria en Cuba es deficiente... no ha habido nunca una planificación adecuada del sistema hospitalario.
4. Las asignaciones presupuestales del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social para la asistencia hospitalaria del país son extraordinariamente reducidas...
5. Que se ponga énfasis en los programas de higiene escolar, en la educación sanitaria del escolar y de la comunidad...

En lo concerniente de modo más específico a la administración de salud u organización de la salud pública:

1. Creación de la carrera sanitaria...
2. Creación de... plazas de médicos en cada Jefatura Local encargados de funciones preventivas y para que puedan dedicarse totalmente a las labores sanitarias encomendadas...
3. Aprobar la moción sobre Ley de Carrera Hospitalaria.
4. Especialización previa al ingreso en la Carrera Sanitaria...

5. Carácter de funcionario de tiempo completo para el personal técnico...
6. Es concepto mayoritario que la Unidad Sanitaria Municipal representa el pilar fundamental y básico de toda organización sanitaria...
7. Desde el punto de vista doctrinal ella debe desarrollar... las siguientes actividades:
 - a) Funciones ejecutivas y administrativas.
 - b) Demografía.
 - c) Epidemiología.
 - d) Eugenesia e Higiene Materno-Infantil.
 - e) Saneamiento.
 - f) Alimentos.
 - g) Medicamentos y Drogas.
 - h) Prevención de enfermedades no transmisibles.
 - i) Educación higiénica e investigación.
8. Que sería oportuno para enfocar con un carácter seriamente técnico la necesidad de producción de médicos, un estudio por economistas, tomando en consideración todos los ángulos de este complejo y delicado problema.

No se puede dejar de calificar de “logro” para la época que el forum llegara a estas conclusiones y recomendaciones. Y parecerá oportuno recordar algunos nombres de los médicos de pensamiento y acción progresistas que lograron estos resultados y que después del 1ro. de enero de 1959 contribuirían de modo personal a hacer realidad lo que en el forum parecía muy distante de poderse alcanzar. Entre otros los delegados al forum eran: José López Sánchez, Leopoldo Araujo Bernal, Rafael O. Pedraza, Carlos Font Pupo, Guillermo Barrientos Sweyer, Adolfo Rodríguez de la Vega, Eugenio Torroella Martínez-Fortún, Martín Landa Bacallao, Antonio Moreno Luna, Diego González Martín, Hilario Gómez Barry, Julián La Villa Fernández y Antolín Villamandos Prieto.

Cuba: en armas por la definitiva independencia

Hasta aquí se ha relatado la situación económica y social del último período del régimen burgués, su repercusión en la medicina y sus consecuencias en la esfera médico social. Pero es esencial para comprender mejor el momento histórico que se estudia referirse a la situación política. Mucho es conocido al respecto, es una etapa de la historia patria que ha sido necesario estudiar y divulgar.

Para el limitado propósito de este trabajo, se verá primero las páginas de “Tribuna Médica”, al objeto de conocer lo específico de interés para este relato.

En el número 435-436 de 1957, de la citada revista,⁵⁹ se recoge el Acuerdo No. 38 de la XL Asamblea Médica Nacional, que entre otras consideraciones: reclama para el médico mayor respeto y libertad en el ejercicio de su alta y noble profesión”. Junto a este reclamo, todavía limitado a un aspecto del ejercicio profesional, aunque en relación con la represión que practicaba el gobierno, en el mismo número se reflejaba la preocupación economicista de los grupos conservadores, cuando lograron plasmar en el Acuerdo No. 67 lo siguiente: “expresarle la simpatía y apoyo a los médicos ingleses en la lucha que actualmente sostiene por una mejor retribución económica...” y “que la Asamblea acuerde comunicarle a la Asociación Británica de Médicos que los médicos cubanos verían con simpatía que ellos abandonasen el plan de medicina socializada, ya que es tomado como ejemplo cada vez que este tipo de ejercicio profesional se intenta o se piensa poner en práctica en nuestro país.” Esto se dijo dos años antes del 1ro. de enero de 1959.

Otro tono tendría dos meses después el número 437-438 (marzo-abril) de Tribuna, donde se “Protesta por Agresiones Físicas a los Médicos”⁶⁰ y sobre todo el Editorial titulado “Por una solución de alto nivel democrático”, donde se reclama “plena vigencia de la Constitución, restaurando de modo cierto las garantías que la misma determina...” y la “promulgación de una justa Ley de Amnistía Política...”

Pero el crudo lenguaje de la denuncia de los crímenes de la tiranía aparece en el Editorial titulado “Sin Censura”, del número 441-A, publicado después de seis meses de cierre de la publicación por propia decisión, como protesta por la censura implantada. En este editorial se denuncia: “Durante los trágicos días que atravesamos, la clase médica cubana se ha conmovido en su propio seno con el asesinato del compañero Dr. Jorge Ruiz Ramírez por el único delito de ejercer su humana profesión y el alevoso crimen, precedido de crueles torturas, que segó la vida del compañero Dr. Antonio Pulido Humarán”. En páginas siguientes se insertan documentos de las denuncias de estos crímenes, producidos por el Colegio Médico Municipal de Sancti Spíritus y el Nacional, señalando incluso el nombre del militar responsable del asesinato del Dr. Jorge Ruiz Ramírez.⁶¹

En los últimos números citados de la revista se encuentra también abundante referencia a la solidaridad de los gremios médicos de otros países y de su asociación internacional, donde se había denunciado enérgicamente la situación reinante en el país.

Aquí ha quedado reflejado el clima político de terrorismo de estado que imponía la tiranía. No eran tiempos para el desarrollo de manifesta-

ciones de la ciencia y el trabajo organizativo y de dirección en la salud pública. Los cuadros más politizados del gremio libraban una batalla política, pero la vanguardia principalmente entre la juventud médica, adoptaba la línea insurreccional, la que Fidel Castro había proclamado, como José Martí en 1895, la guerra necesaria.

La posición ideológica o toma de conciencia que ya se define en el acto mismo de lanzarse a la lucha revolucionaria y en especial al movimiento armado, las enseñanzas de la lucha misma en condiciones adversas en alto grado, que obligaban al despliegue del arte de la guerra irregular, el especial contacto directo con la realidad económica, política y social de las masas campesinas, explotadas al máximo y sumidas en estado de pobreza crítica en su mayor parte, la necesidad de organizar la atención médica de los combatientes primero y de la población civil de las áreas liberadas por el ejército revolucionario después, son las determinantes principales en la acción de los médicos y otros profesionales y técnicos de la salud, que se incorporaron al movimiento armado revolucionario.

El 2 de diciembre de 1956 había surgido un ejército de nuevo tipo, revolucionario, popular, que nutriría sus filas principalmente de obreros y campesinos, y que guiados por Fidel Castro alcanzaría la victoria militar sobre la tiranía en dos años de heroica lucha. A este ejército se sumaron numerosos médicos y otros profesionales y técnicos de la salud. Para ellos, esta fue la escuela de cuadros por excelencia, que completó su formación ideológica, que desarrolló sus aptitudes como cuadros, lo que permitiría después del triunfo de las armas que asumieran posiciones claves en la construcción de la nueva sociedad y de su sistema de salud.

Es necesario exponer algunos rasgos distintivos de la Sanidad Militar del Ejército Rebelde, su surgimiento, desarrollo e influencia en la teoría y práctica de la protección de la salud del hombre después del triunfo del movimiento armado. Ninguna fuente más autorizada para estudiar el tema que el acápite “Sanidad” del libro “La guerra de guerrillas” del doctor Ernesto Guevara de la Serna.⁶² Che, que “era” según su propio decir, médico, “junto con Raúl... integró el grupo de los dos primeros en la lista del Granma... en aquellos primeros momentos era el médico de nuestra tropa”.⁶³ En el texto citado Che dice:

El médico cumple en la guerrilla una función de extraordinaria importancia, no solo la estricta de salvar vidas, en que muchas veces su intervención científica no cuenta, dado los mínimos recursos de que está dotado, sino también la tarea de respaldar moralmente al enfermo y de hacerlo sentir que junto a él hay una persona dedicada con todos sus esfuerzos a aminorar sus males y la seguridad de que esa persona va a permanecer al lado del herido o enfermo hasta que se cure o pase el peligro.

Este pensamiento ha estado presente a lo largo del proceso revolucionario con todo su fuerza, sin perder nunca vigencia, no importa los progresos científicos técnicos y la disponibilidad de recursos con que se cuenta. Es principio de la práctica médica cubana revolucionaria.

Más adelante tratando aspectos organizativos, explica:

La organización de los hospitales depende mucho del momento histórico de las guerrillas. Se pueden dar tres tipos fundamentales de organizaciones hospitalarias que corresponden a las formas de vida...

... Una primera fase nómada. Es ella el médico, si es que lo hay, viaja constantemente con sus compañeros, es un hombre más, tendrá muy probablemente que hacer todas las otras funciones del guerrillero, incluso la de pelear, y tendrá sobre sí la fatigosa y a veces desesperante tarea de tratar casos en los cuales se puede salvar una vida con un tratamiento adecuado y no existen los medios para ello. Es la etapa en que el médico tiene influencia sobre la tropa, más importancia en su moral. En este momento del desarrollo de la guerrilla, el médico alcanza a plenitud su característica de verdadero sacerdote que parece llevar para los hombres en su mochila desprovista, el consuelo necesario. Es incalculable lo que significa para el que está sufriendo, una simple aspirina, dada por la mano amiga de quien siente y hace suyos los sufrimientos. Por eso, el médico de la primera época debe ser una persona totalmente identificada con los ideales de la revolución, pues su prédica prenderá en la tropa con mucho más vigor que la dada por cualquier otro miembro de ella.

Aquí Che define, además de lo específico relativo a las guerrillas, aquello que es la esencia de la formación humanista del médico revolucionario, lo que constituye el eje ideológico en la educación comunista de las nuevas generaciones que ha debido forjar la revolución triunfante. Y continúa:

...otra etapa que podríamos llamar “seminómada”. En este momento hay campamentos, frecuentados por los menos por una tropa guerrillera; casas amigas de entera confianza donde se pueden guardar objetos e incluso dejar heridos y la tendencia cada vez más marcada de la tropa a sedentarizarse.

...la tercera etapa, cuando ya hay zonas inconquistables para el enemigo, es cuando se estructura de verdad una organización hospitalaria. Es su etapa más perfecta dentro de las posibilidades, puede constar de tres centros de diferentes categorías. Al nivel de la línea de combate, debe haber un médico, el combatiente, el más querido por la tropa, el hombre de batalla, cuyos conocimientos no tienen que ser demasiados profundos; y digo esto porque la labor en

aquellos momentos es más que todo de alivio y de preparación del enfermo o herido y la real tarea médica se hará en hospitales más profundamente situados. No debe sacrificarse a un cirujano de calidad en las líneas de fuego... El transporte de heridos en las zonas escabrosas es uno de los acontecimientos más delicados... Cuando el soldado herido pasa ese primer hospital, va ya con la información de lo que se ha hecho a un segundo centro donde hay cirujanos y especialistas, dentro de las posibilidades de la tropa, en el cual se le hacen todas las operaciones de mayor envergadura que se estime sean convenientes para salvar la vida o asegurar el estado del individuo. Este es el segundo escalón. Después, ya en el plano del tercer escalón, se constituyen hospitales con las mejores comodidades posibles para investigar directamente en las zonas afectadas las causas y los efectos del mal que pueda acosar a los habitantes de la zona. Estos hospitales del tercer grupo, ya correspondientes a una vida sedentaria, no solamente son centros de restablecimiento y de operaciones de no mucha urgencia, sino además establecimientos en conexión con la población civil, en la que ejercen su función orientadora los higienistas. Deben fundarse también dispensarios que permitan una adecuada vigilancia individual. Los hospitales de este tercer grupo podrán tener, de acuerdo con la capacidad de abastecimiento de la organización civil, un serie de comodidades que permitan incluso el diagnóstico por laboratorio y la radiografía... Otros individuos útiles son los ayudantes del médico... Las medicinas necesarias deben obtenerse a través de contactos con organizaciones de sanidad que están en la retaguardia del enemigo... Los cirujanos generales son la mejor adquisición para un ejército de estas características. Si se contara con un anestesista sería mejor... son muy útiles los ortopédicos... el clínico cumple su función dentro de la masa campesina... y los dentistas también... con aparatos de campaña sencillos y un torno...

La riqueza y fuerza de las ideas de Che, sintetizadas en estos párrafos de su libro, dedicado principalmente a la estrategia de la guerra de guerrillas es extraordinaria. La proyección hacia el futuro, en condiciones de paz victoriosa para los revolucionarios está presente. Su visión de cuadro de dirección es de amplio horizonte y gran profundidad. Cabe destacar en estas ideas del Che:

1. El valor político moral y solidario de la presencia del médico en la guerrilla, ubicado desde la primera línea de combate. Esta será tesis posteriormente aplicada en el sistema de salud cubano, desarrollada en el período revolucionario, donde, en todo momento, aun en el de

más aguda escasez, se ha partido del concepto del médico como centro del equipo y las acciones de salud a nivel primario.

2. La expresión concreta de la participación popular en la organización médico sanitaria de la guerrilla “casa amigas de entera confianza... las medicinas necesarias deberán obtenerse a través de contactos...”, es la expresión de la estrategia general que permite a las guerrillas sobrevivir, desarrollarse y establecerse en un territorio dado, su estrecha vinculación con el pueblo y encierra la simiente de la participación popular que será principio de la salud pública al triunfo de la revolución.
3. En la concepción del Che de la organización en la tercera etapa, se plantean claramente niveles de atención diferenciados según complejidad destacando la estrecha relación funcional entre esos niveles, principio moderno de la organización de salud.
4. La atención médica a los habitantes civiles del territorio liberado por la guerrilla es principio en las tareas de vinculación de esta con el pueblo, y será luego prioridad política en el ejercicio del gobierno revolucionario, surgido con la victoria de la guerrilla.
5. El concepto integral de las tareas planteadas por Che a la organización de la “Sanidad”; como le llamó en su libro, se expresa claramente cuando se refiere a la “función orientadora de los higienistas”; enumera diversas especialidades por su importancia, sin olvidar la salud bucal, dando así un carácter multidisciplinario a la organización.
6. La trascendental idea de “fundar también dispensarios que permitan una adecuada vigilancia individual”. Aquí se encierra el concepto de dispensarización y seguimiento activo de la población. Esto es la idea central que hoy se materializa, a escala de todo el país en el modelo del médico de familia.
7. La vigencia de los fundamentos de la organización médico sanitaria de la guerrilla en la preparación para la guerra de todo el pueblo en condiciones de ocupación temporal de territorios por el enemigo, hacen de este texto una lección para el momento actual.

Estas ideas del Che se confirman en el relato testimonial del doctor Julio Martínez Páez, primer médico incorporado a la guerrilla y posteriormente Primer Ministro de Salud Pública del gobierno revolucionario, que se publicara con el título “Médicos en la Sierra Maestra”, en la colección “Cuadernos de Historia Sanitaria” (hoy de Historia de la Salud Pública).⁶⁴

Aquí se describen las condiciones específicas en que se desarrollaba el trabajo médico en las zonas de combate, y se encuentran las distintas fases señaladas por Che en cuanto a organización.

Cabe destacar la actualidad de la exposición de Martínez Páez en lo referente al trato respetuoso a la vida, la salud y dignidad humana que se daba a los heridos y prisioneros del ejército de la tiranía, ejemplo de respeto a los derechos humanos sostenido hasta hoy por la revolución. En este testimonio es notable el capítulo “Plan de Salubridad” donde se refleja el pensamiento de Fidel Castro proyectado al futuro, al momento en que la revolución en el poder transformará la realidad económica, política y social del país. Así ha recogido Martínez Páez este pensamiento:

...No es posible, decía el Dr. Fidel Castro, que esta población campesina, alma pura de nuestra tierra, continúe abandonada, hambrienta, sin asistencia médica, sin educación, destruidos sus organismos por los parásitos o por el paludismo. Hay que traer la salubridad al campo, hay que sanear estas montañas como todas las zonas rurales.

...Hay mucho que hacer. Después del triunfo será mayor el trabajo a realizar. No podemos defraudar la confianza que el pueblo de Cuba a puesto en nosotros. Hay que establecer, y tú de eso sabes más que yo, porque eres médico, medidas a fondo para darle más bienestar y salud al pueblo. No hay que esperar que las enfermedades lleguen con su amenaza tétrica, hay que prevenirlas, hay que evitarlas. Desde ahora hay que ir elaborando los planes sanitarios, como los económicos, los sociales y educacionales y coordinarlos todos con eficiencia funcional reivindicadora.

Aquí queda sintetizado el pensamiento de Fidel Castro, el pensamiento que ha guiado a la salud pública cubana en su desarrollo revolucionario, el que abriría el camino al socialismo y su sistema de salud, el que establecería a pocos meses del triunfo revolucionario el servicio médico rural, el pensamiento que daría la prioridad adecuada a la medicina preventiva, y que trazó la política que integralmente abordó la construcción de un sistema de salud sobre sólidas bases económicas, sociales y educacionales. El pensamiento que hoy mantiene plena vigencia, cuando resueltos los problemas básicos de la época de la guerrilla se proyecta hacia metas que permiten al pueblo cubano alcanzar los más altos índices de salud física, mental y social.

Estas ideas, la práctica médica en las condiciones económicas, políticas y sociales del país ya descritas, la experiencia guerrillera y el contacto estrecho que ésta determinaba con el pueblo son la base teórico práctica sobre la que se formaron cuadros de dirección para el sistema de salud

revolucionario. Pero antes que este sistema pudiera ser realidad, se estructuró la sanidad militar del Ejército Rebelde, continuador de la sanidad militar mambisa. Una excelente fuente para el estudio de la organización de los servicios médicos del ejército rebelde los constituyen los testimonios recogidos en entrevistas publicadas en el diario “Granma” entre el 25 de noviembre de 1967 y el 18 de enero de 1968, que fueron posteriormente recogidas en “Cuadernos de Historia de la Salud Pública” número 64 de 1982.⁶⁵ Médicos, dentistas y estudiantes de medicina hasta el número de 48 han dejado en esta serie de entrevistas sus recuerdos, gracias a la iniciativa y atención personal que a esta tarea de rescate de la historia patria dedicó la compañera Celia Sánchez Manduley.

En su entrevista, el Dr. Faustino Pérez confirma lo que ya fue expuesto cuando dice:

Yo creo que tiene una gran importancia, una gran significación, que la Revolución antes del triunfo se estuviera preocupando ya tan seriamente en la atención a los campesinos, pudiéramos decir que es el antecedente, el preámbulo del Servicio Médico Rural.⁶⁵

En igual sentido se expresó el Dr. José R. Balaguer Cabrera:

En aquel momento nosotros nos dimos cuenta del enorme papel que jugaba el médico con respecto al campesinado. El efecto que producía en ese campesino el hecho que hubiera médicos que eran del Ejército Rebelde y que atendieran de la forma que atendían. Prácticamente, aunque a Sagua de Tánamo tenían accesibilidad y había unos cuantos médicos en Sagua de Tánamo la mayor cantidad de los campesinos no iban a Sagua de Tánamo, sino que se atendían en el hospital, iban todos al hospital rebelde. Algo que yo considero muy importante durante la guerra nuestra fue el papel que jugamos con respecto al campesinado. Nosotros pensábamos que nuestro papel más importante era el de médico de la guerrilla, pero la experiencia también nos enseñó la trascendencia que tenía también la acción del médico guerrillero entre el campesinado, que por primera vez tuvo asistencia médica.⁶⁵

Del conjunto de entrevistas recogidas en el texto citado se concluye que existían diferencias significativas en el desarrollo económico y social entre los territorios de la Sierra Maestra y del Segundo Frente, las que determinaban mayor disponibilidad de recursos, en este último: mejores casa de terratenientes, más facilidades para las comunicaciones, existen-

cia de pequeñas plantas eléctricas en las fincas. También una mejor comunicación con la ciudad (en especial Guantánamo), lo que les permitía recibir más y mejor ayuda en materia de abastecimiento médico sanitario.

A esto se refiere de modo especial el Dr. José R. Machado Ventura, que en su entrevista declara:

...Nos dimos cuenta de que aquella era una zona en que había muchos recursos, recursos en el sentido de que para los que estábamos acostumbrados en la Sierra, que eran los bohíos sin nada, pues había casas con más condiciones, había otro nivel de vida, había mejores caminos, las casas tenían más recursos, había por ejemplo tuberías, agua corriente, toda una serie de condiciones. Claro que eran casas, en muchos lugares, de individuos terratenientes o dueños de cafetales, pero yo sé que había condiciones para establecer, digamos, un hospital; y en esos momentos no tenía nada, estaba yo solo, pero me fui dando cuenta de que ahí se podía hacer mucho más.⁶⁵

Esto permitió un mayor desarrollo de los hospitales que ya habían estabilizado su ubicación y planteó la necesidad de una organización más formal, lo que se concretó con la creación del Departamento de Sanidad, el 28 de octubre de 1958, a los siete meses de formarse el Segundo Frente, mediante la Orden No. 49 del Comandante Raúl Castro Ruz. Esta Orden estableció la organización del Segundo Frente, que había madurado integralmente. Junto al Departamento de Sanidad se crearon los de Guerra, Justicia, Propaganda, Educación, Construcción y Comunicaciones y Finanzas; además la Escuela Política “José Martí”, el Buró Agrario y el Buró Obrero.⁶⁶

Fue designado Jefe del Departamento de Sanidad el Dr. Machado Ventura, quien deviniera en 1960 Ministro de Salud Pública y años después en cuadro relevante de la dirección política del país. Machado Ventura, ejemplo concreto de cuadro que se desarrolla a partir de la lucha guerrillera, que en esa época se destaca ya como organizador, que obtiene resultados de notable alcance en su gestión, que se forma ideas y asimila principios que hoy mantienen plena vigencia, y que aplicaría en los años que tuvo la responsabilidad de dirigir la salud pública del país. La vigencia de estas concepciones alcanza hoy a ser parte de la política que el Partido y en especial el Comandante en Jefe Fidel Castro impulsan para la rectificación de errores y tendencias negativas en el proceso revolucionario cubano.

En algunas citas de la entrevista a Machado en el texto que se ha venido mencionando reiteradamente se dice:

...Yo llevaba también el control en los hospitales para que no aumentara la burocracia, porque había tendencia a aumentar la

burocracia sobre todo porque el hospital era el lugar donde casi todos los compañeros querían resolver sus problemas... Llegaba, por ejemplo, una persona que no hallaban donde ponerla, decían: “mándala para el hospital”... Entonces yo peleando: mándela para otro lado, pero para el hospital no, porque eso no es una casa de huéspedes... Esos nos facilitó evitar que se llenaran los hospitales, mucha gente quería ir allí... y salvo que estuviera muy justificada la presencia ahí no permitíamos que hubiera gente sin hacer nada en los hospitales.

Aquí está sin duda el primer ejemplo de lucha contra las “plantillas infladas”, y el inicio de la lucha contra el burocratismo en el sector de la salud. “Nosotros no teníamos burocracia”, dice Machado en otra parte de su entrevista. Esta conducta que ha mantenido a lo largo de los años es uno de sus rasgos como administrador de salud. Y una de sus mejores enseñanzas, porque además es enseñanza mediante el ejemplo y actitud concreta.

Otro aspecto que caracterizó el Departamento de Sanidad del Segundo Frente fue la formación de su personal auxiliar. Al respecto relata Machado: “Primero también había allí una serie de muchachitas que a diferencia de las de la Sierra Maestra tenían cierto nivel, por ejemplo, habían algunas que eran bachilleres o que habían estudiado en Guantánamo... Las capté y las comenzamos a preparar como enfermeras, como auxiliares de enfermeras...” Esta experiencia aplicada en el contexto de la revolución triunfante fue base de la política de desarrollo de recursos humanos durante los primeros y más críticos años de desarrollo del sistema de salud socialista, en especial para satisfacer necesidades del área rural. Un último elemento de esta entrevista es el que se dedica a considerar los efectos negativos que podía tener, en el momento en que el Ejército Rebelde ocupaba ya ciudades y se acercaba al triunfo, dejar las zonas rurales sin los servicios de salud que se venían prestando a la población. Al respecto dice:

Yo conversé con Raúl que a mi me preocupaba dejar esas zonas así porque era cuestión que se iba a sentir. Entonces estuvimos ideando y el propio Raúl conversó conmigo de que había que prever inmediatamente triunfáramos, resolver esa situación ahí porque no podíamos dejar a esa gente abandonada... Ya nosotros nos dábamos cuenta de la necesidad de que permaneciera la atención médica en aquella población, población hasta entonces sin atención médica y estuvimos tratando de ver qué solución le dábamos. Dejamos compañeros, hospitales, les dejamos en la retaguardia, y otros fuimos avanzando hacia los pueblos.⁶⁵

Esta organización ya tan avanzada planteaba serios problemas de abastecimiento técnico material, en especial por la demanda para la atención a la población civil de las zonas liberadas y por el aumento de la actividad combativa, que originaba mayor número de heridos. Esto encontró solución en los vínculos con la población, en su enorme apoyo a la guerrilla. Aunque de esto ya se explicó lo esencial, el testimonio de un combatiente lo expresa más vivamente. Así lo relata en su entrevista, de la serie citada, el Dr. José A. Gutiérrez Muñiz:

Y por encargo del Movimiento en aquel tiempo subimos a la Sierra y nos entrevistamos con Machado. Estuvimos allí casi una semana, para entonces organizar mejor los suministros médicos, ya que los hospitales del Segundo Frente tenían las características que explicó Machado, que atendíamos una cantidad enorme de población y había necesidad de medicamentos. No era solamente la atención a los heridos, si no que aquellos era mucho más amplio todavía. Y ya se planteaba la necesidad de subir equipos de rayos X y de laboratorio, aquello iba teniendo una importancia enorme, y de verdad que se formó una red extraordinaria para que los abastecimientos médicos, especialmente, tuvieran la calidad y la cantidad necesaria. Incluso la ciudad era insuficiente para suministrar. Había que hacer pedidos directos a La Habana y hacer una serie de conexiones que no llamaran la atención, porque en aquellos momentos Guantánamo se había quedado totalmente aislado.

Junto a otros hechos ya referidos, este configura con toda su fuerza la afirmación de que el sistema de salud creado por la revolución surgió aquí mismo, en el teatro de operaciones del Ejército Rebelde, a partir de las ideas de Fidel, materializada por sus cuadros médicos guerrilleros, y que alcanzan todavía hoy a servir de enseñanza a los nuevos salubristas, organizadores o cuadros de la administración de salud. Puede afirmarse aún más que el Ejército Rebelde fue escuela de cuadros de dirección de la salud pública revolucionaria.

Si otra prueba cabe aportar, baste citar algunos nombres de médicos guerrilleros que luego asumieron importantes responsabilidades en la administración de los servicios de salud. A los nombres ya recordados de Che, Machado, Balaguer, Faustino y Martínez Páez, se añade los de Sergio del Valle Jiménez, Eduardo Ordaz, (el Decano de nuestros directores de hospitales), José A. Gutiérrez Muñiz, Serafín Ruíz de Zárate, Benito Pérez Masa, y el estudiante José M. Miyar Barruecos, entre los más destacados.⁶⁶

Este relato se interrumpe aquí para ser continuado por otros trabajos que analizaran el tema de la salud pública a partir del momento en que triunfa el Ejército Rebelde y comienza el período de tránsito y luego la construcción de una nueva sociedad.

Un motivo cierto lleva a esta interrupción. Es el cambio de método de investigación que hasta aquí ha sido el estudio de fuentes secundarias, en buena medida, para pasar a estudio de fuentes primarias, y otro de carácter testimonial que el autor se ve comprometido a adoptar al realizar el estudio, pues ha sido participante activo en el decursar de la historia en estos años de desarrollo de la organización y dirección de la protección de la salud de la población.

Colofón

El hilo conductor de este ensayo ha sido el de seguir a lo largo de algo más de dos siglos la historia de la protección de la salud de la población como práctica profesional diferenciada de los médicos. Se ha tomado en cuenta la denominación variable que ha tenido esta práctica y se han identificado desde su surgimiento, los momentos de aparición y desarrollo de la enseñanza, la investigación científica y la organización social de estos especialistas. Todo ello referido a la etapa histórica de desarrollo económico, político y social correspondiente a la formación económico social dominante. Se ha estudiado con mayor detalle la evolución de esta disciplina en Cuba.

En síntesis se ha demostrado que:

1. La especialidad como práctica médica existe desde hace más de 200 años.
2. La especialidad ha surgido y ha evolucionado en cada sociedad a partir de la necesidad social del desarrollo de la protección de la salud de la población.
3. La especialidad posee un objeto propio de estudio y contenido específico de trabajo.
4. La especialidad utiliza métodos de diversas ciencias para el desarrollo de sus tareas.
5. La especialidad es materia de enseñanza a nivel de pre y posgrado universitario.
6. La especialidad tiene un campo amplio de investigación científica, del que hay múltiples ejemplos de alto valor con resultados de aplicación relevantes.
7. La especialidad ha alcanzado en su desarrollo una organización social y laboral importante.

Estos resultados no son originales, y menos aún en el plano internacional, pero es oportuno la reiteración de su demostración, por cuanto en el plano nacional existe cierta corriente de dudas al respecto, no formalizada, no obstante estar oficialmente reconocida la especialidad en Cuba desde hace más de veinte años, existir cátedras que hacen enseñanza de la Salud Pública y acumularse un buen conjunto de investigaciones sobre los problemas en que ella se ocupa.

Referencias

1. Aldereguía Henríquez J, Rojas Ochoa F. La Higiene Social. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1984.
2. Foucault M. Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud. 1997;2(1). [Bull History Med.Vol II (1)].
3. Rosen G. El cameralismo y el concepto de policía médica. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. [Bull History Med.1984;27].
4. Sigerist HE. Historia y sociología de la Medicina. Bogotá: Editorial G. Molina,1974.
5. Rosen G. La política económica y social en el desarrollo de la salud pública. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.
6. Multanovsky M. Historia de la Medicina. La Habana: Academia de Ciencias;1965.
7. Buess H. Paracelso y Agrícola como adelantados de la medicina social y laboral. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. [Deutsche Medizinische Wochenschrift 1961].
8. Rosen G. Da Policía médica a medicina social. Río de Janeiro: Sindicato Nacional de Editores de Livros;1980.
9. Thissen R. Evolución de la terminología sobre Higiene Social y Medicina Social en los países de Idioma alemán hasta 1930. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. [Koln y Opladen. Wetdeutscher Verlag,1969].
10. Teleky L. Notas históricas, biográficas y autobiográficas. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. [Aerztliche Wochenschrift].
11. Nalón JH. Principios de administración sanitaria. 3ra ed. México: Prensa Médica Mexicana;1973.
12. Rosen G. Análisis Histórico del Concepto de Medicina Social. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. [Bull. History Med].
13. Roemer ML Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Editorial Siglo XXI;1980.
14. Gebhard B. Soziale Pathologie. Bundesgesundheitsblatt.1967. En: Lesky E, editor. Medicina Social (Antología). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.
15. Novinski A, Ripa J. La investigación en los hospitales. Educación Médica y Salud. 1980;14(4).
16. Miaur A. La nacionalización de los servicios de salud (s.f). [mimeógrafo].
17. Vinogradov NA. Higiene social y organización de Salud Pública como Ciencia. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1981. [en Higiene Social].
18. Serenko AF, Ermakov VV. La higiene social y organización de la Salud Pública como Ciencia y como Materia de Enseñanza. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1981. [en Higiene Social].
19. Ewert G. Conceptos sobre las relaciones existentes entre la higiene social y la medicina social. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1984.
20. Serenko AF, Ermakov VV. Higiene social y organización de la Salud Pública. Moscú: Editorial Mir;1986.
21. Batáis GA, Lekarev LG. Fundamentos básicos de la salud pública soviética. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1984.

22. Delgado G. Curso de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Salud Pública;1975 [mimeógrafo].
23. Pérez de la Riva J. El barracón de ingenio en la época esclavista. En: Pérez de la Riva J, editor científico. El barracón y otros ensayos. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1975.
24. López Sánchez J. Finlay: El hombre y la verdad científica. La Habana: Editorial Científico- Técnica;1987.
25. López Sánchez J, Torriente Brau Z. Bibliografía científica cubana (1790-1884. La Habana: Editorial Academia;1979.
26. Rodríguez CR. Cuba en tránsito al Socialismo. La Habana: Editora Política;1979.
27. Anon. El Dr. Angel Aballí fustigó en forma enérgica al Colegio Médico. La lucha. 19 de dic. de 1928.
28. Dechamps C, Poblette TM. El problema médico y la asistencia mutualista en Cuba. Tribuna Médica. 1934;8:224-5.
29. López Serrano E. Instituto Finlay: Primera Escuela de Administración de Salud en Cuba. Rev Cubana Adm Salud. 1986;12(3): jul-sep.
30. Duque M. Bases de la Beneficencia. Tomo 1. 1909;(1).
31. Guiteras J. La sanidad cubana y la opinión extranjera. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. 1909;2(1).
32. _____. Contestación del señor director de Sanidad. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1914;8.
33. Hernández E. Homicultura. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1910;4(2).
34. Ramos DF: La homicultura en Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. 1910;4(2).
35. Fosalba R.J. La mortinatalidad y la mortalidad infantil en la República de Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1914;26(6). [jun, Pt.1].
36. _____. La mortinatalidad y la mortalidad infantil en la República de Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. 1914;22(6):7.[jul, Pt. 2].
37. _____. La mortinatalidad y la mortalidad infantil en la República deCuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1914;22(6):7. [jul, Pt.3].
38. _____. La mortinatalidad y la mortalidad infantil en la República de Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1914;22(6):7. [jul, Pt.4].
39. _____. La mortinatalidad y la mortalidad infantil en la República de Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. 1914;22(6). [8 ago.].
40. Alonso MF. La beneficencia en Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1914. 22(8). [ago.].
41. Sánchez de Fuentes A. La mortalidad infantil en Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia .1915;23(7). [ago.].
42. Ramos DF. Mortalidad infantil en Cuba. Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.1915;24(7). [ago.].
43. Departamento de Sanidad de La Habana. Manual de prácticas sanitarias. La Habana: Secretaría de Gobernación;1905.
44. Fariñas PL, Antonetti A, Santamarina V. Bases de la organización de un hospital general. La Habana;1943.
45. Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba. Informe del Consejo Ejecutivo a la Quinta Reunión Anual Extraordinaria del Staff. Nuestro Método de Trabajo Médico. La Habana: Centro;1957.
46. Font Pupo C. El pensamiento científico de Luís Díaz Soto. En: Colectivo de Autores. Semblanza de Luís Díaz Soto. La Habana: MINFAR, Dirección de Servicio Médico;1964[mimeógrafo].

47. Sotolongo GF. La contribución del Dr. Luís Díaz Soto al movimiento médico. En: Colectivo de autores. Semblanza de Luís Díaz Soto. La Habana: MINFAR, Dirección de Servicio Médico;1964.
48. Lassalle del Amo R, Shapov Bozovick M. Premio del concurso de Historia Primero de Enero. La Habana: Hospital Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba;1974. [DOR].
49. Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba. Hacia la Medicina de Grupo. Tribuna Médica. 1950;23(349-350):37-40.
50. Tribuna Médica. 1956;7(430-431):sept-oct.
51. Rodríguez R. Discurso del Dr. Carlos Rafael Rodríguez en la inhumación del Dr. Gustavo Aldereguía. Granma. 9 de septiembre de 1970.
52. Aldereguía Lima G. Revolución y Tuberculosis. Cuadernos Historia Salud Pública. 1984;68.
53. _____. El anti-franganillo. Cuadernos Historia Salud Pública. 1984;68.
54. _____. Discurso en el Aula Magna de la Universidad de La Habana, 4 de diciembre de 1922. Cuadernos Historia Salud Pública. 1984;68.
55. _____. Cómo debe enseñarse la fisiología. Cuadernos Historia Salud Pública. 1984;68.
56. _____. La Habana: Únete;1972.
57. Torras J. Los factores económicos de la crisis médica. Economía y Desarrollo. 1972;(13): sept-oct.
58. Bankowski A. Una burla y un derroche. Salud Mundial. 1987. [abr.].
59. Relación de los Acuerdos de la LXI Asamblea Médica Nacional celebrada en La Habana.12 y 13 de enero de 1957. Tribuna Médica. 1975;(435-436): ene-feb.
60. Noticias de Interés General. Protesta por agresiones físicas a los médicos. Tribuna Médica.1957;(437-438): mar-abr.
61. Médicos asesinados: Jorge Ruiz Ramírez y Antonio Pulido Humarón. Tribuna Médica de Cuba. (s.f); (441-A): ago-dic.
62. Guevara E. La guerra de guerrillas (s.f). La Habana: Departamento de Instrucción del Ministerio de las Fuerzas Armadas de Cuba.
63. Castro F. Discurso pronunciado en la velada solemne en memoria del Comandante Ernesto Che Guevara. Plaza de la Revolución, La Habana, 18 de octubre 1967. En: Ernesto Che Guevara, escritos y discursos. Tomo 1. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1972.
64. Martínez Páez J. Médicos en la Sierra Maestra. Cuadernos de Historia Sanitaria. 1959:14.
65. Sarabia N. Médicos guerrilleros: Testimonios. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1982:64.
66. Dirección Política de las FAR (Cuba). Sección de Historia. (s.f.). Segundo Frente Oriental Frank País.

Parte II

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA SOCIAL*

Hace nueve años, días antes de morir, Juan Cesar García, obligado por la enfermedad, interrumpía su trabajo que titulara “Juan C. García entrevista a Juan C. García”, y que encabezara con una pregunta crucial: “¿Existe en salud un campo del conocimiento científico que se ocupe de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud?”¹

Su respuesta fue categórica: “SÍ”, y añadía “... y ha recibido diferentes denominaciones, entre otras, Medicina Social, Ciencias Sociales aplicadas a la Salud, Ciencias Sociales de la Salud. La primera que aparece históricamente es Medicina Social y se refiere en forma general al objeto de estudio en ese campo del conocimiento y en algunas circunstancias se especifican las disciplinas particulares.

Así, desde las ciencias sociales, la sociología médica, la economía médica, la economía política de la salud, etc. Y, desde las ciencias médicas, la epidemiología social, la higiene social.”¹

Los diversos nombres que se han aplicado a este campo del conocimiento, desde policía médica con la obra cimera de Johann Peter Frank, hasta la reciente adopción por un número creciente de brasileros y otros sudamericanos de medicina colectiva,^{2,3} han contribuido no poco a la confusión con relación al concepto y su denominación.

Al respecto García aclaró que “la variedad de nombres implica, en parte, diversas definiciones sobre el objeto de estudio, distintas perspectivas para abordar su análisis y corrientes de pensamiento divergentes en quienes participan en este campo del conocimiento. Sin embargo, existe un cierto grado de acuerdo sobre los temas fundamentales que abarcaría esta esfera del conocimiento: *el estudio de las determinantes sociales de la enfermedad y de los servicios de salud*. Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto ascenso sobre el ámbito de un campo del conocimiento que se considera como interdisciplinario.”⁴

También se preguntó Juan Cesar: ¿Cuál es la historia y el significado del termino “medicina social?” Su respuesta:

* Reproducido de: Boletín Ateneo “Juan César García”. 1993;1(1):4-24.

Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de Medicina Social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa.

Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Newmann y Rudolph Virchow hablan de medicina social en Alemania, Jules Guérin en Francia, William Farr, en Inglaterra y Francesco Puccinotti en Italia.

Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la satisfacción de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar éste particular periodo histórico.

El Dr. Guérin estampa el término en una revista médica editada en París que tiene una duración de pocos meses. En Berlín, el Dr. Virchow introduce el término en una revista cuya duración también será breve. En ambos casos el contenido de la revista tenía un carácter combativo ya que apoyaba los principios fundamentales de las revoluciones de 1848. El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los “problemas sociales” y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de Medicina Social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos Estados. Así, la Medicina Social aparece como una concepción “moderna”, adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa. Sin embargo, el término Medicina Social es poco utilizado a partir de esta fecha y reaparece en Inglaterra solo en la década de los 40 del presente siglo coincidiendo con la creación del Servicio Nacional de Salud.

La designación se difunde en Europa pero no logra penetrar en los EE.UU. debido a que en los 50 el ambiente creado por el Macartismo hacía imposible adjetivar algo como “social” por considerársele relacionado con “socialismo”. Así en las escuelas de medicina de EE. UU. se emplea el término “Medicina Preventiva”, que incluía temas de ciencias sociales. Antropólogos y sociólogos son los primeros científicos sociales en participar en esta nueva disciplina y comenzar a realizar investigaciones en el campo de la salud.

Debe mencionarse que a fines de la década de los '30 y en la de los '40, un grupo de científicos sociales marxistas, entre los que se destaca Stern, enseñan e investigan materias de salud. Esta corriente, sin embargo, se ve avasallada y su producción relegada al olvido frente al surgimiento en la década de los '50 de las ciencias sociales positivistas y al clima de represión intelectual producido por el Marcartismo.⁵

Como puede apreciarse en esta cita, la historia es larga entorno al concepto y la disciplina a que dio lugar. Los antecedentes pueden ser tan lejanos como a Paracelso y Agrícola, fallecidos en 1541 y 1555, respectivamente; el ya citado Johann Peter Frank, que vivió entre 1745 y 1828; Jules Guérin, que en la *Gazette Medicale de Paris*, Tomo Tercero, No. 11 de 11 de marzo, No.12, de 18 de marzo y No. 13 de 22 de marzo de 1848, introduce el término; o sus continuadores: Alfred Grotjahn, que profesa la cátedra de Berlín en las tres primeras décadas del siglo XX, Henry E. Sigerist, el más notable de los historiadores médicos, que trabaja en Europa y Estados Unidos hasta poco más de la mitad de este siglo; su discípulo, George Rosen y AF Serenko, contemporáneos de EE.UU. y la Unión Soviética, respectivamente.⁶⁻¹³

Para el conocimiento del surgimiento y desarrollo de la medicina social en América Latina, disponemos, en primer termino, de dos excelentes estudios de Everardo Duarte Nunes.

El primero presentado en Cuenca en 1983, titulado “Tendencias y Perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales en Salud en América Latina: una visión general” y el segundo, de 1991, titulado “Traectoria de la Medicina Social en América Latina, elementos para su configuración”.^{14,15}

Nunes, siguiendo a García, considera que desde el punto de vista histórico “hay tres periodos en lo que respecta a instituciones de investigación en salud en América Latina: el primero se extiende desde finales del siglo XIX hasta 1930; el segundo, desde 1930 hasta 1950 y el tercero se inicia en el decenio de los años 60.”¹⁶

Cada período está condicionado en la práctica y teoría de la medicina social por las relaciones entre práctica de salud y estructura social. La división en estos periodos evidenciará, según García, que “los cambios en las instituciones de salud reflejan los cambios en la estructura social y lo mismo parece ocurrir con la investigación científica en salud. De 1880 a 1930 surge la investigación bacteriológica y parasitológica ligada a los problemas de la producción agroexportadora. De 1930 a 1950 se desarrolla la investigación básica y clínica conectada con el conocimiento hospitalario impulsado por la industrialización. A partir de 1950 y especialmente a partir de 1970, se observa un renacimiento de la medicina tropical, consonante con el nuevo interés por la producción agroganadera y los estudios sobre los servicios de salud impulsados por la necesidad de

racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales en salud.”¹⁷

En la extensión limitada que este trabajo debe tener, no es posible detenerse en la aparición y desarrollo de la medicina social en América Latina hasta 1950. Un breve resumen puede encontrarse en la obra de René Sand “The advance to Social Medicine.”¹⁸

Para Cuba se revisa el tema en “Acerca de la Historia de la Protección de la Salud en la Población”.¹⁹

El periodo que se inicia en 1950 ha sido rigurosamente estudiado por Duarte Nunes.^{20,21} A continuación *in extenso* el análisis cuantitativo de la producción científica en esta área del conocimiento en América Latina, de su trabajo más reciente:

Desde el punto de vista cuantitativo y, conforme a las cuatro grandes categorías utilizadas en la clasificación de la producción científica (tabla 2.1) pudo notarse que hubo un considerable aumento a partir de fines de los años 70. Así, en la década de los 50 la producción reunida no alcanza 200 referencias; pero, en los años 60 se eleva a cerca de 500; y llega a más de 1000 entre 1970-79. Los cinco primeros años de la década del 80, superan esa producción y llegan hasta 1086. Este crecimiento evidente presentara comportamientos diferentes al analizar las subcategorías. Se observa que la Medicina Tradicional, que en los años 50 presentaba el mayor porcentaje de referencias, conserva en la década siguiente esa posición, aunque en término de porcentaje haya disminuido, al pasar de 44,0 por ciento a 33,5 por ciento. Cederá tal posición en la década del 70 y en el 80-85 para los Servicios de Salud y Proceso Salud- Enfermedad. Durante todo el periodo de 1950-79, la categoría denominada Formación de Recursos Humanos se situara en ultimo lugar y solo de 1980-1985 asumirá el tercer puesto al dejar en último lugar a la Medicina Tradicional.

Resumiendo, de 1950-1985, en un total de 2 749 citas bibliográficas, los Servicios de salud ocupan el primer lugar, con 36,3 % de la producción científica; el Proceso salud-enfermedad, el segundo lugar, con 32,2 %, la Medicina tradicional presenta un saldo de 18,4% y la Formación de recursos humanos para Salud, el 13,0 % (tabla 2.1).²²⁻²⁴

El análisis temático de esta producción científica mostró que en la categoría Servicios de salud los subtemas que alcanzaron mayor frecuencia fueron Medicina y sociedad (25,3 %), Medicina estatal (13,7 %), Análisis histórico (12,8 %) y Programas de salud (12,4 %). Otros subsistemas no alcanzaron el 5 % de representación.²⁵

Citando a Nunes en su análisis del subtema Medicina y sociedad:

Lo que se destaca en esta producción a partir de la segunda mitad de los años 70 es que gran parte de los estudios tuvieron como base teórica un enfoque histórico-estructural. Esta posición teórica se desencadena a partir del momento en que se reconoce la fragilidad, imperfección y fragmentación con que venía siendo analizada la relación salud y sociedad. A partir de los años 80 en diversos países latinoamericanos, principalmente Argentina, Brasil, México y Venezuela continúan apareciendo importantes trabajos que en muchos aspectos amplían los análisis anteriores, no siendo rara la utilización de cuadros conceptuales más elaborados. Se privilegian las relaciones entre estructura socioeconómica y los servicios de salud, el rol del Estado en las políticas de salud, las determinantes sociales de la planificación, la crisis del modelo médico, la medicina social, tanto teórica como históricamente reciben atención, así como el rol de las ciencias sociales en su desarrollo. Sin duda, los propios condicionantes estructurales y políticos demarcan claramente una dirección en los estudios, con énfasis en las políticas sociales.²⁶

Tabla 2.1. Distribución de las referencias bibliográficas de la “Bibliografía Latinoamericana sobre Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud”, según cuatro categorías, temas y fechas de publicación. Período 1950-1985

Categorías	1950-1959		1960-1969		1970-1979		1980-1985		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medicina tradicional	74	44,0	158	33,5	213	20,8	61	5,6	506	18,4
Servicios de salud	41	24,4	101	21,4	365	35,7	493	45,3	1000	36,3
Proceso salud-enfermedad	46	27,4	114	24,1	309	30,2	418	38,5	887	32,3
Formación de recursos humanos	7	4,2	99	21,0	136	13,3	114	10,6	356	13,0
Total	168	100	472	100	1023	100	1086	100	2749	100

Fuente: período 1950-1979: Bagdley, Bravo, Gamboa y García. Período 1980-1985: Nunes.²⁴

La categoría con representación proporcional de un tercio de la producción científica durante el período comentado es la de Proceso salud-enfermedad. Nunes refiere que en el período examinado se destacan en la muestra estudios sobre aspectos sociales de las enfermedades mentales, aspectos sociales de la morbilidad y mortalidad, aspectos sociales de la nutrición, desarrollo y crecimiento, las relaciones salud-enfermedad-sociedad, la relación entre el trabajo y el proceso salud-enfermedad.²⁷ Nunes añade que, especialmente en el período 1980-1985, otras líneas de investigación pueden detectarse: la cuestión de la pobreza, los procesos migratorios y sus relaciones con la salud, la relación entre crisis y salud. Y comenta que:

...desde los años 70 hay también un esfuerzo teórico de comprender los procesos de salud-enfermedad dentro de un marco más amplio, particularmente por las contribuciones de una nueva generación de epidemiólogos con formación en Ciencias Sociales. Para un grupo de investigadores latinoamericanos queda bien claro que resaltan las categorías básicas: producción y reproducción social constituye un avance importante.²⁸

La sola enumeración de los contenidos de las dos categorías mencionadas da clara idea del vasto campo de trabajo de la medicina social, visto desde la producción científica lograda en América Latina en los últimos años. Pero saltan a la vista también las dificultades del análisis frente a la conjugación de factores sociales, económicos y políticos, con los progresos científicos de la biomedicina, de las ciencias sociales y otros campos del conocimiento. Sobre esto escribió García que:

...la tesis central que orienta este trabajo es que la práctica y el saber en el campo de la salud, en el cual se incluye la investigación, están ligadas a la transformación histórica del proceso de producción económica. Desde un punto de vista epistemológico, se opta por la postulación que sostiene que la concepción y la proposición de acciones médicas no surgen de un simple juego del pensamiento sino que tiene su origen en la experiencia del individuo con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas y en relación a los hombres entre sí. La determinación del saber y de la práctica se buscará en el conjunto de las relaciones que constituyen el todo social y, en última instancia, en la estructura económica.²⁹

Los enfoques teóricos y metodológicos en torno a las ciencias sociales en medicina y a la medicina social venían sometidos a análisis y crítica creciente desde la década de los 70. Sergio Arouca, en Brasil, estableció una clara diferenciación entre medicina preventiva, conceptuada como:

La aplicación de conocimientos y métodos de varias disciplinas, a la promoción, manutención y restauración de la salud, como también, la prevención de enfermedades, de incapacidad y de mortalidad prematura, a través de programas individuales y colectivos de atención médica. La medicina preventiva, así conceptuada, tiene más relación con los conceptos de Medicina Social desarrollados en Europa en la primera mitad del siglo XIX, que con las filosofías y propósitos de la defendida por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Estatal de Campinas, que conceptuó la Medicina Social como estudio de dinámica del proceso

salud-enfermedad en las poblaciones, sus relaciones con la estructura de atención médica, como también las relaciones de ambas con el sistema social global, considerando las transformaciones de estas relaciones para la obtención, dentro de los conocimientos actuales, de los niveles máximos posibles de salud y bienestar de las poblaciones.³⁰

En la apretada síntesis histórica del desarrollo del campo antes expuesto y de las conceptualizaciones de la medicina social tomadas de García, Nunes y Arouca, queda claro, qué es la medicina social y su concepción teórica. Se ha visto también lo más frecuente que trata la producción científica latinoamericana en este campo del conocimiento. Esto lo reafirma Nunes al decir que:

...toda temática que toque con la vida humana, con la salud, con la enfermedad o con la muerte en cuanto se aborde y analice como entidad y realidad histórica, con la rigurosidad y metodología que tal identidad requiere, es un tema médico-social.

Que la Medicina Social es al mismo tiempo un saber y una práctica, mejor: un conjunto de prácticas es la otra premisa del trabajo y condición esencial del tema.

¿Cuál es y cuál no es una práctica médico social? Serán prácticas médico sociales aquellas que, basándose en un esquema conceptual y modelos metodológicos como los enunciados anteriormente, se concreten en procesos de activación de las diferentes fuerzas sociales hacia la transformación positiva de sus condiciones de vida y salud. Caben entonces prácticas pedagógicas e investigativas; acciones al interior de movimientos sociales y políticos; acciones en los terrenos de la legislación, y la organización popular, el debate político, las luchas gremiales y sindicales en el terreno de la salud, y muchas otras formas de acción social.³¹

Se añade la gestión de servicios de salud, la organización de la protección de la salud desde sus vertientes de promoción, prevención, curación y rehabilitación, la práctica epidemiológica en sus versiones clásica y moderna. En fin, la práctica de la salud pública integral.

En la exposición hecha hasta aquí se puede percibir que el enfoque médico social contemporáneo de la medicina social latinoamericana se ha basado fundamentalmente en los aportes de la visión y metodología materialista histórica.³²

A propósito de la cuestión metodológica se había llegado en el Seminario de Cuenca (1972), a una toma de posición en relación con el papel de las ciencias sociales.³³

Sin duda, había llegado el momento de dar un balance en la teoría y la metodología que venían informando y orientando los trabajos en el área de la salud, porque ambas no conseguían dar cuenta de los problemas del sector que se agravaron a fines de los años 60 y comienzos de la década siguiente, sin que se avistaran señales de mejoría.³⁴

En la segunda mitad de la década de los 70, Cristina Laurell hace un análisis de la crisis en los países del área, y encuentra que:

Se observa que la pertenencia a clase explica mucho mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en la población y el tipo de patología que predomina.

La suposición “desarrollista” de que las condiciones de salud colectiva mejorarían como resultado automático del crecimiento económico.

El desarrollo de la atención médica hospitalaria tampoco ha implicado un avance sustancial en la salud de los grupos cubiertos por ella.

La distribución de estos servicios entre los diferentes grupos y clases sociales, que están en relación inversa a las necesidades de cada uno, indica que no depende de consideraciones económicas, políticas e ideológicas.³⁵

Ya en la década de los 80, la Octava Conferencia Nacional de Salud en Brasil (1986) concluyó que:

En un sentido más amplio, la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a los servicios de salud. Es así, antes que nada, el resultado de las formas de organización social de la producción, las que, a su vez, pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida.

La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en el momento determinado de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población en su lucha cotidiana.

El derecho a la salud significa la garantía por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de protección, promoción y recuperación de la salud, en todos sus niveles, para todos los habitantes del territorio nacional, llevando el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.³⁶

Estos diagnósticos son concluyentes. Es en este contexto que se confirmó la pertinencia del materialismo histórico como idea rectora

metodológica de la teoría y práctica médico social. Pero esta idea ha pretendido ser ignorada, es combatida; hoy algunos pretenden hundirla junto con los regímenes desaparecidos de Europa Oriental. Pero no estamos solos los cubanos en las trincheras de la defensa del socialismo. Por lo que representa para América Latina en especial y para la medicina social en general la defensa del Materialismo Dialéctico e Histórico, se tratarán aspectos de la reciente producción del Centro de Estudios y Asesoría de Salud (CEAS) de Quito, Ecuador, en particular, mediante la cita de trabajos de Jaime Breilh y Edmundo Granda.³⁷

En su ponencia “El marxismo en la defensa y transformación de la vida: breves reflexiones acerca de los aportes teóricos-prácticos en el campo de la salud”, presentada en 1989 en la XI Conferencia Internacional sobre las Ciencias Sociales y la Medicina, celebrada en los Países Bajos, Jaime Breilh inició su disertación de este modo:

El sostenimiento y avance del marxismo es parte de la lucha por la defensa y transformación de la vida; por tanto es un desafío inherente al propio desarrollo del saber y la práctica en salud.

En esta era de agudo recrudecimiento del dolor humano y masivo deterioro de la calidad de vida, a través de una de las crisis más severas del siglo, se han recrudecido las formas de explotación económica y dominación política, se torna urgente recuperar y fortalecer todas las herramientas de reflexión crítica y acción emancipadora. El instrumental marxista, más allá del ciego prejuicio o de la tendenciosa opinión desde el conservadurismo extremo, ha demostrado en los terrenos de la filosofía, del arte, de la ciencia y de la organización política ser un recurso sustancial para el conocimiento y la renovación.

Y, más adelante, después de la óptica del trabajo científico enfocado a los problemas de salud colectiva, enumera las aportaciones, a su juicio decisivas, del marxismo, en aspectos tales como:

1. La forja de una cultura de la transformación libre y desalienada, que fertiliza un quehacer innovador y favorece un clima de compromiso con las clases sociales subordinadas.
2. La consolidación de un saber crítico, no contemplativo, que busca transformar los objetivos del conocimiento, una verdadera revolución en las bases filosóficas del pensamiento científico en salud, superando las bases empiristas y neopositivistas que han impregnado a la investigación hegemónica con su visión estática y reduccionista y abriendo amplios caminos para la investigación de un mundo en movimiento en el que es necesario comprender de otra forma la relación entre lo biológico y lo social, entre los eventos individuales y

colectivos, entre la necesidad y el azar, con la cual ha permitido transformar sustancialmente el principio de causalidad.

3. La profunda renovación del método científico, rescatándolo de las posturas racionalistas y empiristas, mediante una articulación más objetiva y dinámica de los métodos deductivo e inductivo en correspondencia con una nueva formulación lógica (dialéctica), produciendo un cambio en la metodología, para reestructurar la integración de la base empírica y la construcción teórica en el proceso investigativo y descubrir la relación adecuada entre el análisis cualitativo y el cuantitativo entre lo teórico y lo práctico, en el proceso de verificación y demostración científicas, dando como resultado una reconfiguración del papel y, a veces aun del contenido de las técnicas observacionales.
4. Una interpretación objetiva de las instancias de la práctica y el Estado, desentrañando su verdadero carácter y fuerzas determinantes y transformando las concepciones funcionalistas del quehacer.
5. La transformación que produjo en la teoría del conocimiento que ha posibilitado un estudio objetivo de los determinantes y características del saber en cuanto a problemas de la formación y el desarrollo del pensamiento científico, del saber tecnológico, del saber popular y el más estructurado de la medicina popular y el saber casero, así como las hondas repercusiones que esta teoría trajo para la pedagogía y el proceso de enseñanza aprendizaje en salud por medio del surgimiento de las modalidades del trabajo-estudio.³⁸

Más adelante afirma: “Pero como lo demostraron Marx y Engels, el avance del conocimiento científico es un proceso acumulativo y cambiante en el cual la construcción de nuevas y más perfectas formas del método no han significado la anulación total y derrumbamiento de las anteriores, sino que las modalidades precedentes han quedado subsumidas en el método más evolucionado. Así es como el marxismo llega a superar la restricción lógico-formal y esa dicotomía metodológica entre la deducción y la inducción, entregándolas a la lógica dialéctica”. Y añade: “Como lo he señalado en un trabajo previo... la dialéctica no considera inútil la lógica formal. Por el contrario, la considera un elemento indispensable para el pensamiento, cuyo uso está delimitado y subsumido por las leyes dialécticas. Es así, porque las leyes de la lógica formal no surgen de la subjetividad, sino son un aspecto de la realidad objetiva y poseen un contenido material, son generalizaciones racionales y no ideas arbitrarias.”³⁹

Breilh concluye al tratar sobre la transformación de la práctica-saber en salud que: “La medicina social tiene un camino político, una meta científica; pero también tiene el derecho a participar en la consecución de los sueños de la humanidad.”⁴⁰

Esto da una nueva responsabilidad al investigador en relación con el proceso mismo de investigación, sobre lo que Edmundo Granda ha dicho que:

una propuesta basada en el intento por comprender las leyes de los procesos con miras a buscar la transformación de la realidad, entraña al mismo tiempo una profunda redefinición epistemológica. Es imposible utilizar encuadres de tipo empirista o formalista para cumplir con este objetivo. Estos solo permiten llegar a la comprensión parcial del problema. El empirismo y todas las corrientes derivadas, entre ellas la fenomenología, reconocen la supremacía del objeto, al que fetichizan atribuyéndole la capacidad de que hable o dictamine por si solo su verdad. El empirismo no reconoce que el objeto únicamente muestra sus características más superficiales mientras esconde su esencia; esto es, esconde la explicación de su existencia, de su génesis, de sus relaciones con el resto de procesos que lo producen y atraviesan; desconoce que aquellas relaciones y determinaciones no son sensorializables sino únicamente pueden ser comprendidas a través de los ojos de la razón, a través del pensamiento basado en una sólida teoría científica que reflexiona sobre aquellas características del objeto, que descifra su significado, y que rompe con la pseudoindependencia de las cosas, encontrando sus relaciones.⁴¹

Y más adelante añade:

... el proceso de investigaciones es, al mismo tiempo, una actividad técnica mediante la cual el sujeto-investigador críticamente elabora sus preguntas, escoge sus instrumentos, observa determinadas características, mide las variaciones, analiza los resultados, etc., comandado por una clara idea de cómo debe ser en el futuro ese objeto-problema que intenta transformarlo. La investigación es, por lo tanto, registro, comprensión y transformación del ser en base a lo que debe ser. La investigación es conocimiento y política y aún más: es primero política, interpretada como propuesta adelantada en el tiempo sobre la organización de la sociedad con miras a la supervivencia de lo humano mismo, propuesta que integra en su interior al objeto problema como parte relacional de un todo; luego, es conocimiento de dicho propósito y, al mismo tiempo, práctica transformadora.⁴²

El encargo o responsabilidad más importante del investigador constituye, bajo el planteamiento que hemos venido desarrollando, lucha por la transformación de la realidad porque ésta es, además, la única forma de transformar el método, la teoría existente como ciencia y su propio ser.⁴³

Esta lucha por la transformación de la realidad que propone Granda es, sin duda, lucha revolucionaria. En este sentido añade: “Es imposible concebir que podamos alcanzar grandes avances en el campo de la salud si es que no conseguimos que la colectividad controle los servicios de salud.”⁴⁴ Sostiene, en fin que “se nos están brindando importantes elementos para el debate y organización en este ámbito en toda América Latina, mientras que el sistema de salud cubano, y sobre todo, su programa revolucionario del médico de la familia, parece como lo que podríamos los pueblos latinoamericanos alcanzar cuando logremos ser dueños de nuestro presente y nuestro futuro.”⁴⁵

En las ya numerosas páginas vertidas hasta aquí, esta es la primera vez en que el autor se refiere a Cuba, excepto al remitir a cierta referencia bibliográfica al parecer pertinente. Visto los antecedentes expuestos, se hace oportuno examinar lo ocurrido en ese país desde la década de los 50 en relación con la medicina social, como se ha hecho respecto a América Latina. Siguiendo la idea de Nunes, se tratará sucesivamente dos aspectos esenciales para describir, analizar y comprender lo acontecido sobre esta disciplina en unos 40 años: la producción científica y la práctica social. No se ha tratado el otro componente trabajado por Nunes: la práctica pedagógica.

Estas páginas no reflejarán el resultado de una investigación, necesaria, pero pendiente, sino las reflexiones “desde adentro”, recordando con esto que quien la hace ha sido actor todo ese tiempo de la medicina social cubana. Con esto tal vez disminuya el valor de lo que exprese, ya que a juicio de buenos historiadores, los que hacen la historia no son fuente confiable, por tendenciosa o prejuiciado, cuando pretenden ser historiadores.

Las cuatro décadas que se comentan tienen marcadas diferencias entre ellas. La primera en especial, donde siete años corresponden a la última dictadura militar pro-imperialista sufrida por el país. Esto marca lo que pudo ocurrir en medicina social en los años 50.

Largos períodos de cierre de la Universidad, de censura de prensa, intelectuales progresistas en el exilio, en la cárcel o en la guerrilla, agresión a la cultura en todas sus formas, abandono del servicio estatal de salud. Pocas ocasiones se dieron para la publicación de trabajos, pero entre ellos los hubo muy valiosos. Tal es el libro de Luis Díaz Soto “Nuestro Método de Trabajo Médico”.^{46,47} En esta obra del perfil servicios de salud, subtema atención secundaria, se defienden ideas muy avanzadas sobre salud pública, conceptualizada sobre las proposiciones de Sigerist. Discute extensamente sobre la organización del trabajo médico, sus bases científicas, el valor de la discusión científica, el papel de la historia clínica. El enfoque es claramente materialista histórico. El hospital que dirigía el autor fue fundado como institución mutualista por un grupo de obreros marxistas del sector de ómnibus urbanos de la Ciudad de La Habana.

Un trabajo de trascendencia fue la “Encuesta de los Trabajadores Rurales 1956-57”, realizada por la Agrupación Católica Universitaria, que constituyó una fuerte denuncia de la situación crítica, social y económica en que vivía la población campesina cubana.⁴⁸

Otra publicación importante en los enfoques médico-sociales en la década del 50 fue la revista “Tribuna Médica”, editada por el Colegio Médico Nacional, dirigido en este período por hombres en su mayoría progresistas, que se opusieron firmemente a la dictadura. El número 430-431, de septiembre-octubre de 1956 se consagra al “Forum Nacional sobre la Crisis Médica”. El forum examinó los problemas económicos, políticos y sociales que afectaban toda la sociedad cubana y las manifestaciones de esos problemas en la esfera de la salud, tanto desde el ángulo de la salud de la población y los servicios médicos, como desde el punto de vista gremial. Las posiciones adoptadas fueron de radicalización. No sería casual que entre los participantes en el forum que llegó a estas conclusiones se contaran no pocos médicos de filiación marxista, y que un economista, también marxista, Jacinto Torras redactara el informe económico principal del forum. En este informe se destacan acápites como “concepto de salud”, “medición del estado de salud”, “servicios de salud”, “recursos médicos”, “costos del cuidado de la salud” y otros que le confieren un carácter integral al estudio.^{49,50}

A esto se reducen los hallazgos de literatura médica social de la década del 50; pocos, pero en el nivel de excelencia. Como en 1848, las ideas de la medicina social corrían a la par de las ideas de la revolución, que entraba en su etapa final de insurrección popular poco tiempo después de concluido del forum (23 de septiembre de 1956) y donde se realizaron entre otras recomendaciones las siguientes:

1. Una elevación de la actual economía rural que comprenda una mejor distribución de la tierra.
2. Un plan racional y científico de construcción de viviendas campesinas.
3. Que se ponga énfasis en los programas de higiene escolar, y en la educación sanitaria del escolar y de la comunidad.
4. Carácter de funcionario de tiempo completo para el personal técnico.

Todo esto y mucho más sería alcanzado por el pueblo en su lucha revolucionaria, que esta vez no se frustraría como los movimientos europeos del siglo pasado.

Las tres décadas siguientes estarían en todo iluminadas por la llama roja de la Revolución. Los hechos son recientes; se intenta una síntesis para destacar lo más sobresaliente en relación con el tema.

Los años 60 corresponden al inicio de impetuoso desarrollo de la salud pública cubana, sus primeros grandes éxitos y también, su primera fase de enfrentamiento a las fuerzas contrarias a la Revolución.

La producción científica en medicina social no ha sido estudiada cuantitativamente en este período, ni en los siguientes. En esta década no se dispone aún de una revista que acoja esta producción específica. Son escasos también los libros; sólo comienza la publicación de textos para estudiantes de medicina, entre ellos uno dedicado a medicina preventiva,⁵¹ a lo que se añaden documentos editados por el Ministerio de Salud Pública, generalmente de carácter normativo para los servicios de salud, que es el tema dominante absoluto.

Las fuentes para conocer los enfoques teóricos y políticos de la época serán los discursos de los cuadros de dirección, en especial los del Comandante Fidel Castro, fuente inexcusable e inagotable para el estudio de todo el período posterior a 1959. También los de José R. Machado Ventura, que fue Ministro de Salud Pública casi toda esta década, y artículos en la prensa no especializada, como los de Gustavo Aldereguía.

La producción es sin duda escasa. El éxodo médico, estudiado en un trabajo de Leopoldo Araújo y Rubén Rodríguez Gavaldá en 1968,⁵² privó al país de la mayoría de los profesionales más experimentados en el quehacer científico. Los que se mantuvieron fieles a la causa popular y libertadora se vieron absorbidos por las colosales tareas de la construcción revolucionaria del país y de su salud pública. Eran tiempos de “hacer” más que de “escribir”. La excepción más interesante de la década es, el libro “Curso de Historia de la Medicina” de José López Sánchez,⁵³ aparecido en la primera mitad de la década. En una “nota aclaratoria” el autor explica que:

En lo que alcanza a nuestros conocimientos hemos intentado valernos del método de la interpretación materialista de la historia. Estamos seguros de no haberlo logrado cabalmente, ya que se deja entrever en la interpretación de los hechos cierto esquematismo y rigidez, y sobre todo, alguna influencia de la ideología de los historiadores médicos del pasado. Esto se debe, en lo esencial al uso que nos hemos visto obligados a hacer de sus obras para adquirir datos y opiniones de las actividades y del pensamiento de los médicos, así como de las doctrinas prevalentes en la medicina.

De otro lado debemos consignar nuestras propias limitaciones, en especial en lo que respecta al conocimiento de algunas lenguas e idiomas modernos, lo que nos impide recurrir directamente a fuentes originales.

Y una de las mayores dificultades ha sido la de poder obtener bibliografía, pues no contamos con bibliotecas especializadas, ni personal entrenado en estas labores.

Después de revisar algunos capítulos encontramos deficiencias, porque hay omisiones de importancia y ciertos problemas no están

tratados con la extensión necesaria. No obstante los defectos que reconocemos, viene a llenar una necesidad, porque no hay textos apropiados en idioma español para el estudio de esta disciplina. Existen obras traducidas, algunas de ellas de libros de gran erudición, pero, en general, todas adolecen de un defecto capital, no estudian la medicina como un producto de la sociedad, y lo que es peor aún, no aceptan la concepción materialista del desarrollo de la sociedad humana.

Si esto no hubiera sido escrito por López Sánchez hace 30 años, habría que escribirlo hoy. Su referencia al esquematismo y rigidez está presente en la mayoría de la literatura científica cubana sobre salud pública en las tres últimas décadas, que con no poca frecuencia es panfletaria y apologética, y, casi siempre, simplemente descriptiva. Esto acompaña otro hecho, la todavía poco frecuente utilización del “método de la interpretación materialista de la historia” que López Sánchez intentó y que también utilizara en obras posteriores. El desconocimiento de “lenguas e idiomas modernos” continúa presente entre la enorme masa de profesionales en contacto con el campo de conocimientos que se viene tratando. Como comunidad científica, los cultivadores de la medicina social, primero desecharon el inglés sin llegar a aprender ruso; hoy se aleja el ruso pero todavía no dominan el inglés. Y sigue siendo una de las mayores dificultades la obtención de bibliografía. Este es un campo donde se expresa de modo muy concreto el bloqueo que en todos los órdenes impone el imperialismo norteamericano. Prueba de ello es que de la extensa bibliografía citada por Nunes en un artículo que se ha utilizado frecuentemente en este trabajo,⁵⁴ de más de 250 citas, sólo se ha localizado en bibliotecas 25 de ellas, la casi totalidad de documentos editados por la OPS, dos de ellos antologías que incluyen varios artículos de referencia. Por otra parte, Nunes sólo encontró para su trabajo ocho artículos cubanos, dos de ellos traducidos y publicados en Brasil.⁵⁵

Es necesario detenerse en algunas consideraciones adicionales sobre los problemas que afronta la producción científica, referida a las publicaciones, en esta década de los 60 y las posteriores que aquí se comentan. El contexto latinoamericano es muy heterogéneo. Al respecto, Breilh ha expresado que “el enfrentamiento de diferentes condiciones estructurales, la posibilidad de aparición de distintos objetos de estudio, la factibilidad de diversas articulaciones prácticas y la exposición a distintas influencias teóricas”, condicionan la producción científica.⁵⁶ Y añade conceptos muy esclarecedores sobre el tema que se está tratando:

La diversidad estructural marca diferencias que deben anotarse. En primer lugar en las sociedades capitalistas dependientes, sean las

más atrasadas o las semiindustrializadas, el énfasis mayor del conocimiento crítico se proyectó hasta años recientes, hacia el enriquecimiento de los instrumentos y consignas del enfrentamiento social, puesto que en sociedades altamente polarizadas y enfrentadas, el conflicto mismo debe pasar a ser parte del objeto de estudio “salud”, mientras que en las sociedades de transición (más ahora que se reconoce una transición difícil), el mayor énfasis se otorga a la resolución directa y práctica de los problemas técnicos emergentes, por lo cual el problema necesariamente enfocado es la funcionalidad. Desde el punto de vista metodológico, estas distintas realidades históricas conllevan fortalezas y debilidades propias. En América Latina, las investigaciones que se han forjado en la crítica de la salud en las sociedades clasistas, han logrado fortalecer los recursos de las ciencias sociales y han mostrado un mayor esfuerzo para incorporar el materialismo dialéctico y lograr una integridad y penetración en la esencia de las determinaciones, por eso han impulsado replanteamientos teóricos-metodológicos según las urgencias y posibilidades objetivas de cada contexto, pero, por ubicarse “fuera” del poder, en la oposición política, ha disminuido su posibilidad de instrumentar tácticamente las propuestas alternativas para las instituciones, porque las acciones se ejecutan insertándose junto a los sectores populares, con toda la riqueza y limitaciones que eso conlleva.

Y más adelante añade:

En cambio, el trabajo funcional en las sociedades de transición ha empobrecido el horizonte crítico de la producción de las mismas, pero ha potenciado su experiencia instrumental, aunque sea sobre bases interpretativas muchas veces equivocadas, produciéndose el efecto aparente de que son éstas últimas las que funcionan cuando en realidad lo que ocurrió fue que la conquista del poder democrático real y la configuración de la esencia misma del Estado y su proyección, lograron replantear las posibilidades de impacto de los servicios y programas convencionales. Así, por ejemplo, lo que ha otorgado eficacia a los CDR cubanos, a los programas de salud familiar de la Isla, a las acciones preventivas en los ámbitos de consumo y del trabajo, a los modernos recursos de la cirugía y diagnóstico implementados en Cuba, etc., ha sido el efecto impulsor de la Revolución, la lógica de igualdad social que se tornó hegemónica y el replanteo de las prioridades en la inserción y distribución de la riqueza social y de los recursos tecnológicos, que han transformado profundamente la calidad de vida, al margen de

lo cual, no tiene ningún sentido interpretar la eficiencia del sistema de salud construido por la Revolución en la tierra de Martí, y peor aún, pretender transportarlo a nuestro contexto, donde no se dan las condiciones anotadas.⁵⁷

Es así que el desarrollo de tareas concretas en los diferentes frentes de trabajo de la Revolución alejó de la producción científica y, sobre todo del trabajo teórico, a la mayoría de los que podían desarrollar esta vertiente de trabajo. En el diario bregar con los problemas que reclamaban solución se creó un ambiente de rechazo al trabajo teórico. El calificativo de teórico aplicado a un trabajo o una persona ha sido utilizado como estigma. Esta posición solo hoy comienza a abandonarse. Han sido desde los 60, hasta hoy pocos los autores que fueron contra esta corriente, pero su valentía intelectual y nivel científico les hace merecedores de mención. Aun a riesgo de olvidar alguno involuntariamente: el ya citado José López Sánchez, Leopoldo Araújo Bernal, Fidel Ilizástigui Dupuy, Mario Escalona Reguera, Roberto Capote Mir, Carlos Font Pupo, Arnaldo Tejeiro Fernández, Jorge Aldereguía Henríquez, Arsenio Carmona Gutiérrez y sosteniendo una ya abundante producción de perfil histórico propia o con su apoyo personal, Gregorio Delgado García.

Retomando el relato sobre la década de los 60, es necesario citar una publicación que solo apareció en los años centrales del período, de perfil histórico, fundada y dirigida por López Sánchez: la revista “Finlay”, definida como “Revista Médico Histórica Cubana.”⁵⁸

Con todos los inconvenientes ya apuntados, la década de los 70 ve un aumento cuantitativo y cualitativo de la producción científica. En 1971 aparece “Administración de Salud Pública” de Roberto Hernández Elías.⁵⁹ Este texto fue varios años el único sobre la temática, de autor cubano, para uso en docencia de posgrado. Sus primeras 290 páginas introducen el tema y abordan los conceptos generales. Las 408 páginas siguientes se consagran al hospital. Esto no es, por cierto, casual; el énfasis en el momento, después de los años iniciales de focalizar la atención en el servicio médico rural y en prevención de enfermedades infecciosas, se concentró en el desarrollo hospitalario. La bibliografía cubana de esta publicación solo cita tres trabajos cubanos de la década precedente,⁶⁰ lo que confirma su escasez.

En esta década el desarrollo del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas permitió un aumento considerable de publicaciones en torno al contenido temático de interés, generalmente en forma de folleto y reproducciones en mimeógrafo, hoy de difícil localización y con predominio en la categoría Servicios de salud.

Otros documentos de la década, seleccionados para mencionar aquí son:

1. El Policlínico, 1972. (82 + 6 pp).
2. Organización de los Servicios y Nivel de Salud, 1972. Seguido de una segunda edición en 1973. (182 pp).
3. Cuba: La salud en la Revolución, 1975. (175 pp).
4. La Atención a la Embarazada y al Recién Nacido en Cuba, 1976. (67 pp.)
5. El Sistema Nacional de Salud en Cuba. Antecedentes, Situación Actual, Perspectivas. 1977. (99 + VII pp).

Estos cinco títulos tienen en común que sus autores, junto con el que esto escribe, estuvieron en el centro de los tres hechos más influyentes en la producción científica de la década, en medicina social: la creación de la Sociedad Cubana de Administración de Salud (1974), la aparición de la Revista Cubana de Administración de Salud (1975) y la fundación del Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS) (1976). Estos tres hechos determinaron un aumento rápido de las publicaciones y una elevación de su calidad. El perfil predominante siguió siendo Servicios de salud pero comenzó a ganar espacio el Proceso salud enfermedad.⁶¹⁻⁶⁵ El hecho de ser fundador y presidente o director por más de un lustro de las tres entidades mencionadas, aconsejan por razones de “paternidad”, que no intente historiarlas.

Solo se añadirá un comentario a partir de la apreciación de Nunes con respecto a la institucionalización del quehacer médico social en América Latina. El nos dice:

En la medida en que el pensamiento social latinoamericano ha ido avanzando y configurando tanto un enfoque alternativo en el campo de la salud como algunas respuestas y propuestas específicas temática y nacionalmente, han ido requiriendo también de instancias y formas organizativas que le permitieron una cierta corporeidad y organicidad. Además de los proyectos estrictamente académicos, postgrados y maestrías en los 70, empezaron a surgir en los 80 formas organizativas que reunían el doble carácter, académico (centro de estudio, investigación y asesoría), y organizativo (grupo, núcleo y asociaciones).

En la práctica, a más de los avances teóricos conceptuales ya discutidos, tales formas organizativas han permitido una mejor circulación de la producción de información; una respuesta más orgánica ante problemas o coyunturas nacionales; una mayor aproximación entre investigadores y profesionales del área y la realización de eventos, difusión y debates cada vez más frecuentes.⁶⁶

Así, parece que las formas organizativas a que se refiere Nunes surgieron en Cuba una década antes. Esta aparición precoz no fue seguida, sin embargo, de un desarrollo consecuente; este ha sido lento y poco eficaz, aunque el saldo general sea positivo.

La década de los 80 marca un salto cualitativo en la producción científica médico-social, que también eleva su número de publicaciones.

Entre 1981 y 1983 se hace una intensa divulgación de trabajos de autores de países del este de Europa, en especial de la Unión Soviética y República Democrática Alemana. Se inicia este trabajo desde el IDS, con la edición de artículos de autores soviéticos recogidos en una publicación titulada “Higiene Social”, con cinco artículos,⁶⁷ que se continúan con la serie “Actualidad de Higiene Social y la protección de la Salud”, que entre 1981 y 1982 produce seis números, con 38 artículos, además de un número extraordinario, fin de la serie, con 23 artículos, aparecidos en 1983.⁶⁸ En estos trabajos, aunque predomina el perfil Servicios de salud, son más frecuentes los temas del Proceso salud-enfermedad y dentro de este los de perfil teórico metodológico.

En 1982 el IDS edita “La tendencia de la fecundidad en Cuba”, que recoge las investigaciones sobre el tema que desde la década anterior venía realizando la autora, Luisa Álvarez Vázquez.⁶⁹

En 1983 también el IDS edita “Temas de Higiene Social”, de Jorge Aldereguía Enríquez y “Temas de Administración de Servicios y Programas de Salud Pública” de Mario Escalona Reguera.^{70,71} El primero de estos textos recoge cuatro temas de enfoques teóricos, manejados con acierto, que abordan la relación de lo biológico y lo social, la revolución científico-técnica y el proceso salud-enfermedad, el estado de salud de la población y la crítica de teorías sobre la salud y la salud pública. Es el primer esfuerzo importante en este terreno en la producción científica cubana contemporánea. El libro de Mario Escalona recoge una serie de trabajos escritos entre 1979 y 1982, que tienen como objetivo su utilización en la docencia de posgrado y que se inscriben en la temática de Servicios de salud, con una primera parte dedicada al estudio de la estructura del Estado cubano y a la participación popular en salud.

En 1984 se inicia un programa denominado “Fundamentos de la Higiene Social”, como asignatura del curso de la Maestría en Salud Pública del IDS para el que se reprodujeron 25 documentos de autores tan diversos como Rosen (EE.UU.), Multanovsky (URSS) o Ewert (RDA).⁷²

En 1985 es también el IDS el editor de otro importante trabajo de perfil teórico: “Perfeccionamiento de la Dirección Científica de la Salud Pública Cubana” de Jorge Aldereguía Henríquez.⁷³

Ese mismo año aparece una de las publicaciones más importantes de la década: “Salud, Medicina y Educación Médica”, de Fidel Ilizástegui Dupuy.⁷⁴ El autor reúne en esta obra trabajos redactados entre 1969 y 1984. La unidad conceptual se logra por la idea que preside la obra: dar al médico la certeza de que su actividad tiene fundamento teórico y es de gran responsabilidad social. Se defiende la necesidad de la práctica médica total del generalista, y se hacen consideraciones sobre el diagnóstico médico, la enseñanza de la clínica y la del médico general. Es una obra de profunda concepción teórica, de penetrante visión de futuro.

Un trabajo de particular interés es el que en 1986 publica Lourdes García Averasturis: “Las contribuciones de la psicología social a la investigación en salud”, que recoge una de las antologías editadas por Nunes.⁷⁵ Se basa en el análisis de 1 345 resúmenes bibliográficos del período 1972-1982.

Otro aporte teórico importante lo hace el libro “Filosofía y Medicina”, que recoge las principales conferencias dictadas en el “Coloquio de Problemas Filosóficos en la Medicina”, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.⁷⁶ Este se publicó en 1987.

En este último año aparece la última obra de la década seleccionada para citar: “Evolución de la mortalidad en Cuba” analizando un trienio de cada década del período revolucionario. Este es el estudio más completo y metodológicamente mejor conducido sobre la situación de salud y sus tendencias hasta el momento de su publicación. Sus autores principales son Eneida Ríos Massabot y Arnaldo Tejeiro Fernández.⁷⁷ Desbordando el título, junto al estudio de la mortalidad que es su eje central, se investiga también la morbilidad, y otros factores que condicionan la situación de salud y sus tendencias, como el desarrollo económico, la infraestructura de servicios, la educación, la nutrición, la fecundidad y el crecimiento y desarrollo de la población. Es un estudio integral médico social.

Hasta aquí un resumen de la producción científica médico social de 1950 a 1989. Con seguridad presenta omisiones, pero ofrece una visión de conjunto de la situación.

Frente a esta versión escrita de lo que ocurría en la sociedad, ¿cómo caracterizar la práctica social en salud? En una síntesis mucho más apretada, esta práctica se presenta dirigida en los años 60 a la introducción de la honestidad administrativa al liquidar la corrupción en el sector estatal de la salud, primero, y a su nacionalización después, creándose el Sistema Nacional de Salud, el más trascendental hecho ocurrido en la historia del país con respecto a la salud de la población. El desarrollo de la medicina rural y la lucha contra las enfermedades transmisibles completan las tareas, coronadas con éxito, de esta década.

Los años 70 se concentran en la consolidación de los logros de la década previa, en el fortalecimiento de la infraestructura de servicios que venía creciendo rápidamente (hospitales, policlínicos, centros de higiene y epidemiología). También un riguroso programa de desarrollo y perfeccionamiento de recursos humanos con extensión notable de la educación médica superior. En fin, la introducción de la medicina comunitaria, como perfeccionamiento de la atención primaria de salud.

La década de los 80 da paso en sus primeros años al revolucionario programa basado en los consultorios de medicina familiar, que se extiende rápidamente, a la par que se fortalece el desarrollo de la aplicación de tecnologías de avanzada en los servicios, incluida el desarrollo de la biotecnología y de la industria farmacéutica.

Toda esta práctica es obra de la Revolución. Se adelanta a la producción científica escrita, e indica la necesidad de acelerar el trabajo, aguzando la perspectiva teórico metodológica sobre las bases del materialismo histórico y la dialéctica, que concretan el necesario aporte de la medicina social al desarrollo impetuoso de la práctica de los servicios. Esta práctica ha sido posible en el marco de la Revolución que permite la acción de diferentes fuerzas sociales: obreros, y empleados en sus sindicatos, campesinos en sus asociaciones, pobladores en sus comités, mujeres y estudiantes en sus organizaciones. Revolución que favorece nuevas prácticas pedagógicas e investigativas, transforma legislaciones, perfecciona la gestión. Revolución que coloca en el centro de la vida social al hombre concreto como participante activo y creador de su obra.

Referencias y Notas

1. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. En: Duarte Nunes E, editor. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU;1986.p.21.
2. Sand R. The advance of social medicine. London: Staples Press;1952.
3. Fleury Teixeira SM. Las ciencias sociales en salud en el Brasil. En: Duarte Nunes E, editor. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU;1986.p.91.
4. Ob. cit. 1:21.
5. Ob. cit. 1:22.
6. Buess H. Paracelso y Agrícola como adelantados de la medicina social y laboral. En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y Testimonios Históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de publicaciones;1984.p. 37-52.
7. Lesky E. Introducción al discurso académico de Johann Meter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades. (Pavía, 1790). En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y Testimonios Históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de publicaciones;1984 .p.133-52.

8. La obra más notable de Frank es citada en la Bibliografía Histórica sobre Medicina Social de Lesky E, que aparece en las páginas 315-338 del libro compilado por la misma autora en Op. cit. 6 y 7. Esta es System einer vollstndigen medinischem Polyzey. 6 vol. Wien, 1779-1817. No se ha encontrado referencias o traducciones al inglés, francés o español, accesibles a más lectores. René Sand en la Op. cit. 2, dice que el último volumen apareció en 1819 (p. 197), a los 75 años de edad del autor. También indica que se añadieron tres volúmenes más entre 1812 y 1827. La conferencia de referencia en Op. cit. 7 fue traducida al inglés por Henry E. Sigerist en Bull History Med IX. 1941;81-100.
9. Gebhard B. La Soziale Pathologie de Alfred Grotjahn y su influencia en la medicina social inglesa y norteamericana. En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y Testimonios Históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones;1984.p.287-99. Este autor cita a Sigerist que se refiere a Grotjahn en estos términos "Cuando Alfred Grotjahn fundó su Seminario de Medicina Social en la Universidad de Berlín, hubo muchos escépticos que se preguntaban si estaba justificada su creación. En la actualidad, los estudiantes que asistieron entonces a aquel seminario están dispersos por todo el mundo y trabajan como adelantados de la medicina social. Sirven de fermento en sus países."
10. De Henry E. Sigerist entre otras obras, pueden consultarse en español:
 - De Bismarck a Beveridge(1984): Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social. En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y Testimonios Históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de publicaciones;198.p.187-209.
 - La medicina socializada en la Unión Soviética. La Habana: Ed. Páginas S.A., 1944, (346 + XXXI pp.).
 - Historia y Sociología de la Medicina (!974): Editado y traducido por el Dr. Gustavo Molina G., Bogotá, Colombia, (218 pp.). Esta traducción la hizo Gustavo Molina cuando se encontraba prisionero en una cárcel de Pinochet en su país, Chile.
11. De George Rosen en español, entre otras traducciones, se encuentran en la recopilación de Lesky E, citada en las referencias 6, 7, 9 y 10:
 - La política económica y social en el desarrollo de la salud pública. Intento de interpretación,p. 53-80.
 - Mercantilismo y política sanitaria en el pensamiento francés del siglo XVII.:81-106.
 - El cameralismo y el concepto de policía médica:107-31. Análisis histórico del concepto de medicina social: 211-72.
12. Serenko AF, Ermakov VV, son los autores principales del último "clásico" de autores soviéticos sobre el campo de conocimientos que nos ocupa. Se titula Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Moscú: Ed. Mir;1986: 653 (en español). En ella se resume y actualiza la producción soviética desde Semashko NA y Soloviov ZP, que junto con Lenin cimentaron el sistema de salud que creó el régimen soviético. En este país el término higiene social fue adoptado oficialmente para la denominación de cátedras, institutos y textos. Probablemente influidos por Grotjahn, que usaba ese término.
13. De Bernhard J. Stern. Los Progresos de la Sociedad y de la Medicina. Buenos Aires: Ed. Americalee;1944. Documento citado por García, en español .
14. El trabajo de Cuenca tiene más de una edición. Cito el que aparece en: Duarte Nunes E, editor. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU;1986.p.33-131.
15. El trabajo de 1991 se encuentra en: Debates en Medicina Social. Quito: OPS/ALAMES, 1991.
16. Ob.cit. 14:36.
17. García JC. Historia de las instituciones de investigación en Salud en América Latina. 1880-1930. Educación Médica y Salud. 1981;15(1): 71-87.

18. Ob. cit. 2:551-4.
19. Rojas Ochoa F. Acerca de la Historia de la Protección a la Salud de la Población. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana,1988 [mimeógrafo].
20. Ob. cit. 14:38.
21. Ob. cit. 14:41.
22. Op. cit. 15:62-3.
23. Badgley RF, Bravo G, Gamboa A, García JC. Bibliografía Latinoamericana sobre Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud. OPS/OMS;1980.
24. Nunes ED. Bibliografía Latinoamericana sobre Ciências Sociais Aplicadas a Saúde. 1980-1985. OPS,1987 [mimeógrafo].
25. Ob. cit. 15:66.
26. Ob. cit. 15:66-7.
27. Ob. cit. 15:71.
28. Ob. cit. 15:71-3.
29. Ob. cit. 1:71.
30. Arauca S. Citado por Duarte Nunes E. En: Op. cit. 15:31. Esta cita es referida a: Arauca ASS. O dilema preventivista: contribucao para a compreensao e crítica da Medicina Preventiva. Campinas1975. (Tesis de Doctorado presentada en la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP, 261 pp.) Este trabajo es citado con alta frecuencia por autores de Brasil y algunos otros latinoamericanos. No lo he encontrado en bibliotecas cubanas. Conociendo la excelencia del autor es de lamentar no tener a mano el texto íntegro original.
31. Ob. cit. 15:8-9.
32. Ob. cit. 15:14.
33. Ob. cit. 1:33. En el Seminario de Cuenca, 1972, estuvieron presentes 14 representantes de 11 naciones.
34. Ob. cit. 15:34.
35. Laurell AC. (1976): Presentación. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales 84: 5-8. Citado por Duarte Nunes en: Ob. cit. 15:34-5.
36. VIII Conferencia Nacional de Saúde. Relatorio Final. Brasilia, 17-21 marzo de 1986. Citado por Duarte Nunes en Ob. cit. 15:105-6.
37. La producción de estos autores y del CEAS es muy extensa y variada. Reduciré mis citas a los trabajos que aparecen en Reproducción Social y Salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras. Betancourt O, Breilh J, Campaña A, Granda E. Guadalajara: Universidad de Guadalajara;1991:371. Este título recoge una antología de autores de CEAS. La publicación pertenece a la colección "Fin del Milenio"; Serie Medicina Social que dirigen Catalina Eibenschutz y Francisco Javier Mercado Martínez para la Editorial de la Universidad de Guadalajara. Otros textos de autores del CEAS consultados son:
 - Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. Ciudad y Muerte Infantil. Investigaciones sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método. Quito: CEAS;1983:189.
 - Breilh J, Granda E, Campaña A, Yépez J, Páez R, Costales P. Deterioro de la Vida. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editorial Nacional;1990:508.
 - Breilh J, Granda E. Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método. La Paz, Bolivia: Editorial de la Fundación Salud y Sociedad con el Auspicio del Ministerio de Prevención Social y Salud Pública;1985:236.
 - Breilh J. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. México: Fontamara;1989:244.
38. Breilh J. El marxismo en la defensa y transformación de la vida: breves reflexiones acerca de los aportes teóricos-prácticos en el campo de la salud. En: Ob. cit. 37:23-4.

39. Ob. cit. 38:33-4.
40. Ob. cit. 38:39.
41. Granda E. El compromiso social de la investigación en Salud. En: Ob. cit. 37: 44-5.
42. Ob. cit. 41:47.
43. Ob. cit. 4:48.
44. Ob. cit. 41:55.
45. Ob. cit. 41:56.
46. Centro Benéfico jurídico de Trabajadores de Cuba: Informe del Consejo Ejecutivo de la Quinta Reunión Anual Extraordinaria del Staff. Nuestro Método de Trabajo Médico. Editado en mimeógrafo. La Habana: Centro;1957 [mimeógrafo].
47. Un resumen y comentarios sobre el libro de Díaz Soto se pueden encontrar en Ob. cit. 19:62-7.
48. Anónimo. Encuesta de los Trabajadores Rurales 1956-1957. Reproducido como material docente por el IDS.(s/f).
49. Ob. cit. 19:70-6.
50. El trabajo de J. Torras fue reproducido en la revista Economía y Desarrollo 13, Sept.-Oct., 1972, con el título Los Factores Económicos de la crisis Médica.
51. Ordoñez C, Granda A, Plascencia R. Medicina Preventiva. La Habana;1965.
52. Araújo L, Rodríguez Gavaldá R. Emigración Médica. En: Saúde e Revolucao: Cuba. Antología de autores cubanos: Río de Janeiro CEBES/Achiame.1984. (Reproduce el texto publicado en 1968 por el Centro Nacional de Ciencias Médicas de La Habana).
53. López Sánchez J. Curso de Historia de la medicina. s/e; s/f 407 + XVI pp. Está dedicado a los estudiantes de primer año de Medicina del curso de 1961 "Los primeros en disfrutar de los beneficios de la reforma universitaria creada al calor de la revolución democrática, patriótica y socialista."
54. Ob. cit. 15:115-37.
55. Me refiero a Ob. cit. 52 y el trabajo de Roberto Capote La evolución de los servicios de salud y la estructura socioeconómica de Cuba aparecida en Saúde en Debate.1981;13:39-47y Saúde en Debate. 1982;14:51-68.
56. Breilh J. La epidemiología crítica latinoamericana. Análisis general del estado de arte, debates y desafíos actuales en la construcción del método. En: Ob. cit. 1:170.
57. Ob. cit. 56:170-1.
58. Finlay. Revista médico-histórica cubana.1973;1(1):Jul-Dic. La Habana, Cuba. En este número no se hace mención de su director, lo que sí aparece en el No. 2, Enero-Junio, 1964.
59. Hernández Elías R. Administración de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, Instituto Cubano del Libro;1971.
60. Los trabajos citados son:
 - Escalona M. Desarrollo y descentralización de la Docencia Médica Superior. La Habana;1969.
 - Escalona García, Taquechel. Unidades de Terapia Intensiva. La Habana;1969.
 - Simón G. Clasificación y definición de las unidades ejecutivas del MINSAP. La Habana;1968.
61. Rojas Ochoa F. El Policlínico. La Habana: CNICM;1972.
62. Ministerio de Salud Pública, Organización de los Servicios y Nivel de Salud. (182 pp.). Se utilizó específicamente para ser presentado en la XXVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública; Monterrey, N.L., Noviembre de 1972. Fueron sus redactores Francisco Rojas Ochoa, Helenio Ferrer Gracia y Hugo Baraquiso Ramírez.

63. Ministerio de Salud Pública. Cuba. La salud en la Revolución. La Habana: Ed. Orbe, 1975. Este libro se editó con motivo de celebrarse el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. Fueron sus redactores: Francisco Rojas Ochoa, Arnaldo Tejeiro Fernández, Alina Llop Hernández y Mario Escalona Reguera.
64. Rojas Ochoa F, Cabezas Cruz E, Duyos Gato H. La atención a la embarazada y el recién nacido en Cuba. La Habana: CNICM;1976. Fue destinado principalmente a presentación en el VIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. La Habana, 25-31 de enero de 1976.
65. Instituto de Desarrollo de la Salud. El Sistema Nacional de Salud en Cuba. Antecedentes, Situación Actual, Perspectivas .La Habana: IDS;1977. Fueron sus redactores: Roberto Capote Mir, Hugo Villar Tejeiro, Esmildo Gutiérrez, Cosme Ordoñez, Leopoldo Araújo, Mario Escalona, Roberto Hernández Elías y Carlos Riobot.
66. Ob. cit. 15:106.
67. Instituto de Desarrollo de la Salud. Higiene Social. La Habana: Instituto;1981:26. Contiene artículos de los más relevantes autores soviéticos de años previos: Vinogradov NA, Serenko AF, Ermakov VV, Lisitsin Yu P, Patrakov BD.
68. Actualidad de la higiene social y la protección de la salud. La Habana. CNICM, 1(1-2), 1981. 1982(2). El número extraordinario de cierre de la serie se tituló: Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Se identificó el editor como Editorial de Ciencias Médicas, apareció en 1983. Es un volumen de 312 pp.
69. Álvarez Vázquez L. La tendencia de la fecundidad en Cuba. La Habana: IDS;1982.
70. Aldereguía HJ. Temas de Higiene Social. La Habana: IDS;1983.
71. Escalona M. Temas de Administración de Servicios y Programas de Salud Pública. La Habana;1983.
72. Antes había impartido este curso en el Centro de Investigaciones y Estudios en Salud (CIES) en Managua, Nicaragua. Los 25 documentos reproducidos se utilizaron hasta 1987 y fueron en esos años el mayor esfuerzo de difusión de textos médico sociales en el país, ya que había cesado en 1983 la publicación de la Serie Actualidad de la Higiene Social y de la Protección de la Salud. Los autores de los textos reproducidos fueron: Rosen G. (EE.UU.); Multanovsky MP, Serenko AF, Ermakov VV, Lisitsin YU P, Petrakov BD, Konstantinov F, Zagladin V, Frolov I, Voitskhovich BA, Venediktov DD, G.A. Batáis GA, Lekarev LG, Suvarova RV, Veselov WG, Seubo LK, Mikirtichan G. (URSS); Aldereguía Henríquez J, Rojas Ochoa F, Granados Toraño R, Verdecia F, L. Rodríguez Rivera L. (Cuba); Ewert G, Renker K, Longwinat A, Groh F. (RDA).
73. Aldereguía HL. Perfeccionamiento de la Dirección Científica de la Salud Pública Cubana. La Habana: IDS;1985.
74. Ilizástigui F. Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1985.
75. García AL. Las contribuciones de la psicología social a la investigación en salud. En: Ob. cit. 14:197-230.
76. Colectivo de autores(1987): Filosofía y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Sociales,1987:179. Son autores de este libro: Gaspar Jorge García Galló, Armando Correa Lahullier, Ubaldo González Pérez, Ernesto Bravo Matarazo, Bárbara Barrios García, Leonardo Oliva González, Diego González Martín, José Álvarez Pérez, Luis Rodríguez Rivera, Raúl Herrera, Abelardo Ramírez y José A. Fernández Sacasas.
77. Ríos Massabot E, Tejeiro FA. Evolución de la mortalidad en Cuba analizando un trienio de cada década del período revolucionario. Suplemento de la Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana:CNICM,1987.

ALGUNOS CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD*

Se discuten conceptos y definiciones de salud pública y promoción de salud, así como prácticas actuales en educación para la salud. De la discusión emergen los conceptos que defiende el autor al adoptar la clásica definición de salud pública de Winslow (modificada por Terris) y la de promoción de salud de la Carta de Ottawa. Al examinar los componentes de la salud pública contenidos en su definición se desarrolla el concepto de fuentes y de sus partes integrantes, de lo que resulta el carácter distintivo de lo interdisciplinario e intersectorial de esta disciplina. Se defiende la alta prioridad que debe otorgarse a la promoción de salud entre las acciones protectoras de la población. Se censuran prácticas nocivas en educación para la salud como el abandono del diálogo constructivo entre los profesionales de la salud y sus interlocutores; el énfasis de la televisión en enfoques clínicos sobre enfermedades y sus mensajes estereotipados y amenazadores sobre la salud y vida de las personas; la propaganda injustificada sobre novedades no confirmadas en el campo de la prevención, el diagnóstico y la terapéutica que con frecuencia hace la prensa no especializada y el consumo de fármacos exagerado que se observa en la población.

Sobre algunos conceptos y prácticas

No se trata de exponer algo que no se conozca. Solo se pretende ordenar ciertas ideas sobre conceptos y prácticas, algunas ya añejas, que tal vez por serlo se olvidan con más frecuencia de lo deseable, amén de algunas críticas a ideas y quehaceres actuales de la salud pública, la promoción de salud y la educación para la salud cubana y americana.

Primero se verá que se entiende por salud pública. Es necesaria la ayuda de dos personalidades de la salud pública contemporánea que han publicado recientemente sus concepciones al respecto, son ellos Milton Terris en EE.UU. y Julio Frenk en México.^{1,2}

*Reproducido de: Grupo de Estudios Interdisciplinario en Salud. Impresión Ligera. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1993. Una versión de este trabajo fue presentada como conferencia en el Primer Congreso Latinoamericano de Educación para la Salud, La Habana, septiembre 28-30, 1993.

La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice de éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.³

En años recientes, ha existido una opinión creciente de que la salud pública, como una profesión, como una actividad gubernamental y como un compromiso con la sociedad, no está definida claramente, ni apoyada adecuadamente, ni comprendida completamente.⁴

Esta opinión deriva de la concepción de crisis actual de la salud pública, entendida esta como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger la salud de la población en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren,⁵ y ha favorecido el abandono del uso del término “salud pública” por numerosos contemporáneos.

Así esta denominación se ha cargado de significativos ambiguos. Frenk identifica cinco connotaciones importantes en la historia del término:

1. Se equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, esto es, el sector público,
2. se le da un significado un tanto más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el “público”,
3. se identifica la salud pública con los llamados “servicios no personales de salud”, es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente (como el saneamiento) o a la colectividad (como la educación para la salud),
4. se añade servicios personales, pero de naturaleza preventiva, dirigidas a grupos vulnerables (como los programas materno-infantiles) y
5. se emplea la expresión “problema de salud pública” para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.⁶

La aceptación de estas connotaciones lleva implícito reconocer como esfera de acción del sector privado la prestación de los servicios de diagnóstico y tratamiento personales, y asignar al sector público, “la salud pública”, los servicios preventivos. Ello refuerza la idea de la salud pública como un servicio estatal, paralelo, no competitivo con la medicina curativa de alta tecnología. Esta es la idea que encierra la definición de salud pública del Instituto de Medicina de los EE.UU. cuando la limita a “los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.”⁷

Otra concepción es aquella que atribuye al adjetivo “pública” el significado de un nivel específico de análisis, a saber, un nivel poblacional, que la diferencia de la medicina clínica individual y de la biomedicina.⁸

A partir de estas consideraciones Frenk formula su definición de una “nueva salud pública” como “la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en las poblaciones humanas”.⁹ El autor mismo limita la definición al conceptualizarla como “un campo multidisciplinario de investigación”. Pero la investigación, no obstante su enorme importancia para la salud pública “nueva” o “moderna” o “actual”, no es el eje central que permite una definición más clara de la salud pública. La salud pública es algo más que investigación.

Volviendo a los clásicos, en expresión literaria al uso, “retorno a la semilla”. Es el camino seguido por Terris. En el artículo de este autor que se cita repetidamente se recuerda la concepción francesa de mediados del siglo XIX, que da una amplia perspectiva a la salud pública; y se añade que, a principios del siglo XX, “la importancia asignada luego a la prevención de las enfermedades infecciosas reflejaba el triunfo de la teoría microbiana como origen de las enfermedades... Pero aun en los momentos de máxima preocupación por las enfermedades infecciosas, los teóricos del movimiento rehusaban verse limitados por una perspectiva demasiado estrecha.”¹⁰

Es así que en 1920 Winslow formuló su definición, que se toma como la clásica por excelencia.

Pero los conceptos de los clásicos no son dogmas inmutables, el mundo se mueve, el cambio es la esencia de la dialéctica, por ello hoy no se puede interpretar los hechos tal como lo hicieron Engels, Virchow, Villerme, Guérin, Chadwick o Winslow. Esto ha movido a Terris a reformular la definición de Winslow, pero conservando su esencia, y lo ha hecho del siguiente modo:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.¹¹

Esta definición la propuso Terris en 1988, o sea 68 años después de la original de Winslow. En ella se aprecian los siguientes cambios:

Controlar las infecciones en la comunidad se convierte en “controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones”, y la organización de servicios médicos y de enfermería para el

diagnóstico precoz y para el tratamiento preventivo de las enfermedades, se convierte en “la organización de los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación.”¹²

Estos cambios son pertinentes. Cuando Winslow expresó su definición (1920), la epidemiología y la prevención de las enfermedades no infecciosas eran desconocidas. Se aceptaba al diagnóstico precoz y tratamiento, pero esto es muy inferior al resultado de impedir que ocurra una enfermedad, que es la verdadera y única prevención. La detección precoz es costosa, no siempre posible, de beneficios modestos, solo eficientes y eficaces en ciertas excepciones bien conocidas.

La nueva versión de la definición incorpora la atención médica y la rehabilitación como parte de la salud pública, sin considerarse el tratamiento como parte de la prevención. Este último punto de vista era comúnmente aceptado en la primera mitad del siglo xx, cuando el único enfoque disponible para el control de las enfermedades no infecciosas era el diagnóstico precoz y el tratamiento. Fue llevado al colmo del absurdo en los “los niveles de Leavell”, donde a la verdadera prevención se le dio la etiqueta de “prevención primaria”, a la detección precoz y al tratamiento “prevención secundaria” y a cualquier otro tipo de tratamiento y rehabilitación “prevención terciaria”. Por este motivo, todo los médicos se convirtieron en practicantes de la medicina preventiva y así, la necesidad de crear una disciplina independiente de salud pública fue socavada.¹³

En esta definición de Winslow modificada por Terris se encierran las funciones que Sigerist definió, en 1945, como las cuatro tareas principales de la medicina:

1. La promoción de la salud,
2. la recuperación del enfermo,
3. la rehabilitación y
4. la prevención de las enfermedades.

Pero Terris desarrolla una idea más avanzada al discutir los términos medicina comunitaria/social/preventiva, donde estos conceptos llevados a disciplinas se insertan en una estructura como partes de la medicina (palabra clave en la nomenclatura), en tanto la definición aquí aceptada privilegia a la salud pública, de cuya estructura forma parte la medicina (en cualquier de sus formas o especialidades). Además, esta definición de salud pública incorpora una importante actividad gubernamental (estatal) y social, multidisciplinaria por naturaleza y que se extiende a todos los aspectos de la sociedad. Aquí la palabra clave es salud y no medicina.

Además el carácter multidisciplinario (e interdisciplinario) de la salud pública es un aspecto crucial del concepto.¹⁴ Terris sintetiza estas ideas en las figuras 2.1 y 2.2. (Fuente: Terris, M. Ob. cit. 1, p. 200).

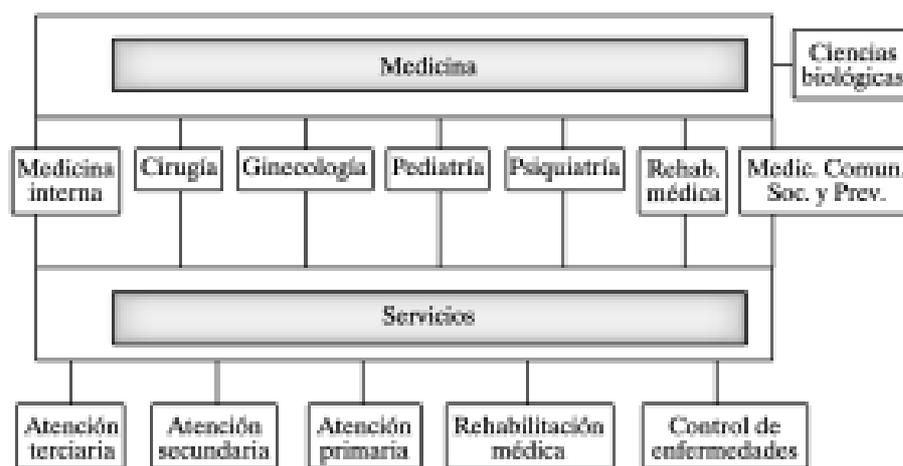


Fig. 2.1. El concepto de medicina comunitaria/social/preventiva.

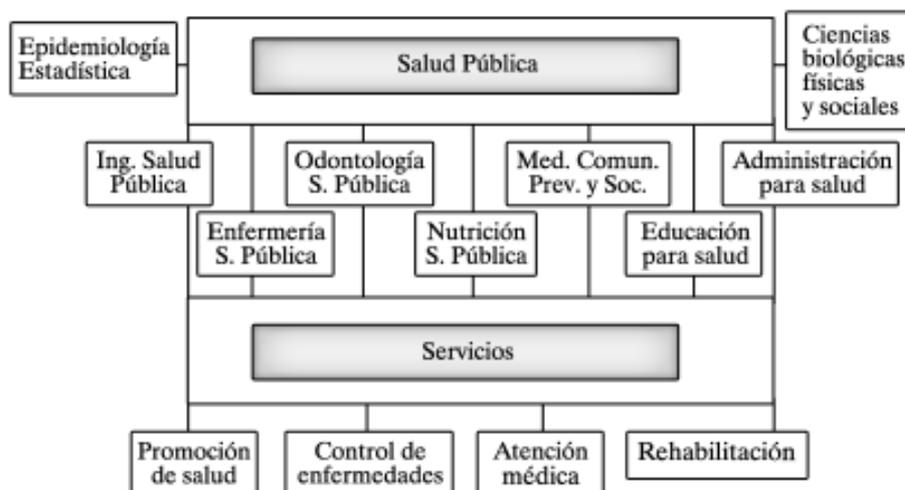


Fig. 2.2. El concepto de salud pública.

El autor de este libro, a partir de la idea de Terris sobre el concepto de salud pública expresado en la figura 2.2, formula una variante que se muestra a continuación (fig. 2.3).

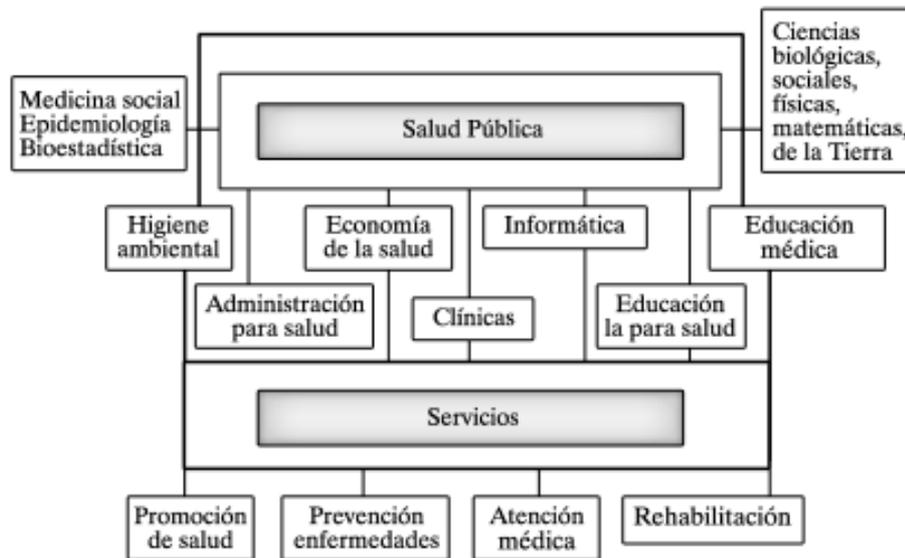


Fig. 2.3 Fuentes y partes integrantes de la salud pública.

El autor distingue lo que llama fuentes y partes integrantes de la salud pública (parafraseando un texto clásico de Lenin).¹⁵ Son fuentes aquellos campos del conocimiento que contribuyen cuantitativa y cualitativamente al campo teórico fundamental de la salud pública, a sus basamentos científicos y metodológicos. Entre estos campos destaca los de las ciencias biológicas, sociales, de la conducta, físicas, matemáticas y de la tierra (pueden incluirse otras, pero no se trata de hacer aquí un inventario detallado), que conforman el horizonte más amplio de la interdisciplinaridad que preside la idea de la salud pública. Y también aquellas disciplinas que alcanzan mayor relevancia como componentes o partes integrantes, además de fuentes, de la salud pública, y que se propone limitar a tres: la medicina social, la epidemiología y la bioestadística.

Hasta aquí las diferencias con Terris radican en que su esquema se limita a mencionar las ciencias biológicas, físicas y sociales, aunque en el texto apunta a la falta de espacio para mencionar todo lo pertinente. Esto es solo una pequeña diferencia de forma, pero una diferencia de concepto es que se incluye entre las fuentes a la medicina social, que aparece en Terris, junto con medicina preventiva y comunitaria, como una misma disciplina, con carácter de componente o parte de la salud pública. En opinión del autor, la medicina social, como la comprendió Juan C. García, es “un campo del conocimiento científico que se ocupa de los aspectos sociales relacionados con el proceso de salud-enfermedad y con los servicios de salud,”¹⁶ es fuente importante para el concepto de

salud pública que aquí se defiende, es también parte o componente, ya que aporta una visión integradora y a la vez sintetizadora de lo social y lo biológico, en el abordaje del proceso salud-enfermedad y en la respuesta social a los problemas de salud, que no se enfoca del mismo modo en disciplinas como la administración de salud, que privilegia los aspectos gerenciales de los servicios, como tampoco en la sociología, que dedica su atención a la organización social de la medicina.

Otra diferencia que se establece con el esquema de Terris es que no se debe concebir dentro de la salud pública disciplinas o campos de conocimiento y acción a partir de un perfil profesional, tal como se dice en el esquema “enfermería de salud pública” u “odontología de salud pública”. Esto conspira contra la interdisciplinaridad de la salud pública, su principio cardinal como ciencia, materia de enseñanza, práctica profesional, objeto de investigación o actividad social. Una enfermera o un odontólogo se verán como salubristas actuando en cualquiera de sus disciplinas, partes o fuentes. Entre ellos son ya frecuentes los odontólogos dedicados a la bioestadística y las enfermeras en el campo de la administración de salud.

Enumerando, sin pretender agotar, las partes integrantes de la salud pública, las más extendidas son: biomedicina (ciencias biomédicas), clínicas (con sus tareas centrales en la recuperación y rehabilitación), higiene comunal, nutrición, educación para la salud, administración de salud, economía de la salud, informática médica... La lista se torna interminable. Todas son parte del contenido de los servicios de salud: el área de respuesta social a los problemas de salud. Y en mayor o menor medida conforman la teoría y práctica de los campos que definió Sigerist como funciones de la salud pública también.

Estas cuatro funciones: promoción, prevención (o control), atención (recuperación) y rehabilitación, tienen un escenario de confluencia e integración donde los actores que intervienen deberán ser necesariamente polifacéticos, pues deben emplearse en las cuatro funciones aplicando conocimientos y habilidades de las fuentes o partes integrantes de la salud pública. Se refiere al espacio de atención primaria de salud (APS). Esto es particularmente importante como concepto y guía para la acción en el modelo cubano de APS que tiene su base en los consultorios de medicina familiar, donde médico y enfermera, de modo permanente y como integrantes de grupos de trabajo del nivel local, incluidos los estudiantes, se constituyen en un equipo interdisciplinario por excelencia, para poder alcanzar los objetivos que se propone el Sistema Nacional de Salud. La importancia de esta integración es aquí más trascendente que en los restantes niveles del sistema.

En esta muy amplia, a la vez extensa y profunda concepción de la salud pública, es que se insertan como una de las funciones la promoción de salud y como una de sus partes la educación para la salud.

Terris considera que fue Sigerist en 1945 el primero que definió promoción de salud, al tratar de las tareas principales de la salud pública. Este autor afirma que:

La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, unas buenas condiciones laborales, educación, cultura física y medios para la recreación. Para la consecución de este objetivo, es necesario coordinar los esfuerzos de grandes grupos: el de los estadistas, los trabajadores de la industria, los educadores y los médicos.

Y añade:

La promoción de la salud tiende obviamente a prevenir las enfermedades, si bien la prevención eficaz requiere medidas especiales de protección... las tareas clásicas de los servicios de salud pública.¹⁷

Hoy se ha hecho muy evidente que la promoción de salud resulta esencial para el desarrollo de las restantes funciones de la salud pública, y que, a largo plazo, sus efectos sobre la salud de la población serán los más estables y de mayor impacto.

La promoción de salud apunta directamente al mejoramiento o elevación del nivel de vida de la población, ya que ejerce un efecto decisivo sobre los aspectos positivos de la salud humana, así como un importante papel en la prevención de enfermedades.

Terris afirma que los factores determinantes más importantes del estado de salud son la promoción, derivado de un mejoramiento del nivel de vida y la prevención de enfermedades y lesiones. Esta afirmación se da como válida. Pero aquí debe quedar aclarada cierta confusión sobre el significado de los términos promoción y prevención, que a veces se emplean indistintamente. “En los Estados Unidos, la promoción de la salud se define oficialmente como cambio de los estilos de vida para la prevención de enfermedades. En Canadá y Europa se orienta, según la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, hacia el mejoramiento de los niveles de vida.”¹⁸ La Carta declara que:

Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. La mejora del sector salud requiere fundamentarse de un modo firme en estos prerrequisitos básicos.

Esta es la verdadera promoción de salud, la que conduce a las condiciones óptimas para que adquieran su valor y alcancen su eficiencia y eficacia las acciones de prevención, recuperación y rehabilitación. Las que por sí mismas generan cuantitativa y cualitativamente la mejoría del estado de salud de la población.

La diferencia en las definiciones radica en cuestiones políticas. Los EE.UU. es un país mucho más conservador que Canadá y Europa, y las posiciones que abogan por el cambio social suelen ser desaprobadas. En los EE.UU. se busca la prevención de enfermedades pero raramente se considera el nivel de vida. En Canadá y Europa se hace hincapié en el nivel de vida, mientras que la prevención de enfermedades con bases epidemiológicas ha tendido a recibir menos atención. En América Latina también han surgido críticas contra los programas de prevención con bases epidemiológicas, bajo el pretexto de que no puede ocurrir ningún cambio significativo en el estado de salud mientras no se lleven a cabo profundos cambios en la estructura política y social.¹⁸

La experiencia cubana enseña que profundos cambios en la estructura política y social condujeron a un Sistema Nacional de Salud de cobertura total, con orientación profiláctica, bases científicas y amplia participación popular que lograron en corto plazo colosales progresos en el mejoramiento de la salud de la población.

También enseña que transformaciones más estables y profundas, capaces de impactar sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, sobre la estabilidad de los ecosistemas y el saneamiento ambiental, sobre tradiciones, hábitos y costumbres que influyen en la salud, y en el mejoramiento integral de la calidad de vida, requieren más tiempo, notables esfuerzos intersectoriales, profunda participación popular, voluntad política sostenida y recursos significativos.

La promoción de salud

No faltan estos requerimientos en Cuba. Por ello hoy se defienden las tareas de promoción de salud, como aquí se expusieron, con la prioridad del momento, y precisamente del momento de Período Especial por el que atraviesa el país, como consecuencia de la pérdida de relaciones internacionales que favorecían el desarrollo socialista y también de la intensificación de la política hostil de la potencia política hegemónica a nivel mundial, que incluye el bloqueo económico al país.

La preservación de las conquistas del socialismo es la base del mantenimiento de lo alcanzado en cuanto a nivel de salud de la población cubana. Esto contrasta notablemente con la corriente dominante en el

continente, el denominado neoliberalismo económico, que propugna la privatización de los servicios de salud, situándose conceptualmente en el extremo opuesto a la práctica cubana. Sobre esto Menéndez dice que:

Las tendencias hegemónicas político-económicas actuales posiblemente hallan en el proceso salud-enfermedad la expresión más negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas.¹⁹

Y añade, citando a Bobbio:

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado por sí mismo es completamente amoral, basado en la Ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta cosa, llámese dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto... encuentre quién esté dispuesto a comprarlo. Un sistema en el que no se puede distinguir entre lo que es indispensable y lo que no es. Partiendo de la soberanía del mercado ¿cómo se puede impedir la prostitución y el tráfico de drogas? ¿Con qué argumentos se puede impedir la venta de los propios órganos? Y por lo demás ¿los partidarios del mercado no sostienen que la única manera de resolver el problema de la penuria de los riñones para trasplantes es la de ponerlos en venta.²⁰

Por ser esta la realidad de las tendencias hegemónicas dominantes en el continente es que se lucha en Cuba, con renovada energía, contra ellas. Pero al hacerlo no se ignora que en el muy diverso espacio de América se encuentren situaciones muy distintas y cambiantes. El neoliberalismo está encontrando resistencia. En su cuna ha sufrido reveses políticos. Y es necesario advertir que aún en las condiciones adversas que imponen los modelos hegemónicos económico y médico, pueden obtenerse avances en beneficio de la salud de la población, aún antes de cambios estructurales radicales en lo económico, político y social. La promoción a escala de toda sociedad y como prioridad deberá estar precedida por estos cambios, pero aspectos parciales de ella y formas específicas de prevención pueden aliviar la situación de salud de numerosas poblaciones.

Aunque para muchos millones de personas en el continente no tiene sentido hablarles de estilo de vida sano, primero deben comer, asegurar su techo y su vestido. Para ellos, la prioridad en su lucha es el cambio económico y social. Para estos pobres, cuyo número y pobreza aumenta, la promoción de salud exige previamente transformaciones estructurales de la sociedad.

Para completar las ideas sobre promoción aquí expresadas, se debe añadir que esta función de la salud pública no es contenido profesional

exclusivo de un especialista, es tarea de todos, no es materia de enseñanza que debe generar disciplina o asignaturas, no es objeto de estudio para una institución en particular, lo es de todos los que investigan, no es asunto de una sola sociedad científica pues compete a todas y no es razón para una unidad administrativa exclusiva, es responsabilidad de todas.

También cabe precisar que es una tarea de toda la población, cada uno en su lugar, en su cotidiano quehacer. No esperar ni la orientación “de arriba”; ni que las autoridades solas encaren las tareas, sino apoyarlas y compulsadas en esa dirección.

Educación para la salud

Expuesta una concepción de la salud pública y de su función “promoción de salud”, se verá a continuación cómo se relaciona con estas la educación para la salud.

En la definición de salud pública que se adoptó, se menciona como su contenido “educar al individuo en los principios de la higiene personal.” Esto que es lo explícito resulta insuficiente. Parecería mejor decir “educar al individuo y la comunidad”, además de apuntar que se debe educar para algo más que la higiene personal. Pero una lectura cuidadosa de la definición de salud pública de Winslow-Terris permite ver que en ella está implícita la necesidad de la educación para todos los contenidos que la definición propone.

Salleras lo expresa así:

La educación sanitaria es fundamental para que la población comprenda la necesidad de los programas de salud pública, participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y de soporte a las medidas que comprende. También lo es para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos insanos con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas... y para que participen activamente o pasivamente en la detección precoz de las enfermedades. Además, la educación sanitaria es un instrumento básico en la etapa de la restauración de la salud, en lo que es fundamental para conseguir que los individuos afectados de enfermedades crónicas participen activamente en el tratamiento de su enfermedad... Hoy en día esta técnica se ha hecho imprescindible para el fomento de la salud de la población y el logro de niveles óptimos de salud pública. Aun en ausencia de enfermedad, el logro de buenos niveles de salud positiva depende, en gran parte, de las conductas que adopten los individuos, grupos y colectividades en relación con la alimentación y nutrición, la actividad física, la

evitación del estrés, el sueño y el reposo, y la utilización razonable del ocio. De ahí la importancia de la educación sanitaria para conseguir que estas conductas sean, siempre que sea posible, positivas.²¹

Esta descripción de los objetivos de la educación para la salud dice con claridad su importancia y se evidencia en ella la correspondencia de estos objetivos con las funciones definidas de la salud pública. Faltó tal vez, aunque implícita, añadir la rehabilitación también como campo de actuación.

Por otra parte, parece limitado el concepto de técnica que se aplica a esta disciplina o especialidad, que se considera entre las partes integrantes de la salud pública, como se vió oportunamente.

No se discutirá aquí una definición de educación para la salud, pero es común en ellas encontrar un objetivo constante: “la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de la salud de los individuos, grupos y colectividades. El objetivo último son los comportamientos, la modificación de los conocimientos y actitudes no son más que vehículos para el cambio de comportamiento.”²²

Por lo dicho hasta aquí se comprende que el campo de acción de la educación para la salud es toda la población. Por esto recurre a variadas formas organizativas, métodos y técnicas de educación y vías de comunicación. Cuando se dice que el campo es toda la población, es necesario recordar que parte de la población son también los profesionales, entre ellos los de la salud, los gerentes a todos los niveles, los legisladores y los ejecutivos gobernantes. También a ellos hay que dirigir la educación para la salud.

Queda pues, claramente establecida, la importancia de esta parte integrante de la salud pública. Ahora se pretende llamar la atención sobre algunos aspectos de su práctica.

Entre los métodos de la educación sanitaria, suele mencionarse primero el diálogo. Es uno de los mejores métodos de educación sanitaria. La consulta médica o entrevista médico-paciente es una de las situaciones más favorables que existen para la educación sanitaria.²³ Aunque en este escenario la educación suele reducirse a contenidos relativos a la curación o rehabilitación, también pueden hacerse aquí promoción y prevención. Pero lamentablemente, el diálogo es algo que cada día se practica menos entre los médicos y sus pacientes, menos aún con personas que consideran sanas, incluidos familiares de los pacientes. Es parte de la tendencia a entregarse a ciertas tecnologías de diagnóstico y terapéutica que desprecian el contacto cara a cara y la paciente conversación, con la necesaria paciencia para escuchar, que practican una proporción elevada

de médicos hoy día. Así, “se ha llegado, incluso, a identificar la medicina científica con la medicina de complejos procesos tecnológicos, creando la propaganda un estado de opinión cada vez más creciente a favor de la última.”²⁴ Esto influye sobre los enfermos que también reclaman exámenes complejos y drogas novedosas.

La primera manifestación que se observó de este abandono por el médico de su dialogar con sus presuntos interlocutores fue la práctica de considerar que esta tarea de educar en sus entrevistas debía ser delegada a la enfermera. Se aprecia mucho las habilidades de la enfermera para esta tarea, suelen en general hacerlo mejor que los médicos, pero cada uno y siempre ambos deben cumplir la tarea. Para muchas personas el hecho de que sea la enfermera la que aborde ciertos temas y sugiera ciertas conductas, sin que lo haga el médico, es motivo para no tomar en cuenta el asunto, pues juzga a través de su concepción sobre la jerarquía de ambos profesionales, donde se supone siempre al médico en un nivel más alto.

Se impone rescatar el valor y necesidad del diálogo entre el personal de los servicios de salud y la población. Su importancia no es inferior a la de incorporar una nueva tecnología diagnóstica o terapéutica de alta complejidad. Esta es una tarea central para los educadores médicos formadores de técnicos y profesionales, y de los educadores para la salud. Y no olvidar que este diálogo también es ocasión oportuna para educar a los miembros de la comunidad en promoción de salud orientada a mover las conductas de defensa en ciertas circunstancias, por ejemplo de un acueducto que provea agua de buena calidad sanitaria en lugar de un nuevo hospital.

Otro de los métodos o vías de la educación sanitaria es la televisión. Se le considera el medio de comunicación de masas de mayor potencial para la educación sanitaria.²⁵

Por otra parte, abundan los críticos de este medio, que aseguran es mayor el daño a la salud que lo positivo que se obtiene por esta vía. La promoción que la televisión hace de la violencia, la velocidad, el machismo y otras formas de conducta individual pueden conducir a estilos de vida autodestructivos. A pesar de ciertos esfuerzos organizados, la imagen del fumador o bebedor feliz y exitoso sigue dominando sobre los mensajes contra el tabaco o el alcohol.

Un buen objetivo para la promoción de salud es la lucha específica contra estos contenidos de la televisión. Por supuesto que es una lucha difícil, opuesta a muchos intereses económicos y políticos, pero es necesaria y ética.

Los programas dedicados a la educación sanitaria merecen un comentario. Son una constante en la programación que se ofrece a la población,

generalmente en horario de alta audiencia y gozan de la aceptación del público. Pero se ven afectados por más de un inconveniente o deficiencia.

A veces por presión de personas interesadas (instituciones, personalidades de la medicina), se tratan temas poco educativos, que solo son de interés para un reducido sector de la población, o que se orientan plenamente al campo de la clínica, con contenidos poco preventivos. Un ejemplo reciente en la televisión cubana fueron los programas dedicados a diabetes mellitus donde se habló siempre de la enfermedad, sus síntomas, sus complicaciones; se advirtió de la existencia de “miles de enfermos” que ignoran su padecimiento. Esto para personas de cierta sensibilidad es iatrogénico. Finalmente, se responsabilizó a la persona con su cuidado. En esos programas no hubo promoción, ni prevención.

En otro programa se pidió a un médico que enumerara los síntomas de la litiasis renal para que la población pudiera identificarla. Se aconsejaron cuatro conductas ante la sospecha por el paciente, todas de contenido asistencial curativo. Se despidió el tema asegurando que finalmente los médicos podían “devolverle” su salud. Estos mensajes configuran un genuino proceso de medicalización de la sociedad.

En contraste con estos ejemplos, también los hay muy positivos, como el espacio dedicado en otro programa a los problemas del primer molar en los niños, con enfoque absolutamente preventivista, sin atemorizar al que escucha, con gran claridad de lenguaje y economía de medios.

Amenazar con la muerte a los que fuman, los obesos, a los sedentarios u otros sujetos sometidos a ciertos riesgos, surte el mismo efecto que el miedo que puede sentir la luna cuando los perros le ladran. La televisión cubana ha abusado del tipo de mensaje atemorizador.

Por otra parte, no parece que explicaciones exhaustivas técnicamente argumentadas sean muy útiles como instrumento para obtener cambios masivos de conducta. Mensajes simples y directos, con base científica, pero lenguaje claro, se imponen. Los fabricantes de cigarrillos no explican las ventajas y beneficios de su producto, pero su propaganda logra millones de nuevos consumidores cada año.

La televisión, junto con la radio y la prensa plana realizan la más extendida labor de educación sanitaria en la población. Los periodistas devienen, junto a los maestros, en los mejores aliados de la salud pública. Esta alianza debe fortalecerse. Pero es necesario para la prensa, analizar con profundidad la orientación de su trabajo en este contenido. Un buen ejemplo para discusión es lo referente a la valoración de las nuevas tecnologías en salud.

Lo deslumbrante de las conquistas tecnológicas conduce a veces a la exaltación de medios o técnicas de diagnóstico y tratamiento de escaso valor en su impacto sobre la salud colectiva. “Creemos que la alta tecno-

logía es conveniente cuando los problemas de salud que se puedan resolver con tecnología más asequible a las grandes masas, de menor costo y mayor impacto social estén resueltos. Si el acceso a la alta tecnología solo es factible para grupos privilegiados, no es defendible. Las prioridades tecnológicas deben venir dadas por la demanda social...”²⁶

Es significativo, como desviación de dónde se debe poner el acento, el contraste en la divulgación por los medios de prensa, entre lo que dice sobre la tecnología relativa a las sales de rehidratación oral y la de los trasplantes de corazón. La primera, que se combina con educación para la salud, ha salvado millones de vida; la segunda es hoy todavía más medicina experimental que solución a un problema de salud. Pero los titulares son para el trasplante. Esto no es buena promoción de salud y no es buena educación para la salud.

Otro asunto de interés en su contenido educativo es el enfoque sobre ciertas noticias relativas a la salud. La objetividad y sobriedad deberían tener prioridad en este terreno; pero suele ser más frecuente la magnificación del hecho y el otorgamiento de créditos y virtudes todavía no ganados. De ser cierto todo lo anunciado como terapéutica del SIDA, ya se tendrían disponibles varias curas para este mal. Aquí el principal pecador no suele ser el periodista sino el médico u otro profesional o institución que anuncia su descubrimiento o invento, con aureola de infalibilidad. Aquí tampoco se aprecia buena promoción o educación para la salud.

Cuando se enumeran los métodos y vías de la educación para la salud se incluye la discusión de grupos,²⁷ pero no se propone como vía su empleo en la televisión o radio en forma de debate, discusión, polémica. Es posible, sin evidencia empírica que lo apoye, que presentar en la televisión debates en los que estén presentes acusadores y defensores del tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo o el alcohol, puede ser más educativo y útil que las versiones unilaterales, a veces estereotipadas, en que se ve frecuentemente solo el lado de los “buenos”. ¿Acaso existe temor en que sean más convincentes los “malos”? En opinión del autor, este tipo de enfrentamiento es una forma más dinámica y directa y aguzará el ingenio de los “buenos” en su lucha contra las prácticas nocivas para la salud que tanto espacio y atención vienen ocupando.

Parece oportuno referirse también a algunas políticas predominantes a escala internacional en la educación para la salud. Una de las ideas en boga es hacer al individuo “culpable” de su propia enfermedad. Esto conduce a poner énfasis en la terapéutica individual y en la responsabilidad de cada persona con su salud, enfatizando el cambio en los “estilos de vida” como la solución por excelencia en materia de promoción y prevención. Esto procura claramente el olvido de las causas sociales de la enfermedad y su relación con factores políticos y económicos.²⁸

Como afirman Angeles Maestro y Rafael Huertas se trata de revivir viejas ideas, como las de la burguesía liberal del siglo XIX que responsabilizaba a la clase trabajadora de sus desgracias, de su miseria y sus enfermedades. Gran parte de estos criterios son retomados ahora, reafirmandose una ideología médica que establece la individualización de una causalidad colectiva que, por su misma naturaleza, hubiera requerido una respuesta colectiva.²⁸

Basándose en estas premisas, una de las políticas sanitarias estatales más activas en los últimos tiempos ha consistido en desarrollar programas sanitarios (de educación para la salud), encaminados a introducir, mediante la propaganda, cambios en los comportamientos individuales. Se trata de un planteamiento técnicamente aceptado por no pocos especialistas en Salud Pública y políticamente asumido por los responsables de la administración sanitaria; pero que supone no solo un grave alejamiento de una concepción integral de la salud individual y colectiva, sino, además una trampa ideológica y una estrategia de dominación.²⁹

Una separación absoluta entre ambiente y conducta es posible solo si se le da al ambiente una connotación exclusivamente física. Esta concepción ha sido rebasada. El hombre vive en sociedad, en la sociedad que contamina la atmósfera, destruye ecosistemas, esparce radiaciones, en fin, altera en sentido negativo el medio físico, que no puede sustraerse a estos efectos de la actividad del hombre. Y es la sociedad, el medio social, el ambiente, el que determina las actitudes y comportamientos individuales. Pero hay que reconocer que:

...existe en la actualidad una tendencia de la Salud Pública a estudiar el comportamiento individual, perdiendo de vista los parámetros sociales que determinan dicho comportamiento. Esto no quiere decir, evidentemente, que neguemos la importancia de las medidas de higiene individual. Que los cambios en los hábitos alimenticios o la disminución del consumo de alcohol, tabaco, etc., jueguen un papel fundamental en el descenso de las enfermedades cardiovasculares; o que la educación de las madres fue decisiva para la prevención de la diarrea del lactante, por poner dos ejemplos suficientemente significativos, está fuera de toda duda. Pero lo que es necesario señalar con insistencia es que eliminar la necesidad de desarrollar sistemas sociales de salud, para concentrarse prioritariamente (cuando no únicamente) en los problemas del comportamiento individual es, además de una simplificación metodológica una evasión de las responsabilidades que impone la Salud Pública.³⁰

Aquí está el gran reto para la educación sanitaria y la promoción de salud. Es asunto en que los educadores se ven obligados a incluir entre sus educandos a especialistas, funcionarios y dirigentes de organizacio-

nes sociales y de gobierno, así como de toda la población. Esto lleva a la educación para la salud inevitablemente al terreno del debate ideológico y político. No deben interponerse las voces que todavía proclaman la neutralidad política e ideológica de la ciencia y las disciplinas profesionales. Si se aceptan las ideas expuestas, tendrán los educadores para la salud ante sí la mayor y más compleja tarea en que se hayan empeñado; pero será también la más beneficiosa y trascendental que puedan realizar.

Por otra parte, la buena educación para la salud debe evitar ciertos excesos de algunas campañas de divulgación, a veces de tinte comercial, ya que apoya algún nuevo consumo. Al respecto, Luis Carlos Silva, citando a Barsky advierte que:

...cada productor trata de convencer al público de que algo anda mal, o está a punto de andar mal, y que deben darse pasos inmediatos para remediar la situación. Un público indiferente es sensibilizado primero para que se convierta en un mercado de consumidores alarmados mediante constantes advertencias de innumerables peligros para la salud y después convencido de la necesidad de cada vez más productos y servicios para protegerlos.³¹

Se provoca así una hipocondría colectiva que es generada principalmente desde los medios de prensa. Como ya se dijo, se atemoriza a la gente, se magnifican nuevos productos o servicios que ofrecen la salvación y el bienestar. Ejemplos a mano: cápsulas o granulados de fibra dietética en lugar de alimentos ricos en fibra, exámenes de salud calificados de preventivos, que solo, muy excepcionalmente, revelan algo no conocido y realmente nocivo; productos naturales de la ya popular “medicina verde” que se prescriben prácticamente para todo lo clasificable en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

La advertencia a partir del manejo de los llamados factores de riesgo también han conducido a exageraciones y contradicciones. Sobre esto Silva también ha llamado la atención:

...se advierte una desenfrenada producción de trabajos observacionales (estudios de caso control en particular), destinados a la identificación de factores de riesgo. Da la impresión de que por esa vía se está generando más confusión que esclarecimiento. Dando palos de ciego (es decir, sin hipótesis de causalidad bien fundamentadas) se logra hallar asociaciones aisladas, carentes de un marco teórico integrador capaz de producir mensajes claros. Se ha argumentado que puede ser difícil, aun para aquellos bien informados, decidir qué consejo de salud debe seguirse. Según ciertos estudios, a fin de evitar el cáncer de mama, sería conveniente tener hijos antes de los 20 años; para evitar cáncer de cervix lo ideal es permanecer virgen. Esto, sin

embargo, conduce a problemas adicionales: las mujeres sin hijos tienen mayor riesgo a contraer cáncer de colon y en el cuello del útero.³² Y también, en consonancia con todo lo dicho antes aquí sobre educación para la salud que ésta “debe conducirse como cualquier otra forma de educación moderna: ha de compartir información científica corroborada pero sin anexarle juicios de valor, desarrollando en el ciudadano su personal capacidad de elección sin amedrentarlo.”³³

Esta exposición resulta ya extensa, pero no se debe omitir un asunto muy pertinente a la educación para la salud y a la educación médica: la epidemia de consumo de medicamentos.

Según Manuel González y otros, tomando un ejemplo de Cuba, donde la oferta de fármacos no se rige por relaciones de mercado, se encontró que al 65 % de los pacientes que acuden a consultas de atención primaria se les recetaba al menos un medicamento (2,3 como media); el 10 % de ellos recibía la prescripción de cuatro o más fármacos simultáneamente.³⁴

No es desconocido que numerosas prescripciones son enérgicamente reclamadas por los pacientes, como también que la línea de menor esfuerzo genera en el médico la prescripción fácil, evitando el diálogo del que ya se habló, en que debía explicar y persuadir, entre otras cosas, por qué no son necesarias muchas veces las recetas.

Si a esto se añade la automedicación, que se conoce como hecho frecuente, se tiene el panorama de la epidemia del consumo de medicamento. Silva cita al respecto un estudio que encontró que el 25 % de personas encuestadas habían consumido medicamentos no prescritos por facultativos en las 48 h previas a la encuesta.³⁵

Este es asunto de gran trascendencia para la salud de las personas y su economía. El consumo exagerado de medicamentos aumenta la iatrogenia, potencia los efectos adversos y aumenta el riesgo de intoxicaciones que todo fármaco posee, aumenta el costo para el comprador o el proveedor si es el seguro de salud o el sistema de salud. Impide una conducta más racional y correcta en beneficio de la salud.

Este es otro de los retos trascendentes de la educación para la salud, que en este caso deberá asociarse íntimamente con los esfuerzos de la educación médica en este sentido. Esta última, al formar las nuevas generaciones de profesionales y técnicos de la salud, deberá dotarlos de los conocimientos y habilidades para sus tareas de educación sanitaria e igualmente en relación con el último aspecto referido, los educará como opositores consecuentes de la polifarmacia.

Referencias

1. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS;1992. Pub. Cient. No. 540.
2. Frenk J. La nueva salud pública. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS;1992. Pub. Cient. No. 540.
3. Ob. cit. 2:75.
4. Institute of Medicine. The Future of Public Health. Citado por Frenk J. En: Ob. cit. 2:75.
5. Términos de Referencia. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS;1992. Pub. Cient. No. 540.
6. Ob. cit.2:76-7.
7. Ob. cit.4:77.
8. Ob. cit.4:77.
9. Ob.cit.4:77.
10. Ob. cit.1:187.
11. Ob. cit.1:187-8. [En la página 187 también la original de Winslow].
12. Ob. cit.1:88.
13. Ob. cit.1:190-1.
14. Ob. cit.1:199.
15. Lenin VI. Tres Fuentes y tres partes integrantes del marxismo. En: Marx C, Engels F, editores científicos. Obras Escogidas. Moscú: Editorial Progreso.p. 19-23 (s/f).
16. García JC. Juan C. García entrevista a Juan C. García. En: Juan C. García, editor científico. Ciencias Sociales y Salud en América Latina, Tendencias y Perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU;1986.p.21.
17. Sigerist HE. The University at the Crossroads: Addresses and Essays. Citado por Terris en: Ob. cit.1:191.
18. Ob. cit.1:194.
19. Menéndez EL. Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo Posible. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS;1992. Pub. Cient. No. 540.
20. Bobbio N. Citado por Menéndez E.L. En: Ob. cit.19:117.
21. Salleras SL. Educación Sanitaria. Bases Científicas. En: Piedrola Gil y otros, editores. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8va ed. Barcelona: Salvat;1989.p. 849.
22. Ob. cit.21:851.
23. Ob. cit.21:861.
24. Vela Valdés J. Palabras pronunciadas por el Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. En: Memorias de la Conferencia Integrada. Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. La Habana: OPS/OMS;1992. p.77.
25. Ob. cit.2:868.
26. Ob. cit.24:77.
27. Ob. cit.21:862.

28. Maestro A, Huertas R. La Salud y el Estado: los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas;1992.
29. Ob. cit.28:75-6.
30. Ob. cit.28:77.
31. Silva Ayçager LC. Valoración epidemiológica de las actividades preventivas. En: Memorias de las Primeras Jornadas sobre Prevención en Atención Primaria. Burgos;1992.
32. Ob. cit.31:21.
33. Ob. cit.31:25.
34. González M, Laborde R, Pino A, Silva Ayçager LC. Hábitos de prescripción en los médicos del programa de atención primaria del adulto. Rev Cubana Salud Pública.1991;17(2):68-73.
35. Kohn R, White KL. Health care: an international study. Londres: Oxford University Press. En: Ob. cit.31:30.

ECONOMIA, POLITICA Y ESTADO **DE SALUD EN CUBA***

A principio de la década del 90 ocurrió en Cuba una contracción económica de una magnitud mayor que la ocurrida en cualquier otro país desarrollado en la última mitad de siglo. Esto fue el resultado principalmente de la desaparición del bloque socialista europeo y el recrudecimiento del bloqueo impuesto por los EE.UU. a Cuba, en momentos en que la isla estaba enfrascada en corregir sus problemas económicos fundamentales. La crisis económica afectó un número de esferas de la sociedad cubana. El Estado adoptó una serie de medidas para enfrentar la situación socioeconómica, las cuales han rendido resultados positivos en los campos económico y social, al igual que algunos no deseables. En el sector de la salud, la crisis económica había reducido fundamentalmente la disponibilidad de recursos y había afectado adversamente algunos factores determinantes de la salud y algunos aspectos del estado de salud de la población. A pesar de las dificultades económicas prevaletentes, el gobierno está decidido a preservar los logros alcanzados en la esfera de la salud y a lograr un desarrollo aún mayor. La solución no es la privatización, ni la introducción de sistemas de seguros de salud o la adopción de medidas similares. Por el contrario, Cuba buscará una mayor racionalidad y eficiencia económica en el sector de la salud y ha ratificado los principios de que el Estado debe continuar financiando el sistema de salud y mantener el alcance universal y la accesibilidad a través de los servicios gratuitos.

Antecedentes en Cuba

Durante las últimas tres décadas, la economía cubana ha estado caracterizada por el sometimiento a bloqueo económico, financiero y comercial; por la adopción de una economía centralizada, por una postura política que busca la justicia y la equidad social, por la generación de recursos en un número limitado de sectores y, desde la década de los 70, por un marco restringido de relaciones económicas y comerciales, vinculado principalmente a los países miembros del consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), hasta la desaparición de esta organización de la Europa socialista.

* Traducido y reproducido de: Inter J Health Ser. 1997;27(4):791-807.

Nota: Son autores de este tema los doctores Francisco Rojas Ochoa y Cándido López Pardo.

Desde 1960 hasta 1990, Cuba obtuvo destacados avances en su sistema de salud y en el estado de salud de la población. Dichos avances fueron el resultado del desarrollo económico y social logrado en un período de 30 años y del impulso brindado por la voluntad política del gobierno, surgido de un movimiento revolucionario popular que tomó el poder en 1959.

Los autores de este artículo se suscriben a la siguiente idea:

Algunas veces solo mencionamos, debido a su trascendencia e impacto, las políticas educacionales que se han aplicado durante más de 30 años con resultados incuestionables, y la seguridad social que protege a todos los cubanos. La Revolución Cubana trajo consigo una transformación esencial de las relaciones sociales, convirtió a los cubanos en propietarios colectivos del país, los hizo iguales ante la ley, y en respeto a sus derechos y deberes, proclamó, aseguró y protegió la igualdad y la justicia social, estableció un sistema político democrático y participativo; único por su singularidad, transformó la geografía del país, creó ciudades, y zonas de desarrollo, una infraestructura de trabajo, forjó la unidad nacional y ganó la segunda y definitiva independencia para todos los cubanos, logrando así que Cuba tuviera un lugar entre las naciones como país independiente y revelando su dedicación a la amistad, la solidaridad y la paz, y su capacidad de sacrificarse en defensa de las conquistas y principios.¹

Los logros en la esfera de la salud incluyen los servicios médicos que abarcan el 100 % de la población, una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años, una tasa de mortalidad infantil de menos de 10 por cada 1 000 nacidos vivos, una notable reducción de las enfermedades contagiosas, y el desarrollo de un servicio de salud con avanzada tecnología, apoyado por un numeroso y altamente calificado personal, para proteger la salud de la población. Pero estos avances en la salud y en la atención médica se han detenido y desde 1990 se ha observado cierto deterioro en algunos programas y unidades del Sistema Nacional de Salud. Esto ha sido provocado por la difícil situación económica que enfrenta Cuba ahora, con grandes cambios en el comercio internacional y en las relaciones económicas, científicas y técnicas con los países miembros del CAME, especialmente con la Unión Soviética. El recrudecimiento del bloqueo económico impuesto por los Estados Unidos ha causado enormes pérdidas económicas y dificultades operativas en la compra de suministros esenciales para la economía del país y el sector de la salud.

Ambiente socioeconómico

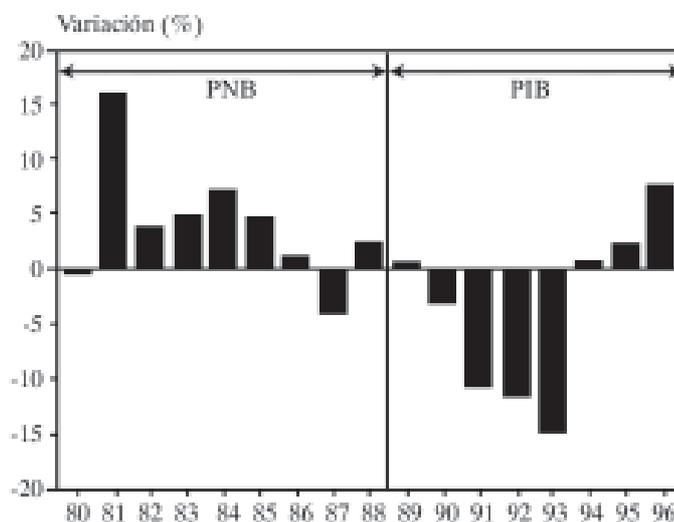
La fase más reciente del bloqueo económico contra Cuba es la adopción de la ley Hems-Burton. El incremento de la severidad del bloqueo y la desaparición de la Europa Oriental socialista, eventos que ocurrieron

a comienzos de esta década, han colocado a Cuba en la situación más difícil de su historia como nación independiente. Para paliar los efectos de esta crisis, el Estado adoptó medidas para un Periodo Especial (cuadro 2.1) y durante los últimos años se han dado pasos adicionales para revivir la economía cubana, pero la economía y las condiciones de vida de los cubanos se han visto significativamente afectadas.

Cuadro 2.1. Iniciativas tomadas para enfrentar el Período Especial

Ajuste en la distribución de los productos de consumo a la población.
 Reducción de las actividades de producción para incrementar la eficiencia y reducir el consumo, principalmente de energía.
 Concentración de recursos en tres sectores:
 - Programa de alimentación.
 - Biotecnología, industria farmacéutica y centros de investigación.
 - Turismo.
 Crecimiento y desarrollo a través de la eficiencia incrementada.
 Establecimiento de asociaciones a riesgos compartidos con empresas extranjeras.
 Racionalización de las relaciones económicas con países extranjeros.

Entre 1959 y 1989 hubo una dinámica positiva (aunque no constante) en la economía cubana, pero esta comenzó a deteriorarse marcadamente durante los últimos cinco años, alcanzado su punto más bajo en 1993, como se aprecia en la figura 2.4.²⁻⁵



PNB: producto nacional bruto, PIB: producto interno bruto.

Fig. 2.4. Desarrollo de la economía cubana, 1980-1996.
 Fuente: 1980-1988, referencia 2, Tabla III.1; 1989-1994, referencia 3; 1995, referencia 4; 1996, referencia 5.

Medida en términos del producto social global (PSG), desde 1959 a 1989 la economía cubana creció a un ritmo anual promedio de 4,3 %, un incremento per cápita del 2,8 %.⁶ En 1963, el PSG per capita (en precios corriente) fue de 800 pesos, y para 1989 se había elevado a 2 533 pesos (2, Tabla III 1:7).⁷

Entre 1959 y 1989, el país invirtió más de 63 mil millones de pesos en inversiones capitales, mientras que en el mismo período los gastos del presupuesto para servicios básicos (salud, educación, y seguridad social) ascendieron aproximadamente a 54 mil millones de pesos.⁸

El valor de las exportaciones osciló entre 636,0 millones de pesos en 1959 y 5 392,0 millones en 1989. Las importaciones aumentaron de 647,8 millones en 1959 a 8 124,2 millones en 1989 (2, Tabla XI.I).⁹ Las exportaciones crecieron a un índice anual medio de 25 % y las importaciones se incrementaron en alrededor de 35 % como promedio anual en ese periodo. La figura 2.5 y la tabla 2.2, muestran una visión de esta situación.

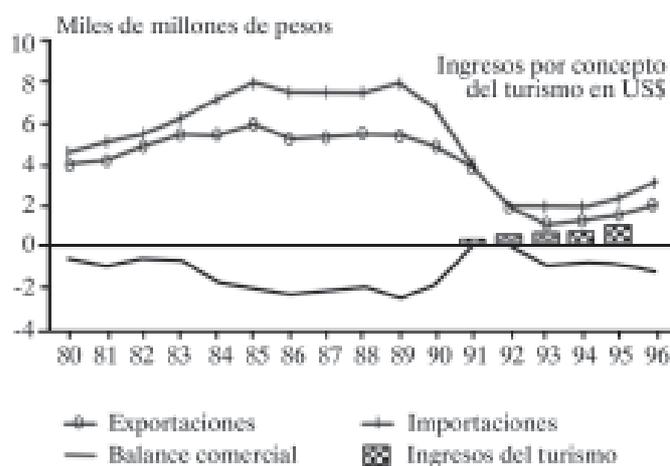


Fig.2.5. Dinámica del sector exterior, Cuba, 1980-1996.

Fuente: Comercio Exterior: 1980-1989, referencia 2, tabla XI.1; 1990-1992, referencia 9; 1993-1994, referencia 3; 1995, referencia 4; 1996, referencia 5. Ingresos por concepto de turismo: 1990-1993, referencia 10; 1994, referencia 3; 1995, referencia 11.

Se realizaron importantes inversiones en la investigación y el desarrollo. Entre 1977 y 1989 por cada incremento de 1% en el PSG, los gastos en investigación y desarrollo aumentaron 1,98 %. Esto permite hacer una comparación favorable con la mayoría de los países subdesarrollados.¹²

Las dificultades de Cuba en la esfera económica no comenzaron con el colapso del campo socialista europeo, pero este acontecimiento junto con el agravamiento del bloqueo norteamericano (con la aprobación de la Ley Torricelli) dieron lugar a un agudo viraje en el desarrollo económico del país. A mediados de los 80, la economía nacional enfrentó serias limitaciones para mantener los índices de crecimiento que había sostenido con el modelo económico existente. El modelo aplicado hasta ese entonces, que era en alguna medida una copia de la experiencia del bloque socialista, produjo una serie de efectos negativos*. De esta manera, se hizo necesario poner en marcha un proceso de rectificación de errores y tendencias negativas** para compensar las dificultades ya evidentes en la Unión Soviética y en el resto de los países de Europa Oriental, y para resolver los problemas emergentes específicos de Cuba.^{13,14}

Simultáneamente, en el sector exterior, los principales socios comerciales de Cuba comenzaron a congelar los niveles de entrega de productos básicos, lo que condujo a un estancamiento en el sector económico.¹⁵ Entre 1985 y 1989, el PSG (medido de acuerdo a los precios de 1981) se incrementó solo en 0,5 % comparado con el aumento medio de 4,3 % desde 1959 a 1989, y el PSG per cápita decayó 1,0 %. Las exportaciones en el mismo período descendieron el 10 %, mientras que las importaciones solo ascendieron 1,1% comparado con el incremento de 56 % en los cinco años anteriores (2, Tablas III.1. XI,1).

La agresión económica del gobierno de los EE.UU. contra Cuba comenzó en 1959 cuando el Gobierno Revolucionario tomó el poder. Ya a comienzos de 1962, el gobierno norteamericano había impuesto un bloqueo comercial total entre los dos países, excepto en lo que respecta a medicina y alimentos. Luego, en 1964, la venta de medicina y alimentos a Cuba fue también prohibida.¹⁶ Durante la administración Bush, ocurrió una significativa agudización del bloqueo económico con la aplicación del “Acta para la Democracia en Cuba” (o Ley Torricelli) a finales de 1992. Los efectos financieros del bloqueo se calculan en 44 mil millones de dólares

* Algunos de estos factores fueron ineficiencia económica, tecnologías con ineficiente consumo de energía, falta de una base nutricional sólida a nivel nacional, fuerte dependencia de algunas importaciones, y un sistema de gestión económica que generó ganancias artificiales en las empresas.

** Algunos de estos errores guardaban relación con actividades empresariales en las cuales los intereses de algunos empresarios entraban en conflicto con los de la sociedad. Se hizo también evidente el debilitamiento del trabajo voluntario, el mal uso de la jornada laboral, y otros indicios de falta de trabajo político.¹⁴

(calculados hasta 1993). Una cifra seis veces mayor que el nivel de la deuda externa de Cuba en moneda libremente convertible.¹⁷ Solo las consecuencias de la Ley Torricelli se estiman en alrededor de \$1 000 millones (hasta 1993).¹⁵

En octubre de 1995 el Presidente Clinton anunció una serie de medidas contra Cuba con el claro objetivo de fortalecer el bloqueo.¹⁸ La Ley Helms-Burton tiene como objetivo reforzar las sanciones internacionales contra Cuba y es una de las muestras más recientes de que el gobierno de Estados Unidos no alterará su posición en relación con el bloqueo. La necesidad de poner fin a este bloqueo económico, comercial y financiero ha sido expresada por muchos países en diferentes foros internacionales, incluida la Asamblea General de las Naciones Unidas. Muchos gobiernos han condenado la Ley Helms-Burton por su carácter extraterritorial, entre ellos, gobiernos que tienen acuerdos comerciales con los EE.UU. En una reciente encuesta realizada por Gallup, el 49% de los entrevistados consideraron que el bloqueo es la causa principal de los problemas en Cuba, el 28 % lo consideró el responsable de la falta de estabilidad económica, el 47 % expresó que la Ley Torricelli había agravado la situación del país, y el 77 % no estuvo de acuerdo con las sanciones impuestas por el presidente Clinton en agosto de 1994.¹⁹

La desaparición del campo socialista europeo comenzó a comienzos de los 90, justamente cuando Cuba se hallaba inmersa en el proceso de corregir sus principales problemas económicos. La abrupta transición en Europa Central y del Este tuvo dramáticas consecuencias para Cuba por tres razones: el país perdió una considerable asistencia económica, los mercados para los productos de Cuba se redujeron drásticamente y se eliminaron sus fuentes de suministros; y por segunda vez en pocas décadas, hubo una ruptura súbita de la integración de las relaciones económicas que Cuba había logrado establecer.²⁰

Cuba había realizado el 80 % de su comercio exterior con los países de Europa socialista, bajo condiciones ventajosas de intercambio comparado con los precios del mercado internacional. Dichos países suministraban el 63 % de los alimentos de Cuba, el 75 % de los suministros requeridos para la inversión, el 98 % de su petróleo, el 86 % de sus materias primas, y el 80 % de sus maquinarias y equipos.²¹⁻²³ En lo que a la exportación se refiere, el 63 % del azúcar de Cuba, el 73 % de su níquel, y el 95 % de sus cítricos, se vendían en estos mismos mercados.²¹ Además, con la desaparición del CAME, Cuba fue privada de financiamiento vital. Entre 1960 y 1990, solo la ayuda soviética se estimó en \$40 mil millones.²⁴

La etapa más seria de la crisis cubana comenzó en 1990,²⁵ y comúnmente se hace referencia a ese año como el comienzo del Periodo Especial, definido como:

El periodo mínimo de tiempo que necesita la sociedad cubana para rehacer sus relaciones internacionales, económicas y comerciales, y para reconstruir sus sistemas de productos y servicios de acuerdo a la nuevas circunstancias, salvaguardando los principales logros de la Revolución socialista y preservando nuestros derechos y voluntad para reconstruir el socialismo cuando las condiciones nos lo permitan.¹

Las iniciativas adoptadas en ese periodo se resumen en el cuadro 2.2.

Cuadro 2.2. Principales medidas tomadas para revitalizar la economía cubana

Incentivo para la inversión extranjera. Legalización de compañías extranjeras. Distribución de tierra libre de impuestos. Perfeccionamiento de las finanzas internas. Estimulación del empleo por cuenta propia. Revisión y modificación del salario y de la legislación laboral. Creación de mercados agrarios y de otro tipo.

Se han adoptado otras medidas en los últimos años para perfeccionar la economía cubana. La apertura al capital extranjero y el desarrollo del turismo se consideraron de vital importancia para la recuperación del desarrollo económico de Cuba. A pesar de estas medidas, la economía y las condiciones de vida de la población cubana han sido afectadas significativamente.

Se considerará la dinámica de algunos indicadores que muestran el deterioro de la economía cubana durante los últimos cinco años del Periodo Especial, principalmente hasta 1993. Durante la pasada década, Cuba como país de la región Latinoamericana y del Caribe tuvo un fuerte desarrollo económico, situación que cambio completamente en los años siguientes. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEALC),²⁶ el cambio acumulativo en el producto interno bruto (PIB) entre 1981 y 1990 fue de un 39,5 %. Durante este mismo periodo 24 de los 32 países latinoamericanos (exceptuando Cuba) alcanzaron un desarrollo económico menor que el de Cuba. Sin embargo, entre 1991 y 1995, el valor acumulativo en el PIB para Cuba fue de -30,6 %, el valor negativo más grande en los países de América Latina (26, Tabla A.1).

El cambio en el PIB acumulativo per cápita entre 1981 y 1990 fue del 27,8 %, mayor que el de 26 de los 32 países latinoamericanos. No obstante, el cambio acumulativo entre 1991 y 1995 fue de -33,4 %, el más bajo excepto para un país latinoamericano (26, Tabla A. 2). El cambio anual del PIB en los años 1990-1993 fue negativo. En 1993, fue de -14,9 %.³ El cambio anual del PIB ha sido negativo desde 1989, y fue de -15,6 % en 1993 (26, Tabla A.2).

El nivel de las importaciones se redujo de \$8 124 millones en 1989 a \$1 956 millones en 1994, cuando se alcanzó el nivel más bajo de los últimos cinco años (2, Tabla XI, 1; 3). De esta manera la capacidad de importación de Cuba se redujo a ¼ en alrededor de cinco años. Durante ese período, se produjo un agudo agravamiento de los términos de intercambio en el mercado internacional. El ingreso por concepto de exportaciones descendió entre 1989 y 1993 de 5 292 a 1 137 millones de pesos. En 1993, se alcanzó el nivel más bajo de exportación del Periodo Especial (2, Tabla XI, 1; 3).

Entre 1989 y 1995, los gastos del presupuesto* se redujeron en más de \$3 000 millones de pesos.^{27,28} En el sector de la salud, el financiamiento en moneda libremente convertible para 1994 fue menos de un tercio del 1989.²⁹ La contracción del flujo de crédito conjuntamente con un descenso en los ingresos debido a la pérdida del dinamismo de los precios y a una caída en el volumen de fondos exportables, obligó a posponer el pago de la deuda externa.¹⁵

Ha habido una notable reducción en la disponibilidad de petróleo, que es considerada la faceta más deficiente de la economía cubana.¹⁵ Cuba había recibido grandes cantidades de combustibles de la Unión Soviética, que ascendieron a 13 millones de toneladas en 1989. El proceso de reducción de la importación de combustible fue el siguiente, 10 millones de toneladas en 1990; 8,6 millones en 1991; aproximadamente 6 millones en 1992 y 1993; y 7,2 millones en 1994.^{3,15}

La producción de azúcar, tradicionalmente la primera fuente de ingresos para Cuba, se redujo drásticamente de 7 millones o más a aproximadamente 4 millones en 1993 y 1994, y 3,3 millones en 1995.^{4,21,30} La producción de azúcar en 1996 fue de 4,4 millones de toneladas.³¹

Esta compleja situación económica junto con las medidas adoptadas para resolverla ha afectado significativamente el contexto social de Cuba. Importantes áreas socioeconómicas como la educación, la nutrición, la vivienda, el transporte, el empleo y los ingresos -todas relacionadas con la salud de la población- se han visto perjudicadas, lo que a continuación se resume.

Cuba mantiene un lugar destacado en la esfera de la educación en el mundo en desarrollo en general, y en América Latina en particular. Es la voluntad política del gobierno cubano que los logros obtenidos en la salud y la educación se mantengan a pesar de la acuciante situación económica. Las mayores dificultades se encuentran en los suministros materiales.

*Sin embargo, como la proporción de los gastos dedicados al sector de la salud aumentó de 5,8 a 9,0% en 1995 -un ejemplo de la prioridad inalterable dada a la atención médica- la magnitud absoluta creció en 210 millones de pesos.^{27,28}

La nutrición ha sido el área más afectada por la crisis económica. Cuba ha estado proveyendo a su población con niveles nutricionales que satisfacían el 140 % de los requerimientos básicos de calorías,³² pero en 1993 (el año más crítico del Periodo Especial), el consumo promedio fue solo de 78 % del requerimiento de calorías, 64 % del requerimiento de proteínas, y 35 % del requerimiento de grasas.³³ Esto tuvo consecuencias particulares en grupos poblacionales tales como las embarazadas, pero el Estado ha actuado para proteger su alimentación. En 1993, se tomaron medidas para mejorar el estatus nutricional de la población, tales como cambios organizativos en la estructura estatal y no estatal de la producción y distribución de productos agrícolas. Ya hay cambios positivos evidentes.

El deterioro de las viviendas y la insuficiente construcción de nuevas casas en los últimos años han empeorado la situación del fondo habitacional. Se han aplicado varias soluciones para aliviar este problema. Para 1996 se planificó la construcción de 50 mil viviendas, 50 % más que las construidas en el año anterior.⁴

Los problemas en el transporte, de carga y pasajeros,⁵ incluidos los escolares, han afectado también a la población. Las dos principales dificultades en el sector del transporte son las piezas de repuesto y el combustible, debido a la falta de recursos financieros para adquirirlos. Se han tomado una serie de medidas para mejorar el transporte de pasajeros, pero la situación es aún crítica.

En el área de los empleos, importantes cambios modifican el perfil laboral, lo que ha producido algunos efectos positivos y otros negativos. Dichos cambios incluyen la racionalización de instituciones de producción y servicios estatales en un intento por obtener una mayor eficiencia económica, reestructuración de la Administración Central del Estado, crecimiento de los sectores cooperativos, privados y mixtos con la inclusión de los trabajadores por cuenta propia, nuevas posibilidades de empleo con la apertura de nuevas entidades financiadas por capital mixto y extranjero y crecientes oportunidades de empleo en el sector agrícola. La filosofía del gobierno es combinar una política de racionalización con una política de empleo encaminada a incorporar a nuevos empleos a aquellos trabajadores que han perdido su trabajo debido a la racionalización y proteger y subsidiar a los considerados "disponibles."

La sociedad cubana ha sido reconocida internacionalmente por tener uno de los niveles más bajos de desigualdad en lo que se refiere a la distribución de las riquezas, pero este nivel se ha elevado algo en años recientes. Los actuales problemas económicos y sociales han reducido la igualdad en los ingresos y han conducido a una falta de correspondencia entre el esfuerzo social y los ingresos. Por otra parte, el sistema fiscal recién estable-

cido tiende a disminuir las desigualdades en los ingresos. Es importante tener en cuenta que en Cuba, la desigualdad en los ingresos no afecta el acceso de la población a los servicios básicos gratuitos o a bajos precios.

Algunos signos de recuperación en la economía cubana son evidentes. El PIB creció 2,5 % en 1995 comparado con el 0,7 % en 1994, y la tendencia descendente en la economía cubana que había comenzado en 1990 se revertió. En 1996, se experimentó un aumento en el PIB de aproximadamente 7,8 %. Esto no representa una expansión significativa en el consumo pero producirá alguna mejoría.³⁻⁵

Financiamiento y gasto en el sector de la salud

El sistema de salud cubano está enteramente financiado por el presupuesto del Estado, lo que tiene como objetivo asegurar los objetivos planificados del sector de la salud y lograr una mayor eficiencia en la provisión de los recursos financieros. El Estado ofrece atención médica preventiva y servicios de rehabilitación gratuitos, los que abarcan no solo la atención primaria, médica y dental, sino también los cuidados hospitalarios, con el uso de la tecnología médica más avanzada. Las pruebas diagnósticas y los medicamentos para pacientes hospitalizados y embarazadas, y para los pacientes ambulatorios en ciertos programas, son también gratuitos. El presupuesto familiar se encarga de costear los medicamentos prescritos a la mayoría de los pacientes externos de las prótesis auditivas, dentales y ortopédicas, sillas de ruedas, muletas y artículos similares, al igual que de los espejuelos. Pero en todos los casos, los precios son bajos y están subsidiados por el Estado. Los ciudadanos de bajos ingresos reciben ayuda financiera y algunos productos gratis, incluidas las medicinas y las prótesis.

El financiamiento de la salud en Cuba está altamente descentralizado. La mayoría de los gastos públicos (92,6 %) están financiados por el presupuesto municipal, el cual también contribuye al financiamiento de la educación (82,0 %) y de la asistencia social (92,4 %). A pesar de la difícil situación económica de los últimos años, los gastos en la salud pública se han incrementado de manera estable, lo que refleja la voluntad política de mantener los logros de Cuba en la esfera de la salud. En 1994, estos gastos que incluyen los gastos de salud actuales de todas las instituciones del país, ascendieron a 1 061,1 millones de pesos. El 17 % por encima del gasto en salud pública correspondiente a 1989.

Las tablas 2.2 y 2.3, muestran los gastos en la salud pública.

Tabla 2.2. Gastos en salud pública e indicadores derivados. Cuba, 1989-1994

Año	Gastos en salud(a)	% de PIB	Gastos	
			% del total de gastos	% de gastos públicos
1989	904,5	4,6	6,5	12,2
1990	925,3	4,9	6,0	13,0
1991	924,9	5,4	6,3	14,5
1992	976,8	6,5	6,5	15,0
1993	1 076,7	8,4	7,4	16,9
1994	1 061,1	8,2	7,5	14,6

a: Incluye gastos de salud de todas las instituciones del país, en millones de pesos.
Fuente: Referencias 3-5,34.

Tabla 2.3. Gastos en atención primaria y hospitales. Cuba, 1985, 1990, 1995

Año	Total (a)	Atención Primaria		Hospitales	
		Monto	% del total	Monto	% del total
1985	681,5	206,3	30,3	395,1	58,0
1990	925,3	299,8	32,4	487,8	52,7
1994	1 061,1	383,5	36,1	480,0	45,2

a: Incluye gastos de salud de todas las instituciones del país, en millones de pesos.
Fuente: Referencias 35-37.

Este incremento absoluto ha estado acompañado por un incremento relativo en los gastos de salud pública como % del PIB, de los gastos totales, y de los gastos públicos (tabla 2.2).

En 1994, los gastos en salud pública representaron el 7,8 % del PIB, el 7,5 % de los gastos totales, y el 14,6 % de los gastos públicos. Ha habido un notable decrecimiento en los gastos de inversión, los que en 1984 representaron el 3,1 % de los gastos totales. Esta reducción no causó serios daños al sistema de salud porque había habido una fuerte inversión en este sector en las décadas de los 80, la que se cumplió en su mayor parte a comienzos de la crisis económica.

Entre 1990 y 1994, ocurrió una reducción en los gastos de atención hospitalaria y un concomitante aumento en los costos de atención primaria de la salud. En 1994, el 36,1 % de los gastos corrientes fueron en atención primaria y el 45,2 % en atención hospitalaria, comparado con 32,4 % y 52,7 % respectivamente, en 1990.

En 1989, los gastos en atención médica en moneda libremente convertible -tomando en consideración la asignación e ingresos de los organismos de balance- fueron de \$227,3 millones. En 1994, estos costos fueron de solo \$74,9 millones. Esta aguda reducción en el financiamiento en moneda libremente convertible afectó severamente los suministros en el sector de la salud. Por ejemplo, la producción de medicamentos de la industria farmacéutica nacional disminuyó en más de un tercio entre 1990 y 1993. Entre los otros problemas que afectaron la salud de la población estuvieron la escasez de equipos diagnósticos y de insumos para centros de atención médica. Los servicios ópticos y dentales también se vieron afectados.

Sin embargo, Cuba ha recibido una pequeña contribución externa orientada a mantener la vitalidad de su sistema de salud: en 1995 recibió aproximadamente 3,0 millones de los fondos regulares de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, del Fondo de las Naciones Unidas para la Población, del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Las restricciones sobre Cuba resultantes del bloqueo instituido por los EE. UU. han privado al país de otras fuentes de financiamiento. Se ha recibido ayuda humanitaria en cifras de hasta \$20,0 millones al año. En los años recientes, se han identificado y desarrollado diferentes formas de obtener moneda libremente convertible directamente por y para el sector de la salud.

Situación de la salud

En los últimos años Cuba ha presentado un perfil epidemiológico estable. Conjuntamente con los bien definidos problemas de salud que son parte del perfil tradicional, existen otros problemas cuyas tasas de incidencia no son alarmantes, pero han sido afectados por factores determinantes de salud que han empeorado en la actual situación económica.

El acelerado envejecimiento de la población, con un alto nivel de urbanización y niveles muy bajos de fertilidad y mortalidad, son aspectos notables del perfil demográfico cubano. El envejecimiento de la población es uno de los problemas fundamentales del país; entre las barreras para manejar este cambio demográfico se encuentra el deterioro de los servicios infraestructurales para los ancianos y la falta de personal calificado para su atención especializada. En el área de la fertilidad, la generación de principios del siglo XXI capacitada para la maternidad ya nació y se necesita tomar medidas para modificar la estructura y nivel de fertilidad de la población. Dichas medidas deben hacer énfasis en una

reducción de la fertilidad entre adolescentes y una reducción de los niveles de aborto mientras se promueven aquellos factores que conducen a la aceptación y uso de métodos anticonceptivos.

La crisis económica sin duda ha afectado adversamente el nivel de calidad de vida de la población cubana. La situación ambiental ha empeorado. Por ejemplo, los índices de potabilidad del agua que superaban el 90 % en 1989, disminuyeron al 40 % en 1994. El tratamiento sistemático de agua potable decreció de 90 % al 42 % en 1994. El tratamiento y evacuación de aguas negras también ha sido afectado por las dificultades económicas. La falta de recursos para mantener y reparar el sistema existente, al igual que la falta de equipos y materiales de construcción, ha hecho más crítico el problema durante los últimos años. Los índices de infección de enfermedades transmitidas por roedores alcanzaron niveles de 68,7 %. La situación se vio agravada por la deficiencia en los procedimientos de limpieza y por la escasez de raticidas, lo que obligó al país a realizar intensas actividades para aliviarla.

Algunos factores de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, patrones nutricionales no saludables y prácticas sexuales poco seguras han promovido el resurgimiento de enfermedades cuya prevención y control depende de las modificaciones en el estilo de vida. Se debe destacar la relativa importancia para los niveles de mortalidad de Cuba de las llamadas enfermedades no transmisibles y de las lesiones debido a la violencia durante los últimos 20 años. La mayoría de los años de vida potencial perdidos se deben a tres causas: accidentes, cáncer y enfermedades cardíacas (tabla 2.4).

Tabla 2.4. Años de vida potencial perdidos por 1 000 habitantes de 1 a 64 años debido a causas específicas. Cuba. 1985, 1990, 1995

Causas	1985	1990	1995
Cardiopatía	6,4	5,7	5,5
Cáncer	6,8	7,0	7,3
Accidentes	11,6	11,8	10,3

Fuente: Referencia 38.

Las enfermedades cardíacas han sido la principal causa de muerte en Cuba durante las últimas dos décadas, con una tasa de 200,8 por 100 000 habitantes en 1995, similar a la tasa de 200,3 en 1990. Los índices de mortalidad ajustados por edad debido a cardiopatías en los últimos cinco años (coincidiendo con los años de la crisis económica) se redujeron de 181,2 por 100 000 habitantes en 1990 a 155,8 en 1995, un descenso que no se observa en las muertes por tumores malignos, enfermedades cere-

bro vasculares y las demás causas principales de muerte. Una investigación realizada en un municipio de Ciudad de La Habana confirmó una caída aproximadamente de 50 % durante este periodo en muertes debido a infarto del miocardio -un decrecimiento asociado con las reducciones de las concentraciones séricas de colesterol, el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Un aumento en la actividad física ocurrió durante el mismo periodo. La asociación observada entre los cambios en los factores de riesgo y la mortalidad reducida debido a cardiopatías en esta población pudiera ocurrir también a nivel nacional, pero no hay datos concluyentes. Paradójicamente este parece ser un efecto positivo de la crisis económica sobre el estado de salud de la población.³⁹

La mortalidad debido a enfermedades infecciosas y parasitarias, cuyos índices han ido decreciendo desde mediados de los 80 alcanzó un nivel de 8,3 por 100 000 habitantes en 1989, con una mortalidad proporcional de 1,3 %, esta aumentó ligeramente a 13,4 % en 1995, lo que representó el 1,9 % de la mortalidad total. El incremento coincide con el empeoramiento de la situación económica en Cuba.

Las tasas de morbilidad por enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades de transmisión sexual, síndromes infecciosos neurológicos y tuberculosis (5,1 por 100 000 habitantes en 1994 y 14,1 en 1995) y leptospirosis (25,8 por 100 000 habitantes en 1994, un año epidémico), entre otras, han aumentado en los últimos años. Los brotes epidémicos de conjuntivitis hemorrágica, leptospirosis, pediculosis, sarna, varicela y otras enfermedades contagiosas, mantienen a Cuba en alerta frente a las enfermedades transmisibles. Sus patrones de transmisión están vinculados a condiciones ambientales y a las condiciones generadas por problemas económicos que favorecen la aparición y reaparición de estas enfermedades. Las enfermedades prevenibles mediante inmunización, tales como la poliomielitis, la difteria, la tos ferina, el sarampión, el tétanos neonatal y la meningoencefalitis meningocócica están controladas o han sido virtualmente erradicadas en Cuba.

La mortalidad infantil ha continuado decreciendo a pesar de las adversas condiciones económicas. Solo en 1994 la tasa fue mayor que en los años anteriores. Se incrementó de 9,4 por 1 000 nacidos vivos en 1993 a 9,9 en 1994. En 1995, la tasa fue nuevamente de 9,4 y en 1996 fue de 7,9 -la más baja en la historia. La tasa de mortalidad para niños menores de cinco años mostró una tendencia descendente estable desde 1980, cayó de 13,6 por 1 000 nacidos vivos en 1989 a 12,2 en 1993 (la menor en la historia, como en el caso de la mortalidad infantil); después de un ligero incremento en 1994 a 12,8 la tasa decreció otra vez en 1995 a 12,5 por 1 000. En 1996, esta tasa alcanzó 10,6 -nuevamente, el valor más bajo en la historia. De manera similar, la mortalidad materna directa se elevó de 2,7 por 10 000 nacidos vivos en 1993 a 4,2 en 1994, descen-

dió de nuevo en 1995 a 3,3 y en 1996 fue de 2,4 por 10 000. El índice de bajo peso al nacer también aumentó después de 1989, de 7,3 % ese año a 9 % en 1994, cayó nuevamente en 1995 a 7,9 % y a 7,3 % en 1996.

De esta forma se observa un retorno a las tendencias favorables de los años anteriores a las crisis -relacionadas con la permanente voluntad política de dar prioridad social a estos grupos poblacionales, incluidos las acciones en el sector de la salud. Por ejemplo, desde 1986 más de 90 % de los niños cubanos han nacidos en instituciones de atención médica. A pesar de los adversos factores económicos, los recursos para el Programa Materno Infantil se han elevado y la protección económica y social de las embarazos no ha sido afectada por la crisis.^{39,40}

Los efectos dañinos de la crisis son más evidentes en los servicios de salud. Los ingresos hospitalarios decayeron de 15,2 por 100 habitantes a 12,8 en 1994, y aumentó a 13,1 en 1995. Los procedimientos quirúrgicos (tabla 2.5) disminuyeron a 45,1 % entre 1990 y 1993. En 1995 cuando se registró un cierto grado de recuperación, el 50,3 % de las cirugías fueron urgentes.

Tabla 2.5. Procedimientos quirúrgicos. Cuba 1990-1995

Año	Cantidad
1990	888,790
1991	706,849
1992	608,106
1993	486,067
1994	512,181
1995	598,329

Fuente: Referencia 41.

El uso de equipos diagnósticos se afectó también a causa de la depresión, entre 1991 y 1994 hubo una reducción relativa de 117 % en las pruebas de laboratorio, de 60 % en los exámenes radiológicos y de 23 % en los estudios microbiológicos (tabla 2.6).

Tabla 2.6. Pruebas diagnósticas por tipo. Cuba, 1991 y 1994

Pruebas	1991	1994	1991 /1994 %
Laboratorio	52 340,824	43 574,934	83,2
Rayo X	3 752,750	1 530,168	48,8
Negativas	4 866,186	1 800,597	37,0
Microbiología	5 855,871	4 505,748	76,9

Fuente: Referencia 41.

Los servicios estomatológicos descendieron de 2 649 consultas por dentistas en 1987 a 1 622 en 1994, el número de tratamientos terminados se redujo de alrededor de 1,1 millón en 1987 a casi 459 mil en 1994. Durante estos mismos años, la aplicación dental de fluoruro cayó de casi más del 1 millón a cerca de 669 mil. Estas reducciones están estrechamente relacionadas con la disponibilidad de recursos financieros para las importaciones, las que entre 1989 y 1994 descendieron de \$5,78 millones a alrededor de \$1,34 millones.

Todas estas reducciones en los servicios de salud son el resultado de una falta de suministros, de instrumental, medicamentos, anestésicos y financiamientos y de la rotura de equipos tales como las unidades de aire acondicionado. Las consecuencias negativas para la población han sido contrarrestadas mediante la cobertura universal y la accesibilidad de los servicios de salud en Cuba. Esto resulta especialmente evidente en la atención primaria, donde el modelo de medicina familiar comunitaria ha permitido la organización de ingresos domiciliarios y de cirugía ambulatoria. En 1995, se emplearon 25 055 médicos en la atención primaria de la salud.

Referencias

1. Partido Comunista de Cuba. El trabajo del Partido en la actual coyuntura. Material de estudio para las organizaciones de base del Partido y la UJC. septiembre 1995 .
2. Comité Estatal de Estadísticas de Cuba. Anuario Estadístico de Cuba 1989. La Habana: Comité;1991.
3. Oficina Nacional de Estadística de Cuba. La Economía cubana en 1994. La Habana: ONE;1995.
4. Rodríguez JL. Informe de la Asamblea Nacional del Poder Popular sobre el plan económico y social para 1996. Granma. 27 de diciembre 1995:4-5.
5. ————. Informe sobre los resultados económico de 1996 y el plan económico y social para 1997. Granma. 26 de diciembre 1996:4-5.
6. Romero A. La reinserción de Cuba en la economía mundial contemporánea. Boletín ICE Económico. 1994;(2433):3019-26.
7. Junta Central de Planificación de Cuba. Anuario Estadístico de Cuba 1972, Capítulo III. Tabla 1. La Habana: Junta Central de Planificación de Cuba; (s/f).
8. Trilles I, Guerra G, Everleny O. Cuba. Ventaja para la Inversión. 3ra ed. La Habana: Comunicaciones ADAR;1993.
9. Mesa-Lago C. Evaluación y perspectiva de la reforma económica cubana en Cuba. En: Hoffman B, editor. Apertura y Reforma Económica. Perfil de un Debate. Caracas: Nueva Sociedad;1995.p.59-89.
10. Garcell H. ¿Puede el turismo ayudar al desarrollo económico de Cuba? Boletín ICE Económico. 1994;(2433):3039-44.
11. Banco Nacional de Cuba. Informe Económico 1995. Capítulo 3. La Habana,1996.
12. Fernández de Bulnes C. Contenido tecnológico y competitividad: elementos para la reconversión de la industria. Boletín ICE Económico. 1994; (2433):3017-34.

13. Government of Cuba. Cuban National Report. World Summit for Social Development, Copenhagen;1995.
14. Por el camino correcto. Compilación de textos de Fidel Castro. La Habana: Editora Política;1998.
15. Trueba G. Cuba: una potencia caribeña en transición. Boletín Visión-USA. La Habana: Universidad de La Habana;1993(2);2-14. Boletín del Centro de Estudios sobre Estados Unidos de la Universidad de La Habana.
16. Martínez A. Agresiones económicas del imperialismo yanqui contra Cuba. En: Agresiones de Estados Unidos a Cuba revolucionaria. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1989.
17. Aguilar A. Relaciones Cuba-Estados Unidos: Actualidad y Perspectivas en la Esfera Económica. La Habana: Instituto Nacional de Investigaciones Económicas;1995.
18. Fact sheet on President's decisions on Cuba. Press and Cultural Affairs Office. U.S. Interest Section, La Habana, October 13 de 1995 [unclassified].
19. Ferriol A. Situación Actual en el Ajuste Económico. La Habana: Instituto Nacional de Investigaciones Económicas;1995.
20. Lage C. Intervención en la conferencia "La Nación y la Inmigración". Abril 1994. (s/f). Boletín ICE Económico. 1994 (22433):3003-11. [mimeógrafo].
21. La economía. Países del ICE 18:9-34 (s/f).
22. Rodríguez JL. El desarrollo alcanzado en los años de la Revolución. Síntesis 15, 1991. (s/f). Boletín ICE Económico.1994; (22433):3003-11.
23. Pérez J. Implicaciones para Cuba de las reformas de la REI de URSS y países del Este. Síntesis 15, 1991. (s/f). Boletín ICE Económico. 1994; (22433):3003-11.
24. Zimbalist A. La economía cubana al comienzo del cuarto decenio. Trimestre Económico 224, 1989. (s/f). Boletín ICE Económico.1994; (22433):3003-11.
25. Carranza J, Gutiérrez I, Montreal P. Cuba: La Reestructuración de la Economía. Capítulo 1. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1995.
26. CEPAL. Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1995. Chile: Naciones Unidas;1995.
27. Ministerio de Finanzas y Precios de Cuba. Liquidación del Presupuesto del Estado para 1989. La Habana: Ministerio;1990.
28. _____. Presupuesto del Estado. Anteproyecto 1996. La Habana: Ministerio;1995.
29. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Balance de Trabajo, año. La Habana: MINSAP;1994.
30. Lage C. Entrevista realizada por S. Lee. Granma. 25 de enero de 1995: 4-5.
31. _____. Conferencia de prensa. Granma. 25 de julio de 1996:3-5.
32. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano, Tabla 13. México: Fondo de Cultura Económica, S.A de C.V;1994.
33. Gobierno de Cuba. Plan Nacional de Acción para la Nutrición. P.6. La Habana,1994.
34. Banco Nacional de Cuba. Informe Económico 1994. Anexo 4. La Habana;1995.
35. Ministerio de Finanzas y Precios. Informe de Liquidación del Presupuesto 1985. La Habana: Ministerio;1986.
36. _____. Informe de Liquidación del Presupuesto 1990. La Habana: Ministerio;1991.
37. _____. Informe de Liquidación del Presupuesto 1994. La Habana: Ministerio;1995.
38. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico 1995. La Habana: MINSAP;1996.
39. Suárez J. Situación de salud en Cuba 1990-1995. Document presented at the Meeting on Country Basic Data and Profile. Washington, D.C., julio de 1996.
40. Dotres C. Entrevista realizada por de la Osa JA. Granma. 2 de enero 1997:3.
41. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Informe Estadístico ad hoc. La Habana: MINSAP;1996.

Parte III

REVOLUCIÓN SOCIAL Y REFORMA SANITARIA: CUBA EN LA DÉCADA DE LOS 60*

Introducción

La transformación ocurrida en la situación de salud y sus tendencias en la década de los años 90, condicionada por las transiciones demográfica y epidemiológica, la necesaria respuesta a este cambio centrada en la transformación de los servicios de salud, la comprensión reciente de la naturaleza social de la producción de salud y del rol económico de los servicios, la explosión de innovaciones tecnológicas en el campo de la atención y prevención de enfermedades y el aumento exponencial en el costo de los servicios de salud; son los hechos principales que han traído al debate teórico y al campo de aplicación en la práctica el tema de la reforma sanitaria.¹⁻⁴

Este debate y quehacer alcanza escala mundial, como una expresión más de la globalización, con énfasis particular en Las Américas, donde la corriente político-económica de pensamiento neoliberal impulsa reformas que se vienen gestando y aplicando desde la década de los 80 y donde predominan las políticas de privatización como aspectos relevantes de las reformas propuestas o en marcha.⁵⁻⁷

Los movimientos de reforma en el sector de la salud, sin embargo, no son un fenómeno exclusivo de la época, sino que se remonta a décadas anteriores. Tal vez no fueron reformas de igual sentido y dirección o a escala internacional tan amplias como las actuales donde se confronta a diario la globalización neoliberal acelerada, pero los modelos que han sido llamados de Bismark, Semaschko y Beveridge alcanzaron a tener expresión fuera de su país de origen, incluyendo el continente americano.⁸

Este tema, que para los años 90 toma un vigoroso impulso, tiene una nueva expresión y responde a prácticas macroeconómicas, sin embargo,

* Reproducido de la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud;2000.

Proyecto financiado en 1996 por el Programa de Subvenciones para la Investigación, Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS/OMS, del Concurso Regional de Investigación sobre "Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe."

Nota: Son autores de este tema los doctores Francisco Rojas Ochoa y Elena López Serrano[†].

los procesos de reforma emergen en distintos momentos, determinadas por el agotamiento de los modelos o los nuevos retos epidemiológicos, tecnológicos y organizativos. Así en Canadá, donde el sistema de salud es de cobertura universal, la provisión de servicios es principalmente privada (entidades no gubernamentales no lucrativas), pero el financiamiento es principalmente público, lo que asegura la equidad en relación con las posibilidades económicas del contribuyente. Durante la década de los 80' el sistema se vio presionado por la necesidad de controlar los costos ascendentes. La reforma se inició en esos años, contempló la prestación de servicios con base comunitaria, y el desarrollo de enfoques promocionales y preventivos como alternativa a los predominantes servicios curativos. La reforma canadiense reconoce la limitada efectividad de las fuerzas del mercado como regulador y desecha políticas tales como la promoción de mercados regulados, competencia administrada o mercados internos en salud.^{9,10}

En Argentina el énfasis del proceso de cambio orientado desde el Estado se ha puesto sobre la desregulación de las entidades financieras, dejando en penumbra la relación entre financiadores y proveedores directos que constituye la esfera donde se han producido los cambios más significativos y el debate se ha conformado en términos fuertemente ideologizados, contraponiendo estado a mercado, solidaridad a responsabilidad individual, interés público a interés privado.¹¹

En Venezuela las razones de la reforma se identifican como perfil epidemiológico complejo y heterogéneo que ejerce una gran presión y demanda sobre todos los niveles de la red sanitaria; el sistema de servicios de salud se caracteriza por desintegración e incoherencia y por su baja equidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia, así como su limitada capacidad resolutoria frente al perfil epidemiológico existente; baja sustentabilidad de los servicios públicos de salud tanto desde el punto de vista de su legitimidad como de su financiamiento, un Ministerio de Salud con capacidad de rectoría comprometida, lo que limita su rol en la definición de políticas de conducción, coordinación y regulación del sector. Para resolver esta situación se proponen como objetivos de la reforma: mejorar la calidad de la salud, conservar la coherencia e integración del sistema sanitario, elevar los niveles de equidad, eficacia y eficiencia de la gestión.¹²

Estos ejemplos demuestran las muy diferentes raíces y orientaciones de las reformas, cada una emergerá en su realidad histórica específica.

En este contexto la reforma ocurrida en Cuba en la década de los 60, consecuencia de un movimiento político revolucionario y de cambios profundos en la estructura y naturaleza de la formación económico social, que se transformó cualitativamente, y que fueron los determinantes

y rectores de la reforma, primero del Estado y luego del sector de la salud, debe ser estudiada procurando encontrar elementos relevantes para el debate actual, en especial porque esta reforma siguió una dirección opuesta a la que hoy se propone en casi todos los países. Fue una reforma de perfil socialista, centrada en el propósito de resolver los problemas de salud de la población a partir de la creación de un sistema de salud nacional único, estatal, de cobertura completa y acceso pleno para la población en condiciones de equidad.¹³⁻¹⁷

El lapso que abarca esta investigación concierne a un período de transición, del capitalismo dependiente a la construcción socialista, períodos que suelen ofrecer una visión particularmente cristalina sobre las prioridades, las reglas y las fuerzas que caracterizan la sociedad.¹⁸

A partir de los años 60, Cuba construye su modelo sanitario, sienta sus bases y define sus políticas a corto, mediano y largo plazo, que han llevado a que el modelo, por las propias contradicciones en su aplicación y los cambios generados en su interrelación con la macroeconomía y las relaciones con el mundo, se mantenga sin abandonar ni modificar sus principios, pero efectúe reformas en décadas posteriores, estableciendo diferencias sustantivas con las reformas que decursan en América Latina.

Los estudios que se conocen sobre esta reforma sanitaria son escasos en número, limitados en su alcance y salvo excepciones, descriptivos.¹⁹⁻²⁶

Son objetivos de este trabajo:

1. Describir el contexto político, económico y social de las transformaciones de la sociedad y el Estado cubano en la década de los 60, y la reforma sanitaria que ocurrió en ese contexto.
2. Explicar la naturaleza de esta reforma y analizar sus aspectos relevantes.
3. Analizar la reforma en el marco de lo que ocurría en el campo internacional.
4. Evaluar los resultados de la reforma en un horizonte temporal de 20 años.

Para el marco conceptual es necesario precisar que se entiende en este trabajo como reforma sanitaria. Se escogió esta definición:

La reforma sectorial en salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan.²⁷

No obstante los escasos estudios sobre el tema, esto no indica que no se tratara el asunto, o que se desconociera el debate contemporáneo al respecto.²⁸⁻⁴⁴

Los numerosos textos citados, salvo los de autores cubanos, sobre todo en años recientes, enfocan el tema desde la órbita de la discusión planteada en torno a la ofensiva neoliberal para la reforma del Estado y de reformas del sector de la salud, con la privatización como palabra de orden. Esta no es la situación de la época que este estudio abarca; la reforma cubana revolucionaria marchó en otra dirección, creando un Sistema Nacional de Salud, único, estatal, donde desapareció la propiedad privada sobre las unidades de servicios de salud, que devinieron gratuitos para el pueblo. En esta reforma, la concepción marxista de la salud social presidió el proceso.

Según Huertas y Maestro,⁴⁵ esto lleva implícito tres principios fundamentales:

1. La transformación de las relaciones sociales que condicionan una estructura y funcionamiento de la sociedad de naturaleza patogénica, o en el mejor de los casos limitadora del desarrollo de la vitalidad humana, en una forma de organización social basada en relaciones de cooperación y dirigida a satisfacer las necesidades humanas.
2. La reorientación de los sistemas tradicionales de Salud Pública, basados en la práctica curativa, en el sentido de una Salud Pública de esencia profiláctica.
3. El vínculo indisoluble entre el Servicio Nacional de Salud y la participación activa del colectivo y del individuo en el mejoramiento de la salud.

Este estudio aborda el problema en un período de profundas transformaciones de la sociedad, más allá de la reforma del sector de la salud donde simultáneamente ocurren transformaciones en la situación de salud de la población con la primera fase de la llamada transición epidemiológica.⁴⁶

La fuente de la reforma la constituyen los cambios trascendentales que ocurrieron en la sociedad cubana, donde un movimiento revolucionario logró derrotar una dictadura militar de derecha fuertemente represiva. A la victoria sobre la dictadura el movimiento revolucionario se radicalizó y tras un breve período de transición se transformó en revolución socialista. El período de transición de una formación económico social capitalista dependiente, al inicio de la construcción de una formación socialista transcurrió entre enero de 1959 y octubre de 1960.⁴⁷

Es en este momento que se producen las nacionalizaciones de la banca norteamericana y de toda la industria nacional de más de 25 trabajadores. Comenzó en este período la nacionalización de la importación,

producción y comercialización de medicamentos, primeros pasos en la nacionalización de propiedades y servicios de salud que se inscriben en la reforma del sector.

Este proceso revolucionario de transformación del modelo socioeconómico es la razón primera de la reforma. A esta se añadiría de inmediato el proceso de reordenamiento y ajuste a la situación revolucionaria de las estructuras del Estado y el Gobierno.

En relación directa con la salud humana fueron determinantes de la reforma: la situación derivada de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos y sus retos; la existencia de iniquidades en las condiciones de salud y acceso a los servicios (conocidos por los más relevantes líderes del movimiento revolucionario sobre todo por su experiencia guerrillera en las montañas); el enfrentamiento por el nuevo gobierno a la insuficiente asignación de recursos e ineficiente gestión de los servicios estatales de salud, tanto en lo preventivo como asistencial; y el fuerte reclamo popular impulsado por la victoria revolucionaria.⁴⁸

Metodología

El universo que abarca el estudio es el sector de la salud de la República de Cuba a escala nacional, en el período que comprende la década de los 60, con obligada referencia a años previos cercanos y un horizonte temporal de 20 años posteriores a la reforma en cuanto a resultados para la situación de salud y otras consecuencias derivadas de esta reforma.

Las principales fuentes primarias documentales utilizados fueron: la Gaceta Oficial de la República (1959-1969); los Decretos y Resoluciones del Ministro de Salud Pública (1959-1969); los discursos del Jefe de Estado y Gobierno y de Ministros que tratan sobre el tema; la documentación del archivo del Historiador del Ministerio de Salud Pública y del Departamento de Historia de la Facultad de Salud Pública; las actas y otros documentos del Colegio Médico Nacional (1956-1966); documentos del archivo personal del investigador principal, y actas de reuniones internacionales convocadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a las que concurrió representación cubana en el período que comprende el estudio.

Las principales fuentes secundarias documentales empleadas fueron revistas especializadas nacionales, publicaciones del Ministerio de Salud Pública, tesis de especialización y libros.

Además se recurrió a fuentes vivas realizando entrevistas en profundidad a actores de la reforma que tuvieron una alta responsabilidad en su concepción y ejecución. Siempre que fue autorizado se grabaron estas

entrevistas, para su análisis más detallado. Se utilizó también la técnica del grupo nominal, con el propósito de ampliar y consolidar la información obtenida a título individual.^{49,50}

No obstante, las advertencias de Hobsbawn sobre el valor limitado de la entrevista, la constatación de lo referido en ellas con fuentes documentales hizo valioso este componente de la investigación.⁵¹

El investigador principal fue igualmente actor en el proceso de reforma, recorriendo en el período que se estudia cargos desde médico rural (recién egresado), hasta director en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Esto puede interpretarse como positivo, porque conoce el proceso desde dentro, fue un observador participante, o en sentido negativo, por los prejuicios que puede arrastrar de sus vivencias. Es un riesgo de la investigación.

Siguiendo a Sigerist, Pérez de la Riva y Hobsbawn, se explora la posición social y opiniones de los supuestos beneficiarios de las reformas (el pueblo) y de los actores periféricos de la misma (los trabajadores de la salud).⁵²⁻⁵⁴

La selección de expertos para el grupo al que se aplicó la entrevista en profundidad la hizo el investigador principal. La técnica fundamental empleada para el tratamiento de la información fue el análisis de contenido.

Resultados

El período que abarca este estudio se inserta en uno algo más extenso que a escala mundial está comprendido entre las explosiones atómicas que precipitaron el fin de la II Guerra Mundial (1945) y la desaparición de la Unión Soviética (1991).

Este período, llamado de la “guerra fría”, no es nada homogéneo, estuvo presidido por el enfrentamiento de las dos mayores potencias militares surgidas de la II Guerra Mundial. Varias generaciones crecieron bajo la amenaza de un conflicto a dirimir con armas atómicas. No llegó a suceder, pero durante 40 años fue una posibilidad cotidiana.⁵⁴

En este contexto varios hechos influyeron en lo que ocurrió en Cuba en los años 60: la consolidación del “campo socialista”, la descolonización, el triunfo de la revolución en China; el inicio de movimientos guerrilleros y otras formas de lucha para acceder a la independencia o cambio de régimen político-económico, la proliferación de dictaduras militares de derecha en especial en América Latina, en Europa las revueltas estudiantiles.

En el “tercer mundo” se produjo la explosión demográfica; el inicio del desarrollo acelerado del urbanismo malsano, la entronización de la

corrupción administrativa, la progresión del narcotráfico, y en el “primer mundo” el auge económico y la introducción acelerada de nuevas tecnologías, caracterizaron también este período.

En Cuba lo político era marcado por la instauración de una dictadura militar en 1952, que puso fin a un período breve de democracia representativa donde lo más característico fue la corrupción y cierto auge de lucha entre organizaciones armadas civiles. La dictadura, apoyada por las administraciones de EE.UU., era de naturaleza en extremo represiva, defensora de los intereses de la oligarquía nacional y del capital extranjero, casi todo norteamericano.

Contra este régimen se hizo el movimiento revolucionario que tomó el poder en enero de 1959, cuando se podía resumir la situación del país en los siguientes términos:

1. Dependencia política y económica de los EE.UU. que controlaban la industria exportadora principal (con el 25 % de las mejores tierras agrícolas), energía eléctrica, teléfonos, combustibles, la parte más importante de los bancos, el transporte marítimo y la minería, entre las actividades económicas relevantes.
2. Estructura económica predominantemente agrícola, monoprodutora (caña de azúcar) de tipo extensiva, de latifundio.
3. Desempleo y subempleo permanentes y masivos, de hasta el 25 % de la fuerza de trabajo.
4. Economía abierta, donde de 25 a 28 centavos de peso de producción correspondían a importaciones obligadas, una concentración geográfica de exportaciones (60 %) e importaciones (75 %) en el mercado de EE.UU.

Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola monoexportador y por tanto dependiente.⁵⁵

En este contexto caracterizó a la reforma la adopción de la concepción ideológica marxista en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública.

Por esto existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial. En consecuencia se adoptaron los principios de la salud pública socialista, tal como eran enunciados en los países de Europa del Este. A estos principios Cuba añadió el del internacionalismo, como forma solidaria de dar y recibir ayuda para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos.⁵⁶

Otras características importantes fueron la adopción de lo que se llamó “estilo revolucionario de trabajo”, carente de burocratismo, que dio gran rapidez al proceso de reforma, que condujo a logros tempranos aun pecando de inmadurez y en ocasiones con bases técnicas débiles. También fue importante la incorporación inmediata de la participación po-

pular como elemento dinamizador de la reforma. Se concibió un sistema de salud integral que incluía lo concerniente a la industria médico farmacéutica (importación, producción y distribución de fármacos, equipos y otros insumos para el sector), así como del sistema de formación de recursos humanos de nivel medio y años después de los de nivel superior.

El cuadro 3.1 se muestra los principios de la salud pública socialista.

Cuadro 3.1. Principios de la salud pública socialista

1. La salud es un derecho de la población.
2. La salud de la población es responsabilidad del Estado.
3. Los servicios de salud alcanzan a toda la población por igual.
4. Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica.
5. Las acciones en salud tendrán una orientación preventiva.
6. La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
7. *La solidaridad internacional será práctica de los servicios de salud.*

Todo lo anterior estuvo presidido por la principal característica de la salud pública cubana a partir de 1959: *la voluntad política* de transformar la crítica situación encontrada y todo lo que atente contra la salud de la población, que toma su expresión más concreta y visible en la atención personal que el Jefe de Estado y Gobierno ha dedicado al sector de la salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentes en este campo.

Cronológicamente la primera acción en torno a la gestión en los servicios de salud fue la *erradicación de la corrupción*, que en la historia de la administración pública es asunto de larga evolución, desde la colonia, acentuada durante el Gobierno Interventor de EE.UU., mantenida en los años de república burguesa, exacerbada durante la tiranía batistiana, 1952-1958.⁵⁷⁻⁶¹

También fue realizada en los primeros meses del nuevo gobierno la depuración política de los funcionarios comprometidos con la tiranía, que por demás eran los más corruptos.^{62,63}

Otro proceso de temprana ejecución fue el *desarrollo de los recursos humanos* para el sector, tarea que asumió el Ministerio de Salud Pública respecto a la formación de técnicos medios (paramédicos) y la educación de posgrado de médicos y estomatólogos, para lo que se adoptó como estrategia principal el régimen de residencia para especialización. Estimulado por el éxodo de profesionales auspiciados por los opositores del nuevo gobierno se dio fuerte apoyo a las universidades para el desarrollo de la educación de pregrado. Esto fue particularmente destacado

en cuanto a formación de médicos, por lo que se alcanzó a elevar la matrícula de modo notable en la única escuela que existía a inicios de la década y después se crearon dos nuevas en el este y centro del país (1962 y 1966 respectivamente).^{64,65}

La reforma adoptó desde su inicio la *planificación* como instrumento básico de trabajo. Primero creando una comisión encargada de proponer planes de acción frente a problemas específicos y poco tiempo después mediante la organización de una unidad de planificación, con el rango de dirección, subordinada al viceministro a cargo del área económica del Ministerio de Salud Pública. Ya en 1963 se propusieron como parte del plan elaborado las Metas Generales para la realización del Plan de Salud Pública de 1962 a 1965.⁶⁶⁻⁶⁹

Antes, en 1961 se había elaborado e implantado el Manual de Normas y Procedimientos Administrativos, que incluyó el Sistema de Contabilidad Interna. Este proceso tendrá más alcance, profundidad y estabilidad en 1968, con la adopción de las Normas de Organización y Administración y la aprobación del Plan Metas y Directrices 68/70.⁷⁰⁻⁷²

A lo largo del período se dedicó particular atención al *desarrollo de la estadística* para el sector: se dio inicio a la formación de técnicos medios de esta disciplina en escuelas propias del ministerio (1961), se formaron profesionales especializados en el extranjero, se dio rango de dirección subordinada al Ministro a la unidad rectora de esta actividad, se implantaron normas de organización, funciones, métodos y procedimientos para los departamentos de estadística (1964), se incluyó una asignatura en el plan de estudios de la carrera de medicina y se realizó una auditoria internacional que encontró en 1974, que el sistema de información estadística del sector salud de Cuba era completo en cobertura y confiable en calidad.^{73,74}

La mayor realización en lo relativo al perfeccionamiento de la gestión fue la *creación del Sistema Nacional de Salud (SNS)*, que toma forma inicial con la ley de Salud Pública de 1961 y termina al final del período con la extinción del mutualismo en 1970. Este es el resultado más trascendente de la reforma: la creación de un sistema de salud, unificado, centralmente planificado y dirigido, descentralizado en su gestión, de cobertura global amplia, altamente eficaz, con participación social satisfactoria, económicamente sustentable y abierto a su perfeccionamiento constante.⁷⁵⁻⁷⁸

En una fase inicial la nueva administración mantuvo la fuerte centralización que caracterizaba la gestión de los servicios de salud pública antes de 1959. Después de un periodo en que se concentran en el MINSAP las entidades estatales autónomas que eran muy numerosas, se percibe la necesidad de hacer más fluido el proceso de gestión de una

organización que había crecido mucho y muy rápidamente. Se dio así paso a la *descentralización* de la administración, con la creación de las Direcciones Regionales de Salud Pública (después Provinciales) en 1960-1961 y los distritos sanitarios (después Direcciones Regionales) en 1962 que asumieron la totalidad de la gestión en su ámbito territorial.^{79,80}

El carácter *intersectorial* de la reforma se manifiesta por las decisiones que se tomaron alrededor de la construcción del SNS, entre otras:

1. Estrecha coordinación y participación del Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA) en el establecimiento y desarrollo del Servicio Médico Social Rural (1960), con apoyo material para la instalación de los consultorios médicos y construcción de hospitales rurales.⁸¹
2. Creación de un organismo autónomo para regir lo relativo al suministro de agua potable y alcantarillado que en parte regía el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.⁸²
3. Traslado a los municipios de la actividad de recogida y disposición de residuales sólidos desde 1962, por lo que la supervisión de este servicio quedó a cargo del Ministerio de Salud Pública.⁸³
4. Coordinación, hasta la integración en el MINSAP, de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Bienestar Social (Agentes Comunales rurales, hogares de ancianos...).
5. Incorporación al MINSAP y ulterior desarrollo de los servicios médicos de la industria azucarera (1962).
6. Apoyo multisectorial a las campañas de vacunación desde 1962 (polio, triple...).
7. Política de empleo que permitió reducir el número de desocupados permanentes de 700 mil a 376 mil entre 1958 y 1960 y 215 mil en 1962.⁸⁴
8. El acceso a otros servicios sociales básicos como la seguridad y asistencia social, que influyen muy directamente sobre la salud, se vio asegurado e impulsado. Las leyes 351 y 677 de 1959 ampliaron notablemente la cobertura de la seguridad social. Esto se consolida con la ley 1100 de Seguridad Social de 1963, de aplicación a todos los trabajadores en régimen no contributivo, o sea a cargo del Estado y la integración en un solo cuerpo legal e institucional de la seguridad social.⁸⁵
9. Se organizan y entran en función las comisiones de salud del pueblo que reúne los esfuerzos de los ministerios y las organizaciones de masa (sindicatos, asociación de mujeres, de campesinos...); es el punto más alto de convergencia para acciones intersectoriales en salud, y a la vez motor impulsor de la participación social.⁸⁶

Los hechos que demuestran el desarrollo de la participación social en relación con la reforma del sector se encuentran en:

1. Formación de personal para el desarrollo de determinadas acciones de salud en el seno de su comunidad, como las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), y los auxiliares voluntarios en la vigilancia epidemiológica para la erradicación del paludismo.⁸⁷
2. Definición de funciones específicas, como “responsable de salud” en los sindicatos, Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y FMC.
3. Realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación, promoción de diagnóstico precoz, convocadas por los citados “responsables.”
4. Educación y toma de conciencia de la población en relación con las causas y soluciones de los principales problemas (diarreas agudas, parasitismo, cuidados a embarazadas y recién nacidos).
5. Promoción y participación en las campañas y programas para donación voluntaria de sangre.

En el cuadro 3.2 se muestra los principales resultados de la reforma revolucionaria, 1959-1969.

Cuadro 3.2. Principales resultados de la reforma revolucionaria, 1959-1969

<ol style="list-style-type: none">1. Correspondencia entre concepción ideológica y reforma sectorial.2. Correspondencia entre modelo económico y reforma sectorial.3. Voluntad política.4. Cese de la corrupción.5. Desarrollo de recursos humanos.6. Desarrollo de la estadística.7. Desarrollo de la planificación.8. Creación del Sistema Nacional de Salud.9. Descentralización administrativa.10. Práctica de la intersectorialidad.11. Participación social.12. Logro de alta equidad.13. Mejoría en la eficiencia de los servicios.14. Prioridad al desarrollo de la atención primaria.15. Reducciones notables en morbilidad y mortalidad.16. Consolidación de las bases científicas del sistema.17. Sostenibilidad de la reforma.18. Respaldo popular a la reforma.

Es también participación social el papel de los médicos progresistas, en su organización gremial o en otras en las que actuaron respaldando las decisiones que conformaban la reforma, oponiéndose a las posiciones conservadoras y economicistas de grupos minoritarios. Fue de gran importancia que estos médicos revolucionarios y progresistas, no necesariamente marxistas, ganaran la dirección del gremio médico en sus elecciones de 1959, y alinearan el gremio (Colegio Médico Nacional) al lado de movimiento político que impulsaba la reforma.^{88,89}

El objetivo central de toda reforma es la *equidad*, entendida como igualdad de oportunidades en el acceso y uso pleno de los servicios de salud. Son hechos que prueban el rápido alcance de equidad en la reforma:

1. La extensión de cobertura, en especial con la creación del Servicio Médico Social Rural (1960), que llevó asistencia a zonas que no la habían tenido nunca y que al final del período comprendía decenas de consultorios y hospitales rurales, dotados de personal médico, estomatólogos, enfermeras y técnicos paramédicos según necesidades.⁹⁰
2. Las camas de hospitales modificaron su índice por 1 000 habitantes de 4,3 en 1958 a 4,6 en 1973. La casi totalidad de las nuevas camas se instalaron fuera de la capital del país. De 1958 a 1968 el aumento fue de 28 536 a 41 019 camas. La Habana contaba con el 61,7 % de las camas instaladas en el país en 1958, lo que se redujo en 1973 a 44,4 %.⁹¹
3. Establecimiento de gratuidad de los servicios médicos (1.VI.60).⁹²
4. Rebaja del precio de las medicinas y nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados.^{93,94}
5. Eliminación de todo obstáculo legal para acceder a cualquier tipo de servicio.
6. Incremento acelerado de la formación de personal calificado, para cubrir la demanda del momento y necesidades perspectivas.^{64,95-97}
7. Inicio de un cambio en el enfoque curativo de la atención médica, reforzando actividades preventivas. Se crearon siete centros provinciales de higiene y epidemiología en 1961.⁹⁸
8. Desarrollo exitoso de la campaña de alfabetización y del seguimiento de la alfabetización con la campaña por el 6to. grado.^{99,100}
9. El desempleo que afectaba a la población se fue transformando paulatinamente en una situación de virtual pleno empleo (tabla 3.1).

Tabla 3.1. Porcentaje de población económicamente activa desempleada, años seleccionados

Año	%
1958	12,5
1960	11,8
1962	9,0
1970	1,3

Fuente: Ob. cit. 55:62.

10. Respecto al trabajo femenino, mientras en 1958 estaban ocupadas 194 000 mujeres (el 70 % en labores domésticas) en 1975 la cifra era de 674 000. La tasa promedio anual de crecimiento ocupacional fue para el lapso 1960-1965 de 11,2 % para mujeres y de 1,2 % para hombres; en 1965-1970 de 7,1 % para mujeres y 2,3 % para hombres.¹⁰¹
11. Progresivamente las mujeres han llegado a ocupar la proporción mayor de puestos profesionales y técnicos, en especial en los sectores educación y salud.
12. Durante los dos primeros años del periodo de la reforma se desarrolló una política tendente a elevar los ingresos, mediante la disminución de los gastos de las capas económicamente más débiles de la población. Se destacó en primer término la Reforma Agraria, que liberó del pago de rentas al 85 % de los campesinos; elevó su poder de compras y aumentó la ocupación en la agricultura en 208 000 puestos, lo que produjo una redistribución de ingresos (clave de la equidad) entre 250 y 300 millones de pesos anuales (pesos de 1960, país de menos de 7 millones de habitantes).¹⁰²
13. Otras medidas de similares resultados fueron la Ley 122/59 que rebajó las tarifas telefónicas, la 125/59 rebajó los alquileres de vivienda entre 30 y 50 %, la 502/59 rebajó las tarifas eléctricas y varias resoluciones y disposiciones ya citadas para la reducción del precio de las medicinas. Todo lo anterior produjo una importante reducción del costo de la vida.¹⁰²⁻¹⁰⁵
14. El salario de los trabajadores se elevó entre 30 y 40 % de 1958 a 1960.
15. Entre 1962 y el final de la década se aplicó un sistema de racionamiento que hizo absolutamente equitativa la distribución de alimentos, ropa, calzado y bienes de consumo duradero, cuya demanda había aumentado como consecuencia de la elevación del poder adquisitivo de la población, lo que ocasionó aguda escasez, acentuada por la ruptura de los lazos comerciales tradicionales y la imposibilidad de elevar la producción nacional de los renglones mencionados.^{106,107}

16. La creación del Banco de Seguros Sociales (ley 351/59), que agrupó 54 cajas de retiros de trabajadores del sector privado; la Ley 677/59 que creó el seguro para trabajadores por cuenta ajena y finalmente la Ley 1100/63 de Seguridad Social que define su aplicación a todos los trabajadores, en un régimen de carácter no contributivo, asumiendo el Estado para sí esta responsabilidad. Así se consagraba la equidad en materia de seguridad social, incluido lo pertinente a salud.¹⁰⁸⁻¹¹⁰

Las decisiones tomadas en busca de mejorar la eficiencia de los servicios incluyeron:

1. Priorizar desde el inicio de la reforma el desarrollo de la atención primaria como estrategia del sistema.¹¹¹
2. Adoptar la planificación como elemento conductor del desarrollo de los servicios de salud. Por ley de marzo de 1960 se creó la Junta Central de Planificación.^{69,112}
3. Dotar de presupuesto a todas las unidades del sistema y hacerlos cumplir.
4. Establecer normas de organización y procedimientos, incluidas las normas técnicas de especialidades médicas.^{69,113}
5. Elección de prioridades, como parte del proceso de planificación y punto de partida para elaborar programas específicos por daño o grupo vulnerable.
6. Adopción de políticas de ahorro, lucha contra el despilfarro y mal uso de recursos.
7. Selección de tecnologías adecuadas, como elemento de la planificación.
8. Desarrollo de recursos humanos para la gestión y dirección de servicios, impulsado por el fortalecimiento de la Escuela de Salud Pública y formación en el extranjero.
9. Fomento de un estilo de trabajo ajeno al burocratismo, ágil en la gestión, participativo y eficaz.
10. Desarrollo de métodos de supervisión, control y evaluación permanente aplicadas al área administrativa y a las técnicas.

Calidad es aquí sinónimo de eficacia. Son elementos probatorios de lo alcanzado en este objetivo por la reforma:

1. La modificación favorable de la situación de salud, en especial en lo referente a morbilidad por enfermedades transmisibles donde se redujeron algunas a niveles de erradicación (tabla 3.2).¹¹⁴
2. La modificación favorable en mortalidad (tabla 3.3).¹¹⁵

Tabla 3.2. Casos registrados de malaria, poliomielitis y difteria. Cuba, años seleccionados

Año	Malaria	Poliomielitis	Difteria
1962	3519	46*	1419
1963	833	1	923
1964	624	1	640
1965	127	-	625
1966	36	-	359
1967	7	-	435
1968	-	-	130
1969	-	-	52
1970	-	1	7
1975	-	-	-
1980	-	-	-
1985	-	-	-
1990	-	2**	-

*Casos ocurridos en enero-mayo, antes de la primera campaña nacional de vacunación antipolio. En los tres años previos se registraron 284, 330 y 342 casos cada año.

** Reacciones posvacunales.

Fuente: Ob. cit. 91;140-147 y 114:67.

Tabla 3.3. Tasa de mortalidad por causas seleccionadas. Cuba, 1962 y 1970

Año	Mortalidad materna*	Mortalidad fetal tardía**	Mortalidad por enfermedad diarreica aguda***
1962	117,9	25,0	58,1
1970	1,5	15,3	18,2

*Tasa por 100 000 nacidos vivos.

**Tasa por 1 000 nacidos vivos.

***Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Ob. cit. 91;140-142.

- Entre 1959 y 1969 se graduaron e incorporaron al servicio 4 907 médicos, 657 estomatólogos y 24 523 técnicos medios (en su mayoría enfermeras), lo que mejoró notablemente la calidad del servicio.¹¹⁶
- El inicio de la organización del sistema científico y tecnológico, con la inauguración de los institutos de investigación en 1966, creación de dos nuevas escuelas de medicina en 1962 y 1966 y del Consejo Científico en 1962.^{117,118}
- La creación de laboratorios de higiene y epidemiología en cada provincia y el fortalecimiento del nacional.

También es un resultado relevante la *sostenibilidad* de la reforma. Su primer sostén ha sido la voluntad política, expresada en la concertación del Gobierno, entidades sociales y comunidad, que la han realizado y asegurado su desarrollo estable, con las necesarias innovaciones durante los años posteriores.¹¹⁹

El financiamiento de la reforma, vale decir de los servicios, se ha asegurado mediante la dotación de los presupuestos del Estado asignados a este sector, que obtuvieron los fondos de impuestos y utilidades de empresas nacionalizadas.

Un pilar en la sostenibilidad de la reforma y el sistema que generó es la aceptación plena y defensa consecuente que de ello hace la población. El respaldo popular ha sido total y sostenido, continúa tres décadas después de realizada la reforma, que mantiene los principios, características y proyección que le dieron origen.

Discusión

Para la mejor comprensión de la naturaleza y alcance de la reforma cubana en el sector salud de la década de los años 60 del siglo xx es necesario recordar el contexto, mundial y latinoamericano, en que se desarrolló. A lo dicho antes se debe añadir y destacar la peculiaridad de algunos hechos y su influencia en Cuba. Las fracasadas experiencias, víctimas de presiones externas e internas, de los gobiernos progresistas de Guatemala y Chile enseñaron a Cuba que su defensa sería distinta, en lo militar, social y económico. Así se hizo con éxito.

Este período fue el de las luchas armadas en África (Argelia, Congo,...), en América Latina (Guatemala, Nicaragua...) y Viet Nam. La hostilidad, el cerco diplomático, las agresiones militares y el sabotaje económico fue la posición habitual de la casi totalidad de los gobiernos de América, por la actitud solidaria de Cuba con los movimientos independentistas y revolucionarias. Aquello afectó al país y su sistema de salud, en lo económico. Desde entonces el país sufre el bloqueo, mal llamado embargo, que ejerce el gobierno de los EE.UU. y algunos de sus aliados.^{120,121}

Influencias positivas se recibieron de Europa del Este, del conjunto de países socialistas, en especial de la Unión Soviética: recursos materiales, transferencia de tecnología (no lo más avanzado para el momento), recursos humanos (trabajando en el país y formando especialistas). Esto no obstante, no condujo a que se copiaran los modelos de servicios de salud de esos países. La asesoría soviética y checoslovaca fue de alto nivel y sostenida largo tiempo, pero pocas de sus experiencias reproducidas por Cuba.¹²²

Fue relevante la formación de cuadros profesionales en esos países para áreas importantes de la salud pública, además, a pesar de las limitaciones impuestas por la situación política, las escuelas de salud pública de México, Chile y Colombia formaron cuadros para Cuba, siempre mediados por la gestión de la Organización Panamericana de la Salud, a la sazón dirigida por A. Horwitz.

A juicio del autor fue más importante la influencia cubana en el contexto latinoamericano de la época. Esta influencia fue en primer término de orden ideológico, el impacto de la Revolución Cubana; luego de orden político, el impulso a los movimientos revolucionarios y los rápidos logros de la Revolución en salud, influenciaron sobre este sector.

Al respecto dice Guerra de Macedo:

El ejemplo de los mensajes de Cuba tuvo gran influencia en las luchas políticas de América Latina en la década de los 70. Su experiencia en salud continua siendo una referencia importante para la Región: en organización del sistema, en investigación y desarrollo tecnológico y encontrando soluciones específicas como las del control del dengue, inmunizaciones, medicina familiar...¹²³

Lo que ocurría en Cuba, fue caracterizado por Ernesto Guevara como:

...revolución agraria, antifeudal y antiimperialista, que fue transformándose por imperio de su evolución interna y de las agresiones externas, en una revolución socialista y que lo proclama así, ante la faz de América: una revolución socialista.¹²⁴

Así que:

...la década de los 60 comienza con una manifestación política internacional contra las injusticias sociales y el crecimiento económico sin contrapartidas sociales deliberadas. El Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), en el Acta de Bogotá (1960), reconoce la insuficiencia del crecimiento económico para reducir las profundas desigualdades y carencias sociales existentes en la Región y las necesidades de una acción de los estados, por medio de los gobiernos, para atender las necesidades sociales y el fortalecimiento de la democracia.¹²³

El mismo año se estableció el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al que se dio mandato para ejecutar proyectos de inversión en el área social, pero que en salud su acción fue inicialmente tímida, restringida a la atención hospitalaria y saneamiento básico.

Las preocupaciones y motivaciones que llevaron al Acta de Bogotá (estabilidad política frente a situaciones de carencias sociales y el aparente avance del socialismo real), orientaron a una reunión especial del CIES en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961. En esta fecha la Revolución Cubana avanzaba por los caminos del socialismo, mostraba logros trascendentes en la esfera social y se defendía con éxito de todo tipo de agresión.

En Punta del Este se emite la Declaración de los Pueblos de América, donde los gobiernos signatarios se comprometieron a 12 acciones (incluidas las de la salud), ocho de las que ya Cuba tenía realizadas. De las no realizadas, una era rechazada por Cuba: estimular la actividad privada para promover el desarrollo.

Punta del Este también consagró la Alianza para el Progreso (ALPRO), propiciada por J. F. Kennedy, que en su Resolución A-2 contenía el Plan Decenal de Salud Pública de la ALPRO.¹²⁵

En este plan se proponían 16 medidas a largo plazo para mejoras de la salud humana en América Latina. De ellas, Cuba alcanzó en la década a cumplir con 15. La excepción “recomendar así mismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o habitual, que están a disposición de los países de este continente”. El bloqueo a que está sometida Cuba desde hace ya cerca de 40 años no ha permitido el acceso a fuentes como el BID, el Banco Mundial, El Fondo Monetario Internacional, y en su época se bloqueó también toda ayuda bilateral. La excepción, “OPS/OMS fue la única organización regional que no excluyó a Cuba como miembro pleno y que la apoyó en sus esfuerzos en salud, al mismo tiempo que utilizó la experiencia cubana vis a vis en las necesidades de otros países.”¹²⁶

En el cuadro 3.3 se muestra los resultados del plan decenal de salud pública de la Alianza para el Progreso.

Cuadro 3.3. Plan decenal de salud pública de la alianza para el progreso (Síntesis)

1. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.
 2. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación.
 3. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias.
 4. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares.
 5. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacional y local, integrando las funciones de prevención y curación.
 6. Adoptar las disposiciones legales o institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva.
 7. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica.
 8. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros.
 9. Suministrar agua potable por lo menos al 70 % de la población urbana y 50 % de la rural.
 10. Reducir la mortalidad de los menores de 5 años a la mitad de las tasas actuales.
 11. Erradicar del continente el paludismo y la viruela.
 12. Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos vulnerables.
 13. Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos.
 14. Establecer como meta general un aumento de 5 años en la esperanza de vida al nacer.
 15. Recomendar a los gobiernos utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.
 16. *Recomendar el uso de otros medios de asistencia multilateral o bilateral que están a disposición de los países del continente.*
- Agosto 1961

Fuente: Ob. cit. 125:475-6 y 490-1.

No obstante lo dicho, la naturaleza verdadera de la ALPRO la denunció Ernesto Guevara en Punta del Este, allí dijo:

Y voy a explicar, además, por qué esta conferencia es política; es política porque todas las conferencias económicas son políticas; pero es además política, porque está concebida contra Cuba, y está concebida contra el ejemplo que Cuba significa en todo el Continente Americano. Y más adelante ... porque Cuba está al margen, puesto que la Alianza para el Progreso no está hecha para Cuba, sino en contra, y no se establece darle un centavo a ella, pero sí a todos los demás...¹²⁴

Hersh, biógrafo del gran promotor de ALPRO, escribe:

“La esperanza” declaró Kennedy, en el discurso de 1961, consiste en un hemisferio donde cada hombre tenga suficiente para comer y una oportunidad de trabajar, donde cada niño pueda aprender, cada familia hallar un alojamiento decente. El presidente no dijo que la ayuda militar a Latinoamérica, en virtud de la Alianza, había aumentado en un 50 % por encima del nivel de la era de Eisenhower, con creciente hincapié en la seguridad interior y la formación policial. Para muchos latinoamericanos era poco más que un medio cínico de facilitar armas para una guerra regional contra el comunismo, la oposición interior y... Fidel Castro.¹²⁷

A pesar de estas guerras, es Cuba el país donde más alta satisfacción han encontrado las esperanzas de 1961. Así se ha visto la influencia de la Revolución Cubana sobre América Latina, en lo político, económico y social.

En años posteriores a la década que se estudia se confirmó una de las razones que se expuso para la realización de la reforma, que es también la razón de la Revolución: el respaldo popular masivo a las políticas y decisiones respecto a lo político y social, y en especial en educación y salud, los beneficios que la población ha recibido son de efecto político profundo y abonan la estabilidad social del país.

Entre las características de la reforma, la práctica del internacionalismo, elevado a principio del sistema, fue iniciada en fecha temprana (1963), cuando 56 profesionales y técnicos llegaron a Argelia, recién conquistada su independencia. Progresivamente la asistencia y cooperación en el campo de la salud fue creciendo. En 1985 Cuba tenía lo que The New York Times llamó “quizás el mayor programa de asistencia civil en el mundo”. Cuba tenía entonces más médicos trabajando en el exterior que la OMS.¹²⁸ El valor político de esta colaboración se relaciona con la forma de más peso en que esta se realiza, que es la atención médica directa a la población en el país receptor. Pero junto a esta ayuda

también Cuba ha trabajado en numerosos países, en algunos por largo tiempo: recibiendo pacientes para atención médica, formando recursos humanos en Cuba y en el país anfitrión, ayudando frente a desastres naturales, donando equipos y suministros, con asesorías de alto nivel y diversas formas de cooperación multilateral. Todo lo referido como aporte gratuito de Cuba, excluye por tanto la hoy frecuente ayuda compensada, o sea pagada parcial o totalmente por el país receptor. La cooperación internacional en el campo de la salud es uno de los hechos trascendentales de la reforma, y el de más impacto en las relaciones de la salud pública cubana con el exterior.

Un aspecto de la reforma que hoy suscita discusión, es la concepción totalizadora del sistema de salud cubano que incluyó como sus partes integrantes la casi totalidad de las actividades relacionadas con la salud humana. La excepción fue el suministro de agua potable y el saneamiento básico. Lo más relevante de lo asumido fueron la producción y distribución de fármacos, equipos e insumos del sector y la formación de recursos humanos. Se apoyó esta política, pero al evaluar retrospectivamente los hechos, se reconoció como correcta para aquel momento la concentración bajo mando único de tan importantes aspectos relacionados e interdependientes de los servicios de salud, en un momento de convulsión política y económica, lo que permitió avanzar a soluciones prácticas satisfactorias para el período y aún para años posteriores. Pero esto ocurrió hace más de 35 años, hoy deben separarse de la órbita del Ministerio de Salud Pública. Esto corregirá el gigantismo que se aprecia en el sector, que tenía 339 943 trabajadores en 1997, el 4,9 % de la población en edad laboral; además dejar al Ministerio, respecto a la industria y al comercio farmacéuticos, de los equipos y otros insumos, en libertad de ejercer con rigor la fiscalización de estas actividades, o sea el control de la calidad de los productos. Otro tanto respecto a la formación de personal, en especial a nivel universitario de pre y posgrado, tarea esencial de las universidades, que no alcanza soluciones óptimas cuando estas se subordinan a organismos de servicios, como es el de la salud.¹²⁹

La intransigencia frente a la corrupción, que desde los primeros días del Gobierno Revolucionario se hizo principio de actuación, se ha mantenido y fortalecido a lo largo del tiempo. Este es otro de los pilares del respaldo popular que goza la administración revolucionaria y factor de éxito en una gestión de servicio de salud que no ven afectados sus recursos por despilfarro, malversación o robo.¹³⁰

La planificación, sobre la que insiste la ALPRO, al recomendar crear en los ministerios de salud unidades específicas para esta función, era ya una realidad en Cuba antes de Punta del Este.^{125,131}

Tanto la ALPRO como la OPS insistían reiteradamente en la implantación y desarrollo de la planificación en salud (y la económica y social

en general). Se crearon escuela, cursos y métodos de planificación (como el CENDES/OPS). Esto llama la atención por cuanto las economías llamadas centralmente planificadas eran las de países socialistas. Fue el socialismo el que reivindicó la planificación, sin embargo para luchar contra él, se escogía una de sus armas estratégicas. Hoy al calor de las corrientes neoliberales, se condena la planificación y se promueve el juego libre del mercado, del ciego mercado. Cuba ha seguido el camino de la planificación. Y tomando como elemento cardinal de su fundamentación lo que señaló, precisamente en Punta del Este el Comandante y Doctor Ernesto Guevara:

...la condición previa para que haya una verdadera planificación económica es que el poder político este en mano de la clase trabajadora. Ese es el *sine qua nom* de la verdadera planificación.¹³²

El resultado de la implantación de presupuestos, expresión concreta del financiamiento estatal, en todas las unidades de servicio y administrativas del sistema, permitió un control económico eficiente para impedir la corrupción, orientar el gasto público en la dirección de las políticas principales de salud, descentralizar la ejecución del presupuesto global del MINSAP y frenar el crecimiento del gasto, en especial en el rubro personal.

A lo largo del proceso de reforma fue importante que se adoptara desde temprano la estrategia de programar, en los primeros años contra daños a la salud. En años posteriores los programas fueron dirigidos principalmente a grupos de población vulnerable, con un contenido integral en las acciones programadas (prevención-asistencia).¹³³

Atención priorizada mereció el desarrollo de la estadística en el sector de la salud. En la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1963), su director había dado su impresión de que “todavía pasarán bastantes años antes de que se pueda contar con una información de calidad excelente”.¹³⁴ En esos años los anuarios estadísticos de la NN.UU. (Demographie Yearbook) presentaba los datos de Cuba en letras “bastardillas” (cursivas), lo que las calificaba como incompletas, por subregistro. En 1974 se pidió por el Ministerio de Salud Pública a la OPS una evaluación de las estadísticas vitales de Cuba, en especial las de mortalidad infantil. El informe del consultor que hizo la evaluación concluyó que estas estadísticas eran completas y confiables, y recomendó la supresión del citado tipo de letras en los anuarios mencionados, lo que así se hizo.⁷⁴

Apoyándose en este desarrollo de la estadística y para fines de control de programas y planificación, se instrumentó para uso del nivel local de los servicios (áreas de salud) un sistema de información que en un solo documento mostraba las metas propuestas, lo realizado y su grado de cumplimiento, así como otros datos pertinentes. A esta “carpeta” se

le conoció como “el libro rojo”, por el color de su cubierta. Fue una eficiente guía para el trabajo local.¹³⁵

Un componente del proceso, que mejoró la eficiencia del sector, fue la creación de los Grupos, definidos como:

...conjunto de profesionales que, con el más elevado nivel de conocimientos en sus campos respectivos, estudian los distintos problemas de salud del país de acuerdo con su desarrollo integral, determinan normas que rigen el cumplimiento de los distintos programas de salud en un plazo determinado, y evalúan periódicamente su ejecución.

Estas “fuerzas de tarea”, creadas como parte de la reforma en 1968, han realizado una gran labor, caracterizada por su alta calidad, rigor técnico, amplitud en cuanto a cobertura de problemas y su gran importancia al hacer más participativa la acción de personas altamente calificadas y de las instituciones de donde proceden en las tareas de organización y dirección del sistema. La actuación de los grupos es integral: asistencial, docente, de investigación y administración.¹³⁶

La formación acelerada de recursos humanos a que se ha hecho referencia fue estimulada por la salida del país de personas que no aceptaban las circunstancias de consumo, austeridad, movilización y disciplina, que derivaban de la revolución y del bloqueo externo. La importancia mayor para el sector de la salud la tuvo la emigración de médicos, que entre enero de 1959 y marzo de 1965 alcanzó la cifra de 1 975 (poco más del 30 % de los médicos de 1958), con la consiguiente afectación de los servicios, la enseñanza y la investigación. Numerosos médicos (y otros profesionales) de América Latina, solidarios con la Revolución, reemplazaron parcialmente a los emigrantes, también se hicieron presentes contingentes de países socialistas mediante convenios. La solución final estuvo en los planes de formación que se desarrollaron, intensivos, pero sin menoscabo de la calidad, sin acortar la duración de los estudios y sin recurrir a la formación de paramédicos como sustitutos de los médicos. Esto que se ha hecho sobretodo para la atención primaria, no se hizo en Cuba, cuyo sistema de atención utiliza el médico (hoy con nivel de especialista), en la atención primaria más periférica.^{137,138}

Los hallazgos presentados en el acápite "resultados sobre descentralización" expresan claramente la firme política "descentralizadora" de la administración del sistema de salud llevada a cabo por la reforma. Una comprensión más cabal del proceso se tiene si se recuerda que la centralización previa a la reforma implicaba que cada nombramiento de personal de cualquier categoría, era potestad exclusiva del Ministro, para todo el territorio nacional (hasta enero de 1962), y que la compra de suminis-

tros, excepto los llamados “frescos” para cubrir renglones de la alimentación de personas en hospitales, eran también realizadas a nivel central del Ministerio.

Un gran impulso inicial y posterior estabilidad a la descentralización produjo la creación de las direcciones regionales y provinciales ya referidas, al darse facultades adecuadas a los jefes de esos niveles. Entre 1968 y 1970 se amplió el proceso con la definición y desarrollo de las áreas de salud, con su unidad de servicios, el policlínico y la sectorización de la población, con un médico y enfermera asignados a cada sector para el manejo más adecuado de los programas. Así se influyó también en la cobertura a la población, que mejoró sustancialmente.

La facultad de manejar sus presupuestos por cada unidad de servicio o administrativa fue otro logro de la reforma, en su proceso de descentralización.

Con posterioridad, al desarrollarse la institucionalización del país, y crearse las Asambleas Municipales del Poder Popular (1976), órgano de poder local, ampliado luego a los Consejos Populares, presididos por un delegado electo por votación directa y secreta, sin candidatura única, se extendió la descentralización a nivel de pequeño grupo poblacional. Un Consejo Popular reúne alrededor de 3 000 electores.¹³⁹

Otro factor concurrente en lograr mejor salud ha sido la política de estimular y alcanzar la práctica masiva del deporte y la educación física de la población. La creación del Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación en 1961, fue el paso inicial de esta política, que con el tiempo condujo a grandes éxitos en el deporte olímpico, fuertemente respaldado por el Estado.¹⁴⁰

Los hechos ya referidos que describen la participación social en el proceso de reforma se refiere a lo calificado como participación pasiva, o sea inducida por el sector de la salud. Así fue durante el período estudiado. En etapas posteriores se consiguió una participación activa, que se manifiesta por las iniciativas propias de la comunidad y por su participación en el control y decisiones sobre acciones de salud, su más alta expresión se da en las Asambleas de Rendición de Cuenta de los Delegados del Poder Popular, donde entre otros asuntos, se tratan los de salud y se discute y adoptan decisiones, que son mandatos de la Asamblea a cumplir por su Delegado. Los participantes en estas Asambleas son los electores de la circunscripción correspondiente.

Los hechos probatorios de la equidad alcanzada fueron la rápida extensión de cobertura geográfica, la gratuidad de los servicios, la rebaja de precio de los medicamentos, la elevación del nivel de vida de la población, la ampliación de los beneficios de la seguridad social y la eliminación de distintas formas de discriminación, los que dieron a todos los

cubanos las mismas oportunidades para su acceso a los servicios de salud. La elevación del nivel de educación y de la participación social han completado la situación actual: el sistema cubano de salud es el más equitativo que se conoce. En un sentido más general CEPAL ha expresado:

El igualitarismo también se manifestó en un amplio espectro de políticas diseñadas para prohibir la discriminación abierta; compensar determinadas deficiencias económicas, geográficas y culturales en la capacidad de participación entre grupos urbanos y rurales, razas y sexos; dignificar el trabajo manual y movilizar a la conciencia popular en torno a la importancia de la igualdad social.¹⁴¹

La mayor eficiencia de los servicios se vio favorecida por el desarrollo de la planificación, el establecimiento de los presupuestos y la formación de administradores. Sin embargo, el aumento rápido del número de trabajadores administrativos, no siempre bien entrenados, mantuvo un estilo burocrático de trabajo, que en cierta medida frenaba el estilo ágil de las decisiones. Esto caracterizó todo el período, acentuándose a su término cuando se hizo un llamado a la lucha contra el burocratismo, de resultados limitados. Hasta fecha relativamente reciente no se comienza una rectificación a fondo en esta situación, y no es relevante aún en el sector de la salud.

El gran salto de calidad observado en los servicios se alcanzó por el impulso dado a la formación de personal, la creación de los institutos de investigación, la constitución del Consejo Científico, la realización del Forum de Higiene y Epidemiología, la implantación de normas de diagnóstico y tratamiento y la permanente supervisión de los servicios. Todo esto se ha descrito ya pero debe añadirse un factor subjetivo, de enorme valor, para comprender como el país, en permanente escasez de recursos, alcanzó cambios de calidad como los presentados respecto a situación de salud (en especial morbilidad y mortalidad), y que es a lo largo de este período y aún 30 años después, la devoción, la mística, la entrega del personal técnico y profesional de los servicios de salud a su tarea. Cada uno en su puesto, en atención primaria o secundaria, ganando la confianza plena de la población en el servicio público, estatal, y haciéndose respetar y respaldar por las autoridades de salud y del gobierno.

La sostenibilidad del sistema se ha asegurado desde los años estudiados hasta hoy, y se prevé así el futuro. Todo lo anterior es consecuencia de las tres razones principales que sustentan el sistema:

1. *La voluntad política*, expresada reiteradamente por la atención personal del Jefe de Estado y Gobierno a los problemas del sector; y por la decisión de financiar el sistema mediante el presupuesto estatal, nutrido de los impuestos y ganancias de las empresas, exonerando de este gasto a la población.

2. *La elección de tecnologías adecuadas*, en un sentido amplio, que incluye las de organización y administración, como es la decisión sobre que programas específicos son pertinentes y sus prioridades; o la elección de la atención primaria de salud como base del sistema.
3. *La participación social*, que acepta y apoya el sistema en su concepción y modo de aplicación, lo que a su vez se torna en apoyo popular al Gobierno que creó y mantiene el sistema.

Así todo, una lección aprendida: cuando se reúne voluntad política, tecnología adecuada y participación popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones externas, se puede alcanzar resultados como lo demostrado por la reforma de la Revolución Cubana. Y no sólo para hacer la reforma, son también las condiciones que conducen a la sostenibilidad de la reforma, que por demás se afianza en sus resultados concretos de mayor equidad y mejoras importantes en el estado de salud de la población, así como en la confianza de la población en su sistema.

Por esto se defiende a ultranza el humanismo y la solidaridad consustanciales a la ética del sistema político cubano, sostén del modelo de sistema de salud generado por la reforma revolucionaria.

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Análisis del Sector Salud en Cuba. (Colaboración de OPS/OMS). La Habana: MINSAP, 1996.
2. Guerra de Macedo C. Salud y desarrollo social, En: Reforma social y pobreza. Washington, D.C.: BID, PNUD, 1993.
3. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en salud, Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993.
4. Granados R. Reforma de los Sistemas de Salud. Tegucigalpa: OPS/OMS, 1995.
5. Algunas reflexiones sobre las reformas de los sistemas sanitarios (editorial). Koadernoak. 1994 (14):1.
6. Navarro V. Las reformas sanitarias de Clinton y su posible relevancia en España. Koadernoak. 1994 (14):162.
7. BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. Acceso equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud. En: Reunión especial sobre reformas del Sector Salud, Washington, D.C.: Organismos ; junio 1995.
8. Ob. Cit. 4:38 y 115-21.
9. Ob. cit. 4:45.
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document, Minister of National Health and Welfare. Ottawa: Government of Canadá, 1974.
11. Belmartino S, Bloch, C. Desregulación/privatización, la relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina. Cuadernos Médicos Sociales. Mayo 1998; (73):62.

12. Jaen MH. La reforma de salud en Venezuela, Unidad Coordinadora del Proyecto de Salud. Caracas: Ministerio de Sanidad y Bienestar Social; agosto 1996.
13. Roca B. Los fundamentos del socialismo en Cuba. La Habana: Ediciones Populares;1990.
14. _____. Médico cubano cual es tu porvenir. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba;1961.
15. Partido Comunista de Cuba. Tesis y Resoluciones, Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. La Habana: Dpto. de Orientación Revolucionaria del C.C. del PCC,1976.
16. Rodríguez CR. Cuba en el tránsito al socialismo 1959-1963. La Habana: Editora Política;1979.
17. Antología de Autores Cubanos. Saúde e Revoluçao, Cuba. Río de Janeiro: Achiamé/Cebes;1984.
18. Manual de Políticas, Normas y Procedimientos para Concurso de Investigación. Reforma Sanitaria en Perspectiva Histórica en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: PSI, División de Salud y Desarrollo de OPS/OMS;1995.
19. Rojas Ochoa F. Informe Anual del Director Regional. Camagüey: Dirección Regional de Salud Pública de Camagüey;1964.
20. Ministerio de Salud Pública Cuba. Diez Años de Revolución en Salud Pública, La Habana: Instituto Cubano del Libro;1969.
21. Rojas Ochoa F. El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. Rev Cub Med.1971 (10):2.
22. _____. El Policlínico. Serie Informes Técnicos 3. La Habana: CNICM;1973.
23. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Cuba: Organización de los Servicios y Nivel de Salud. La Habana: CNICM;1973.
24. Rojas Ochoa F. El proceso de socialización de los servicios de salud en Cuba. La Habana: MINSAP;1973.
25. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Cuba: la Salud en la Revolución. La Habana: Editorial Orbe;1975.
26. Rojas Ochoa F. El desarrollo de la Salud Pública Socialista en Cuba (1959-1973). En: Socialismo y Salud Pública: problemas de la salud y el desarrollo físico del hombre. Moscú: Edit. Ya. Chiki., Meditzina (en ruso);1977. La segunda corregida en 1981:67-191. Traducido al alemán (1ra) en Medicin und Gesellschanft. VEB Gustavo Fisher. Jena: Verlag,1979:84-98.
27. Ob.cit.7:2.
28. Navarro V. El estado de Bienestar y sus Efectos Distributivos. Parte del Problema o Parte de la Solución. Dibuilgaçao em Saúde para Debate. Marzo 1990;(2):16-29.
29. Maset Campos P. Políticas Neoliberales en Salud. Dibuilgaçao em Saúde para Debate. Marzo 1990;(2):29-32.
30. Belmartino S. Políticas Neoliberales en Salud. La discusión de una Alternativa. Dibuilgaçao em Saúde para Debate. Marzo 1990;(2):33-7.
31. Eibenschutz C. Poder, Salud y Democracia. En: II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 16-19.
32. Belmartino S. Estado y políticas de Salud: opciones y perspectivas. En: II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 16-19.
33. Laurell AC. Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina (Ideología, discurso y realidades). En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991.
34. Loureiro S. Medidas de ajuste e o seu impacto na saúde. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 19-23 .

35. Sáenz O. Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991.
36. Cohn A. Condições políticas, projetos políticos e construção de estratégias em saúde. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 19-23.
37. Torres-Goitía J. Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias en salud. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 19-23.
38. Torres C. Procesos de privatización en los servicios de salud en América Latina. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 19-23.
39. Díaz J. Algunos problemas teórico-conceptuales del proceso de privatización de los servicios de salud en Venezuela. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela;1991 marzo 19-23.
40. OPS/OMS. Salud Internacional. Un debate Norte-Sur, OPS/OMS, Washington, D.C.:OPS/OMS,1992.
41. OPS/OMS. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washington, D.C.:OPS/OMS;1992.
42. OPS/OMS. Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Washington, D.C.: OPS/OMS,1993.
43. Díaz Muñoz AR, Leucovich M, Quintana LL, Ramos S. Sistemas de Salud en proceso de reforma. Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina; 1994.
44. OPS/OMS. Reforma de los sistemas sanitarios en Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1992.
45. Huertas R, Maestro A. Orígenes y contradicciones del concepto de medicina social. En: La ofensiva neoliberal y la sanidad pública. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas;1991.
46. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepulveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. Bol Of Sanit Panam. 1991;111(6):.485-96.
47. Ob. cit.16 11.
48. Rojas Ochoa F. Acerca de la historia de la protección de la salud de la población. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana;1988 [mimeógrafo].
49. OPS. (1984): Técnica de entrevista en profundidad. En: Lecturas de comunicación social en salud: introducción a métodos cualitativos de investigación. Reproducción de documentos. Serie No. 11. Traducido de U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. Individual In Depth Interviews. En: Pretesting in Health Communications. Methods, Examples, and Resources for Improving health Messages and Materials. Bethesda: MD: US DHHS, NIH,1984. Pub. No. 84-1493.
50. Ob. cit. 49:18-32.
51. Hobsbawn E. Sobre la Historia. Barcelona: Ed. Crítica, Grigalbo Mondadori;1998.
52. Sigerist H.E. Historia y sociología de la medicina. Gustavo Molina, editor. Bogotá,1974.
53. Pérez de la Riva J. Para la historia de las gentes sin historia. Barcelona: Ariel;1976.
54. Hobsbawn E. Historia del Siglo XX (1914-1991). Barcelona: Ed. Crítica, Grigalbo Mondadori;1996.
55. Rodríguez JL, Carriazo Moreno G. Erradicación de la pobreza en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1987.
56. Serenko AF, Ermakov VV. Higiene social y organización de la salud pública. Moscú: Edit. Mir;1986.

57. Portuondo F. Historia de Cuba hasta 1898. 6ta ed. La Habana: Edit. Universitaria;1965.
58. Dirección Política de las FAR. (1976): Historia de Cuba. La Habana: Edit. FAR;1976.
59. Ob. cit.58: 559 y 570.
60. de la Hoza T. Los cuatro años del régimen de Grau San Martín. Bohemia, 10 de octubre de 1948. Año 40, No. 41:10-13 y 201-203.
61. CEPAL (1980):.Cuba: estilo de desarrollo y políticas sociales. Siglo XXI. México: CEPAL;198.
62. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Resolución No. 24 de 30 de enero de 1959. La Habana, 1959. (En Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).
63. Cuba. Ley 203 de 31 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 6 de abril de 1959.
64. Baly Baly M. Intervención en la XIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. En: Actas, Resoluciones y Documentos. Washington, D.C.: OPS;1961 3 al 13 de octubre.
65. López Serrano E. Efemérides médicas cubanas. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1985;(69, 29):195.
66. Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. Programa Integrado de Salud. Plan Piloto de Pinar del Río. La Habana: MSAH,1959.
67. _____. Análisis y Proyecciones del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. . La Habana: MSAH,1959.
68. Ministerio de Salud Pública. Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública del Año 1962. La Habana: MINSAP;1963 reproducción hectográfica .
69. _____. Tareas y Plan del Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP;1963.
70. Ob. cit.68:8.
71. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Normas de Organización y Administración., La Habana: Instituto Cubano del Libro;1971 recoge lo aprobado en la Reunión Nacional de Administración de junio de 1968 en Santa Clara.
72. _____. (1968): Metas y directrices 68/70 MINSAP. La Habana: MINSAP;1968.
73. López Serrano E. Desarrollo histórico de las estadísticas sanitarias en Cuba. Rev Cub Adm Salud. 1976(2):103-12.
74. Puffer R. Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba. Washington: OPS/OMS; 1-8 de marzo de 1974 [informe de consultor].
75. Cuba. Ley 959 de 1ro. de agosto de 1961. Gaceta Oficial Ordinaria de 3 de agosto de 1961.
76. Delgado García G. (1996): Conferencias de historia de la administración de salud pública en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1996;81:133.
77. Cuba. Ley 717 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 26 de enero 1960.
78. Navarro V. Health, Health Services and Health Plannig in Cuba. International J Health Services.1972; 2(3): 407-30.
79. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 11 de 5 de enero de 1961 (en Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).
80. Ob. cit.76:132.
81. Cuba. Ley 771 de 21 de abril de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 25 de de abril de 1960.
82. Cuba. Ley 168 de 2 de marzo de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 24 de marzo de 1959.
83. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Resolución 27 de 13 de enero de 1961(en Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).
84. Ob. cit.55:61-3.

85. Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. 24 años de Revolución en la seguridad social cubana. La Habana: CETSS;1983.
86. Ob. cit.25:38-40.
87. Machado Ventura JR. Intervención en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana. Actas de las Sesiones Plenarias y de las Comisiones. Washington, D.C.: OPS/OMS,1963.
88. Marsset Campos P, Sáenz Gómez M. La evolución histórica de la salud Pública En: Martínez Navarro F y otros, editores. Salud Pública. Madrid: McGraw Hill Interamericana;1998:19.
89. López Sánchez J. La Revolución en el campo de la salud pública. Fundamentos. 1960; junio, Año XX, No. 165: 52-73.
90. Cuba. Ley 723 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 1 de febrero de 1960.
91. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico 1974. La Habana Edit. Orbe,1975.
92. _____. Decreto Ministerial No. 4 de 13 de mayo de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 30 de mayo de 1960.
93. Ministerio de Comercio. Decreto Ministerial 709 de 20 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 23 de marzo de 1959.
94. Ob. cit.65:17.
95. Martínez Junco H. Intervención en la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C.: OPS/OMS;1964:78-9. Documento Oficial No. 55.
96. _____. Intervención en sexta Sesión Plenaria de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta taquigráfica provisional. Washington, D.C.:18-9. 28 de septiembre de 1966.
97. Pereda R. Intervención en la XVIII Reunión del Consejo Directivo, Acta resumida provisional de la segunda sesión plenaria. Buenos Aires, Argentina.14-5. octubre de 1968.
98. Ob. cit.87:131.
99. Ob. cit.61:83.
100. Ob. cit. 55:98-99.
101. Ob. cit.55:62-64.
102. Ob. cit. 55:71.
103. Cuba. Ley 122 de 3 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 4 de marzo de 1959.
104. Cuba. Ley 135 de 10 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 11 de marzo de 1959.
105. Cuba. Ley 502 de 19 de agosto de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 25 de agosto de 1959.
106. Ob. cit.58:129.
107. Cuba. Ley 1097 de 25 de marzo de 1963. Gaceta Oficial Ordinaria de 29 de marzo de 1963 (modifica la Ley 1015 de 12 de marzo de 1962, aparecida en esta misma fecha en Gaceta Oficial Ordinaria).
108. Cuba. Ley 351 de 29 de mayo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 4 de julio de 1959.
109. Cuba. Ley 677 de 23 de diciembre de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 24 de diciembre de 1959.
110. Cuba. Ley 1100 de 27 de marzo de 1963. Gaceta Oficial Ordinaria de 4 de abril de 1963.
111. Mehrotra S. Human Development with a Human Face. Mehrotra S, Jolly R, editors. Oxford: Clarendon Press;1988.

112. Ley 757 de 13 de marzo de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 14 de marzo de 1960.
113. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Normas de Ginecología y Obstetricia. La Habana: MINSAP;1966.
114. ————. Anuario Estadístico 1997. La Habana: MINSAP;1998.
115. Ob. cit.91: V-34; V-44 y V-45.
116. Ob. cit. 91: XI-3.
117. Ob. cit.65: 29; 195; 197-198.
118. Cuba. Ley 959 de 1 de agosto de 1961. Gaceta Oficial Ordinaria de 3 de agosto de 1961.
119. Suárez J. Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1996;22(2):85-101.
120. Cronología 25 años de Revolución. La Habana: Editora Política;1987.
121. Ob. cit. 54:436-40.
122. Kriegel F. Informe final de nuestra asesoría durante el período comprendido de diciembre de 1960-1963.La Habana: MINSAP;1963 [mimeógrafo].
123. Guerra de Macedo C. Nota para una História Recente da Saúde Pública na América Latina, Representacao do Brasil. Brasilia: OPAS/OMS;1997.
124. Guevara E. Exposición del Dr. Ernesto Guevara, Presidente de la delegación de Cuba, en la Quinta Sesión Plenaria celebrada el 8 de agosto de 1961. Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a Nivel Ministerial. Uruguay: OEA/Ser.H/X.1;1961. Documento oficial.
125. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Información General, Reunión de Punta del Este, Uruguay. Bol Of San Pan. 1961;Vol. LI(5): 475-91.
126. Ob. cit.123: 2 y 24.
127. Hersh SM. La cara oculta de J.F. Kennedy. Barcelona: Planeta;1988.
128. Feinsilver JM. Healing the Masses, Cuban Health Politics at Home and Abroad. Berkeley and Los Angeles: University of California Press,1993.
129. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico 1997, Dirección Nacional de Estadística. La Habana: MINSAP;1998.
130. Vindicación de Cuba. La Habana: .Editora Política;1989.
131. Ob. cit.87:130.
132. Ob. cit.124:18.
133. Capote R. La evolución de los servicios de salud y la estructura socioeconómica en Cuba. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1979.
134. Horwitz A. Intervención en la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C.:OPS;1964:82. Documentos Oficiales de la OPS, No. 55 16-25 de septiembre de 1963.
135. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programas básicos del área salud y su Evaluación. La Habana: Dirección Nacional de Planificación;1974.
136. Escalona M. Integración de la administración, docencia, asistencia e investigación en la atención de la salud en Cuba. Educación Médica y Salud.1972;6(2):130-34.
125. Ob. cit.58:29.
138. Araujo L, Rodríguez Gavalda R. Emigración médica. La Habana: CNICM;1968.
139. Ob. cit.1:116-8.
140. Cuba. Ley 936 de 23 de febrero de 1961. Gaceta Oficial Extraordinaria de 24 de febrero de 1961.
141. Ob. cit. 61:23.

MODELO DE LUCHA ANTIEPIDÉMICA*

El diseño de un modelo para combatir las epidemias implica identificar los componentes fundamentales que intervienen en esa lucha y los principios programáticos de ésta.

Los componentes se reducen esencialmente a tres: la base científica que fundamenta las acciones para combatir y liquidar las epidemias, la voluntad política (de gobierno) para librar la lucha y la participación popular (las masas, lo masivo de esta participación), en la batalla antiepidémica.

Estos tres componentes han estado invariablemente presentes en el combate contra las epidemias que han azotado al país en los últimos 40 años. Así en el caso del dengue 2001-2002, en La Habana, las bases científicas estuvieron dadas por la experiencia acumulada y por los nuevos resultados en el orden entomológico, virológico y epidemiológico (sistema de vigilancia incluido), aportados por el Instituto "Pedro Kourí" (IPK), la red de servicios clínicos y sanitarios del Ministerio de Salud Pública y la interrelación permanente con la comunidad científica internacional. La voluntad política se puso claramente de manifiesto, como en ocasiones anteriores, por la intervención personal del Jefe de Estado y Gobierno, dirigiendo la gran batalla contra el agente transmisor y la transmisión del virus, hasta el cese de esta enfermedad. Fue también Fidel quien lanzó la convocatoria a las masas para la gran ofensiva antivectorial, donde participó toda la población, y se destacó por su gran valor educativo y efectividad, la de pioneros y escolares.

A estos componentes de la lucha antiepidémica en el modelo que se describe, se añade los principios del programa de trabajo, que se aplica en forma secuencial, como fases o etapas del método de lucha.

Primero, el establecimiento de un sistema de vigilancia, con cobertura de todo el territorio y población del país, dotado de los medios técnicos adecuados.

Segundo, el alerta oportuno a todos los niveles del sistema de salud y de gobierno, cuando el sistema de vigilancia encuentra que está circulando un agente patógeno.

Tercero, la toma del mando o conducción de la lucha por la más alta jerarquía de gobierno. El esfuerzo es absolutamente intersectorial, también multidisciplinario. Una epidemia deja de ser responsabilidad exclusiva del

*Reproducido de: Rev Cubana Salud Publica. 2003;29(1):7.

sistema de salud, este mantendrá sus funciones de dirección técnica y aporte logístico con sus recursos, pero es necesario, para acortar la duración de la epidemia y alcanzar resultados más duraderos, sostenibles, una adecuada y firme coordinación intersectorial y un flujo de recursos que rebasa las posibilidades habituales del sector de la salud. Así se aseguró el éxito en las epidemias de dengue 1981, neuropatía epidémica 1992-1994 y dengue 2001-2002.

Cuarto, el alerta a la población, con absoluta claridad respecto a la situación que se confronta, donde se recurre a todos los medios de comunicación con mensajes instructivos prácticos como parte de la organización de la lucha y con sentido educativo pensando en el conocimiento que deberá perdurar, como parte de la sostenibilidad de la interrupción de la epidemia y prevención de otras futuras si hacer terrorismo psicológico.

Quinto, la asimilación consecuente de las enseñanzas que deja cada epidemia. Dos ejemplos: la identificación de las necesidades de servicios de cuidados intensivos (dengue 1981) y su desarrollo posterior, o la creación de las Unidades de Análisis y Tendencias de Salud (UATS), para perfeccionar la vigilancia (neuropatía epidémica 1992-1994).

Al mismo tiempo, compartiendo la experiencia alcanzada con otros países sobre la base del principio de solidaridad y del hecho de que las epidemias y pandemias como el SIDA, es una tarea de todos.

Así se han liquidado varias epidemias, proeza en condiciones de un bloqueo que ha adoptado formas de genuina guerra económica, por momentos más que económica, y haciendo así realidad contemporánea el viejo aforismo romano *salus populi suprema lex est*.

Febrero, 2003

SITUACIÓN, SISTEMA Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA EL DESARROLLO EN CUBA*

Este trabajo presenta un análisis de la situación de salud, el sistema de salud y la estrategia de recursos humanos y desarrollo en Cuba al finalizar el siglo xx. Para ello se hace una revisión bibliográfica sobre el tema, enfatizando en las estadísticas pertinentes. Se utilizan in extenso dos publicaciones previas en las que intervino el autor, dirigidas al tema desarrollo humano y equidad y se describe la situación de salud de la población cubana a finales del siglo xx, la cual es altamente favorable y que, resumida en indicadores relevantes, evidencia un 7,2 por 1 000 nacidos vivos de mortalidad infantil, mortalidad materna directa 34,1 por 100 000 nacidos vivos, erradicación de la poliomielitis, la meningitis tuberculosa, el tétanos neonatal, la difteria, el síndrome de rubéola congénita, la meningoencefalitis por parotiditis y el sarampión. Problemas prevalentes en enfermedades infecciosas son la hepatitis y las de transmisión sexual. El SIDA presenta baja tasa: 15,1 por millón de habitantes. Predominan las causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes. Se describe y defiende el sistema de salud adoptado hace ya 40 años: estatal gratuito para la población, de cobertura total, científicamente respaldado y solidario; y se enfatiza el valor del desarrollo de los recursos humanos para mejorar la situación de salud, así como la bondad del sistema estatal de los servicios de salud. Tres razones sustentan el sistema y su sostenibilidad: voluntad política, la elección de tecnologías adecuadas (incluyendo la atención primaria de salud como estrategia) y la participación social.

Introducción

Esta presentación se basa en parte de lo publicado en los informes "Investigaciones sobre el desarrollo humano en Cuba", 1996 e "Investigaciones sobre desarrollo humano y equidad en Cuba", 1999. Se examina aquí la situación de salud, el sistema de salud, su estrategia de recursos humanos y las características del desarrollo en Cuba, en los finales del siglo xx.

* Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Salud Pública. Medellín, Colombia, 15-17 de noviembre de 2001. Reproducido de: Rev. Cubana Salud Pública. 2003;29(2):157-69.

Situación de la salud

En las últimas décadas los indicadores de salud de la población cubana han mostrado una mejoría gradual y constante, hasta alcanzar los niveles actuales. En los primeros años de la década de los 90 este progreso fue interrumpido por la crisis económica que afectó al país, la más grave en su historia, acentuada por el bloqueo económico que impone el Gobierno de los EE. UU. y la desaparición del grupo de países de economía centralmente dirigida, con los que Cuba sostenía la casi totalidad de sus relaciones económicas. Se ha logrado, en gran medida, la recuperación del país.

El alto nivel de institucionalización del sector, el amplio grado de cobertura de los servicios, los índices alcanzados en atención preventiva, la calificación del personal de salud, la mística en su entrega al trabajo cotidiano y el esfuerzo colectivo nacional, han hecho posible que en importantes indicadores de salud Cuba se mantenga entre los países de mejor situación entre los del Tercer Mundo e, incluso, que pueda comparar sus resultados con los de más alto nivel de desarrollo económico y tecnológico (tabla 3.4).

Tabla 3.4. Evolución de los indicadores de salud. Cuba. Años seleccionados

Indicadores seleccionados	1960	1980	1990	1995	2000
Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	42,0	19,6	10,7	9,4	7,2
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	42,4a	24,3	13,2	12,5	9,1
Índice de niños con bajo peso al nacer (%)	...	9,7	7,6	7,9	6,1
Tasa de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	120,1	52,6	31,6	32,6	34,1
Partos atendidos en instituciones hospitalarias (%)	63,0	98,5	99,8	99,8	99,9
Habitantes por médico	...	635	275	193	169
Habitantes por estomatólogo	...	2 677	1 528	1 200	1 128

a: Dato de 1965.

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas y Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

Los principales esfuerzos han estado encaminados hacia varias direcciones en función de las prioridades y a través de programas específicos, entre los que se destacan la atención a la mujer, a los niños y niñas y a la población mayor de 60 años. La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad resume lo alcanzado de manera sostenida en materia de cuidados

a la niñez. Según "El estado mundial de la infancia 2000", publicado por la UNICEF, Cuba ocupa la posición 32 en cuanto a la más baja tasa mencionada, entre 192 países, en 1998.¹ Esta fue en el año 2000 de 9,1 por 1 000 nacidos vivos.² La mortalidad de menores de 1 año fue entonces de 7,2 por 1 000 nacidos vivos.³

Todas las embarazadas reciben atención calificada prenatal y en sus partos. Cuba es un país de bajo riesgo reproductivo, según el Population Action International 1995.³ Aún se observa una alta tendencia a la interrupción de embarazo como medio para evitar los hijos no deseados. La tasa de interrupciones por 100 partos era de 52,7 en el 2000 (había sido de 96,6 en 1986).⁴ La tasa de mortalidad materna directa (complicaciones de embarazo, parto y puerperio) en el 2000 fue de 34,1 por 100 000 nacidos vivos.

El programa nacional de inmunizaciones protege contra 11 enfermedades. En el 2000, el 92,1% de los niños menores de 2 años de edad quedó protegido.⁴ Se mantienen erradicadas: la poliomielitis y el paludismo (1962), la meningitis tuberculosa (1971), el tétanos neonatal (1972), la difteria (1979), el síndrome de rubéola congénita y la meningoencefalitis por parotiditis (ambas en 1989) y el sarampión (1993). Las tasas de incidencia por tosferina, rubéola, tétanos y parotiditis son muy bajas, y no se registraron casos en 1999 ni 2000.⁴

La contracción económica ha tenido reflejo en las condiciones de vida y, también en la incidencia de las enfermedades transmisibles. La tasa de mortalidad por estas enfermedades aumentó entre 1990 y 1996, y descendió a un mínimo entre 1998 y 2000. Año este último en que la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas se redujo a 2,3 por 100 000 habitantes (tabla 3.5).⁴

Tabla 3.5. Mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuba 1989-2001

Año	Tasa por 100 000 habitantes	% del total de defunciones
1989	8,3	1,3
1990	9,4	1,4
1991	9,9	1,5
1992	10,4	1,5
1993	13,8	1,9
1994	13,5	1,9
1995	12,8	1,8
1996	10,6	1,5
1997	9,6	1,4
1998	8,0	1,1
1999	7,7	1,1
2000	5,5	0,8

Fuente: MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000. Palcograf. La Habana, 2001.

La morbilidad también registró aumento en algunas tasas, como en la hepatitis, la tuberculosis, las infecciones diarreicas y respiratorias agudas, la leptospirosis y las enfermedades de transmisión sexual.

Entre los problemas de salud dependientes del comportamiento y estilos de vida, las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema relevante. La sífilis, por ejemplo, muestra una tendencia ascendente. Su tasa por 100 000 habitantes que era de 44,7 en 1980, llegó a 86,1 en 1990 y a 110,3 en 1999, y descendió a 82,2 en el 2000.⁴ La tasa por millón de habitantes por SIDA que era de 2,6 en 1990, ascendió a 15,1 en el 2000; muy baja y prueba la eficacia del programa de prevención cubano.⁴

El envejecimiento de la población es un hecho notable que se ha acentuado en la última década. En el 2000 el 13 % de la población cumplió 60 años o más.² En esto han influido los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad, el aumento de la cobertura inmunológica, las bajas tasas de mortalidad infantil y, sobre todo, la baja fecundidad: en 1985 la tasa de fecundidad por 1 000 mujeres en edad reproductiva era de 66,1 y en el 2000 bajó a 47,3.^{4,5} La tasa bruta de reproducción ha estado por debajo del nivel de reemplazo durante la pasada década (0,72 hijos por mujer a mitad del período mencionado). Como cifra preliminar el 2000 registra 1,64.^{6,7}

Al envejecimiento de la población se asocia la principal carga de morbilidad y mortalidad que afecta a la población. Para la diabetes mellitus, hipertensión arterial y el asma bronquial, por su frecuencia y la necesidad de un control adecuado que asegure un mínimo de complicaciones y una calidad de vida satisfactoria, existen programas de atención dispensarizada. Sus prevalencias respectivas, calculadas sobre el número de pacientes dispensarizados, son: diabetes mellitus (23,6 por 1 000 habitantes), la hipertensión arterial (155,6 por 1 000 habitantes) y el asma bronquial (77,1 por 1 000 habitantes).⁴

Las tres principales causas de muerte en el 2000 fueron las enfermedades del corazón (180,3 por 100 000 habitantes), los tumores malignos (146,5 por 100 000 habitantes) y la enfermedad cerebro vascular (72,9 por 100 000 habitantes). Los accidentes registraron una tasa de 44,5 y el de suicidio 16,4 por 100 000 habitantes.⁴

Desde los años 60 se logró eliminar la desnutrición como fenómeno social. Hasta 1989 se produjo un aumento sostenido del suministro energético, como parte de un consumo balanceado de alimentos. Pero a partir de ese año la alimentación ha sido uno de los aspectos de las condiciones de vida más afectados por la crisis y el bloqueo económico. En 1990 el consumo calórico diario reportado era de 3 130 calorías; en 1993 fue de 1 863, que representa 78 % de las necesidades medias.

Entre 13 nutrientes considerados, el déficit mayor era de grasas (35 % de las necesidades). El bajo peso al nacer constituía otro claro ejemplo de los efectos de la alimentación insuficiente. Es además un índice de

alta sensibilidad. Este índice mostraba una tendencia al descenso desde la década de los 70, pero comenzó a ascender en 1991 y dos años después alcanzó un nivel superior al de la década precedente. Esta nueva situación comenzó a revertirse en 1994 y continúa descendiendo, lo que demuestra la recuperación de los niveles nutricionales,⁶ aunque aún no está a la altura de 1990 (tabla 3.6).

Tabla 3.6. Índice de bajo peso al nacer. Cuba 1990–2000

Año	Índice*
1990	7,6
1991	7,8
1992	8,6
1993	9,0
1994	8,9
1995	7,9
1996	7,3
1997	6,9
1998	6,7
1999	6,5
2000	6,1

* Porcentaje sobre el total de nacimientos vivos.
Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2000.

Que la población disponga de viviendas adecuadas y saneamiento básico es factor determinante de una buena situación de salud. El intenso proceso de urbanización (75,2 % de la población del país es urbana), impulsado por la emigración del campo a las ciudades y el crecimiento de la población en edad matrimonial, ha presionado sobre las carencias habitacionales.⁷

Durante muchos años y con el propósito de reducir las grandes diferencias entre la capital y el resto del país, los mayores esfuerzos constructivos se aplicaron a las ciudades del interior y zonas rurales. La Habana, en consecuencia, sufrió un deterioro progresivo y su situación se ha tornado particularmente difícil. El estado de más de la mitad de las viviendas es regular o malo; 1 de cada 10 es irrecuperable.⁸ Para corregir esta situación fue necesario introducir una mayor descentralización en la formulación y manejo de la política de vivienda y urbanización. El traspaso de los programas habitacionales a las autoridades locales, aún con las dificultades asociadas a los arreglos institucionales, el traslado de los recursos y la creación de capacidad de manejo a nivel subnacional, han permitido desarrollar la base de producción local e incrementar gradual-

mente la construcción de nuevas viviendas y asentamientos. A finales del pasado decenio ya se había recuperado el promedio anual de construcciones del quinquenio 1990-1995.⁹

Un programa audaz y novedoso se efectúa en el núcleo histórico de La Habana, donde se rescata el patrimonio cultural de esa parte de la capital, que ostenta la categoría de Patrimonio Cultural de la Humanidad. El Gobierno del municipio, la Oficina del Historiador de La Habana y el Programa de Desarrollo Humano Local, han conseguido movilizar recursos nacionales y externos para una acelerada restauración urbanística, habitacional y social del lugar.¹⁰

En materia de saneamiento se ha logrado extender a una parte importante de los hogares cubanos el acceso a aguas limpias y sistemas de evacuación de desechos, por lo que se garantiza un mínimo de salubridad del entorno, tanto rural como urbano. En 1999 la cobertura era para la población urbana del 84,9 % y para la rural del 40,4 % en cuanto al servicio de agua por conexión domiciliaria.⁷ La cobertura con medios sanitarios de eliminación de excretas, según el estudio *Multiple Indicators Survey*, MINSAP/UNICEF, era en el 2000 de 99,1% para la población urbana y de 95,1 % para la población rural.¹¹

Sin embargo, al identificarse los principales problemas ambientales del país, junto a la degradación de los suelos, la contaminación de las aguas terrestres y marinas, la deforestación y la pérdida de la diversidad biológica, se encuentra el deterioro del saneamiento y las condiciones ambientales en los asentamientos humanos. Este deterioro acentuado en la década de 1990 se explica, entre otros factores, por las afectaciones del servicio de agua potable (cantidad y calidad), las limitaciones para la recolección y disposición de desechos sólidos, el inadecuado manejo de los desechos peligrosos y, en ciertos lugares, los problemas de la calidad del aire.

El programa de desarrollo hidráulico permitió entre 1960 y 1990 aumentar la capacidad de los embalses de 48 millones de metros cúbicos a 9 600 millones, lo que aseguró aumentar la cobertura del suministro de agua. Sin embargo, la cantidad y la calidad se vio afectada en años recientes debido al déficit de productos necesarios para su tratamiento, el deterioro de las instalaciones, redes de acueductos e irregularidad en las tareas de mantenimiento.⁶ También se han afectado la recolección y disposición de desechos sólidos por falta de transporte automotor y de depósitos. En algunos asentamientos se han producido afectaciones en la calidad del aire, debido a incorrectas ubicaciones de algunos de estos, y de centros industriales.

La situación descrita ha entrado en franco período de restauración. El perfeccionamiento de la organización y gestión ambiental, la

potenciación de la participación comunitaria y la asignación de recursos financieros (todavía insuficientes) han logrado detener el deterioro e iniciar la mejoría de la situación.

La aprobación de la Estrategia Nacional Ambiental y la promulgación de la Ley del Medio Ambiente, ambas ocurridas en 1997, son acciones de gran valor en materia de mejoramiento del ambiente físico y de la calidad de los asentamientos humanos en el país. Son las bases para lograr los objetivos en materia de medio ambiente y desarrollo, que recoge la Agenda 21 para el mundo subdesarrollado.

Hasta aquí se ha presentado la información que habitualmente se conoce como situación de salud. Pero el 11 de septiembre de 2001, en Nueva York, se produjo el atentado criminal más repulsivo de estos tiempos, torpe, injustificado. Este hecho lleva cotidianamente a reflexionar sobre terrorismo y guerra. Pero esos temas no son de esta presentación. El autor se limitará a reiterar su opinión, que es la de sus compatriotas todos; contra el terrorismo y contra la guerra. Pero sí es necesario referirse al aspecto relativo a la salud humana que en las semanas siguientes al 11 de septiembre está llevando al pánico a la población estadounidense y de algunos otros países: el uso de un agente infeccioso como arma de terror

Frente a lo que ocurre con el ántrax o carbunco se ha generado pánico en la población de un enorme y poderoso país, que ha permeado también a algunos más. Esta situación ha conducido al agotamiento de las existencias de ciertos medicamentos, al uso que se ha clasificado de preventivo de algunos antibióticos, con el riesgo que implica su uso incontrolado, incluido el de nuevas resistencias a estos. Se compran por la población medios de protección variados. En resumen, se hacen cosas innecesarias, costosas y extravagantes, capaces de hacer más daño que beneficio.

La estrategia del sistema de salud cubano es muy diferente: informar adecuadamente y advertir, con argumento científico de qué se trata, qué se conoce y qué se ignora; educar sobre lo que procede hacer para prevenir, diagnosticar o curar la enfermedad o problema que afecte a la población. Se ha visto situaciones similares, epidemias que han afectado a personas, animales o plantas, algunas introducidas intencionalmente en el país. Pero un verdadero ejército de profesionales y técnicos en materia de sanidad humana, animal o vegetal ha sabido qué hacer, sin provocar pánico. Ellos toman las acciones técnicas que proceden y educan a la población en lo que debe hacer de inmediato y con posterioridad a la emergencia. Tener educada a la población es la alternativa primera para el éxito y la única para contener el pánico, tan peligroso como cualquier epidemia.¹² Estas consideraciones, frente a un fenómeno de actualidad, tipifican un rasgo de la situación de salud y del sistema de salud cubano.

El sistema de salud

La situación de salud antes expuesta es el resultado de las condiciones políticas, económicas y sociales que concurren en el país. El sistema de salud es un componente de la sociedad en que se inserta y con la que guarda relación de dependencia. A una formación económica social concreta corresponderá un determinado sistema de salud. La construcción consciente de un nuevo sistema de salud en Cuba se hace a partir de la ruptura abrupta y radical con una situación caracterizada por:

1. La dependencia política y económica de una potencia extranjera que controlaba la principal industria del país, incluido el 25 % de las mejores tierras agrícolas; la producción y comercialización de la energía eléctrica, los servicios telefónicos, la importación, transportación y distribución de combustibles, el transporte marítimo, la minería y la parte más importante de la banca.
2. La estructura económica dependiente de la producción agrícola, monoprodutora de caña de azúcar, de tipo extensivo, latifundio.
3. El desempleo y subempleo permanentes y masivos, de hasta un 25 % de la fuerza de trabajo, en el período entre zafras azucareras.
4. La economía abierta. De 25 a 28 centavos de peso correspondían a importaciones obligadas, y a una concentración geográfica de exportaciones (60 %) e importaciones (75 %), en el mercado de EE.UU.

Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola, monoexportador y, por tanto, dependiente.¹³

En este contexto se caracterizó la reforma del sistema por la adopción de la concepción ideológica marxista, en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública. Por esto existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial. En consecuencia, se adoptaron los principios de la salud pública socialista, como eran conocidos en la literatura científica del este de Europa, pero añadiendo Cuba el del internacionalismo, como forma solidaria de dar y recibir ayuda para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos.¹⁴

Así, la reforma de los servicios de salud estuvo presidida, desde su inicio, por la voluntad política de transformar la situación determinante de una salud colectiva afectada por graves problemas, y la de orientarla a un modelo que liquidara todo lo que atentara contra la salud de la población. Esta voluntad tuvo y tiene su expresión más concreta y visible en la atención personal que el Jefe de Estado y Gobierno dio y mantiene al sector de la salud y su personal intervención en la solución de los problemas

más trascendentales en este campo. Son transformaciones introducidas por la reforma (que hoy caracterizan el modelo de sistema de salud cubano):

1. La erradicación de la corrupción.
2. La prioridad en el desarrollo de los recursos humanos: su capital humano.
3. La planificación y programación de las acciones de salud.
4. El desarrollo de la estadística sanitaria.
5. El carácter intersectorial y multidisciplinario en la concepción del sistema.
6. La búsqueda de la equidad.
7. La lucha por la calidad.
8. La participación social y popular en el sistema.
9. La sostenibilidad del sistema.

En relación con este último aspecto, la sostenibilidad de la reforma y del sistema que generó, se expresa en la aceptación plena y la defensa consecuente que de ella hace la población. El respaldo popular ha sido total y sostenido, continúa décadas después de los primeros hechos de la reforma, que mantiene hoy los principios, características y proyección que le dieron origen.

El modelo de sistema

En Cuba, el programa de salud es parte esencial de la política social y ha contribuido a los logros en el desarrollo humano y la equidad. Se fundamenta en conceptos y proposiciones que gozan de amplio consenso internacional. Entre sus componentes se destaca una concepción de salud vinculada con todos los aspectos de la vida humana y el acceso universal a adecuados servicios de salud.¹⁵ El modelo se basa en los siguientes principios:

1. La salud es un derecho humano.
2. Se reconoce el carácter estatal y social de la medicina.
3. La salud de la población es responsabilidad del Estado: accesibilidad y gratuidad aseguran la equidad en los servicios para toda la población.
4. Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica aplicando consecuentemente los adelantos de la ciencia y la técnica.
5. Las acciones de salud tendrán orientación principal hacia la promoción y prevención.
6. La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.

7. La solidaridad internacional es práctica de los servicios de salud.

La aplicación de estos principios, sobre todo la accesibilidad y gratuidad, ha hecho posible el logro de la equidad en salud, tanto en lo que se refiere a accesibilidad geográfica como a los distintos niveles de complejidad del sistema de salud (tabla 3.7).

Tabla 3.7. Cinco indicadores de equidad territorial en salud en las 14 provincias del país. Cuba, 2000

Indicadores	Máximo	Mínimo
% de partos con asistencia calificada	100	99,7
Menores de 2 años con esquema de inmunización completo	98,7	89,9
% de población cubierta con médico/enfermera de familia	100	96,0
Consultas de odontólogo x habitantes	2,6	2,1
Donaciones voluntarias de sangre por 100 habitantes	5,3	4,7

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2000.

La salud es un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones por raza, sexo, edad, religión, posición política o condición económica. Su aseguramiento es responsabilidad del Estado, que actúa a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como organismo rector del sistema. Lo anterior está amparado por los artículos 47 al 50 de la Constitución de la República, los cuales se cumplen.¹⁶

El MINSAP dirige y controla centralmente el plan de salud, pero, paralelamente, se apoya en una gestión territorial descentralizada para elevar la eficiencia y agilidad del servicio. La estrategia de trabajo se cumple a partir de prioridades, establecidas en función de las circunstancias y que permiten la ejecución de los programas específicos.¹⁷

La labor en esta esfera se complementa con un amplio trabajo multisectorial (el sistema de salud no es sinónimo de ministerio de salud o servicios de salud), y una intensa acción comunitaria a través de organizaciones de masa, que trabajan por el mejoramiento de la salud en su más alta concepción.¹⁸

El primer y decisivo paso en el desarrollo de los servicios de salud fue la integración de todas las instituciones de servicios médicos existentes al sistema, con lo cual estas pasaron a ser financiadas por el Estado y regidas por el MINSAP. En correspondencia con la concepción de desarrollo, se imbricó desde el principio, con las transformaciones económicas. Así, tras la aplicación de la Ley de Reforma Agraria, fue organizado el servicio rural, que extendía la atención médica a todas las zonas del país, lo que motivó un ambicioso programa de formación de recursos humanos.¹⁹

El establecimiento del servicio rural fue uno de los primeros pasos en la búsqueda de la equidad en salud, seguido de la nacionalización de servicios privados de salud, incluida la industria farmacéutica y farmacias, la gradual reducción del ejercicio privado de la medicina, la creación de las instituciones estatales con diferente grado de complejidad en el servicio, la formación del personal necesario para la expansión de las acciones en esta esfera y la creación de centros de investigación y desarrollo.

Desde las primeras etapas en la formación del sistema se puede hablar de reforma, una reforma revolucionaria por su extensión y profundidad, pero la reforma ha sido un proceso continuo, ya que se ha hecho necesario introducir modificaciones al modelo de sistema por hechos como los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, la dinámica de la economía del país, en especial la crisis de los primeros años de la década de los años 90, denominado período especial en tiempo de paz, y del que hoy se muestra recuperación en buena medida, y las contradicciones que genera el propio desarrollo, incluido el impacto de las nuevas tecnologías. Por eso se puede afirmar que en el caso de Cuba, la reforma sectorial -más que un hecho eventual o puntual- ha sido un proceso permanente en los últimos 40 años del siglo xx.¹⁵

Algunos hitos importantes en el devenir de este proceso permanente de reformas en salud son:

1. El establecimiento desde 1960 de la gratuidad de los servicios médicos estatales.²⁰
2. La nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados en 1960.^{21,22}
3. La creación del servicio médico social rural en 1960.²³
4. El otorgamiento de alta prioridad al desarrollo de la atención primaria de salud.²⁴
5. La descentralización administrativa del sistema, dotando a cada unidad de presupuesto propio.
6. El inicio (1963) de la práctica de la solidaridad internacional, llamado internacionalismo en salud, y su posterior desarrollo.
7. La creación de un subsistema que comprende la importación/exportación, producción y distribución nacional de medicamentos, equipos y otros medios de trabajo del sector bajo la dirección y administración del MINSAP.
8. La inclusión, como parte de las responsabilidades del MINSAP, de la formación de recursos humanos para el sector.
9. El desarrollo de la participación social, en especial en su forma comunitaria, como pilar del desarrollo y manejo de los servicios.

Para una mejor comprensión del modelo y de su evolución, es necesario referir con más detalle algunas acciones o medidas de la reforma, que hoy son objeto de ajustes.

Desde la concepción del nuevo sistema se inscribió la atención primaria de salud como la primera prioridad en cuanto a reforma y como estrategia principal para el desarrollo del sistema. Fue la creación del servicio médico social rural y la consiguiente extensión de cobertura, al llevarse hasta áreas rurales antes carentes de servicio un número significativo de médicos primero, seguido de enfermeras y odontólogos un año después. Para esta extensión no se recurrió a paramédicos, como los llamados *feltcher*, muy utilizados en Europa del Este, u *obstetrices* (comadronas). Fue una temprana decisión lograr una total cobertura de las necesidades de atención primaria con médicos, no obstante la aguda escasez de ellos que provocó un movimiento migratorio, estimulado desde el exterior por fuerzas políticas hostiles al país y su programa político.²⁵

En la ciudad se inició la transformación de las expresiones de atención primaria existentes hasta 1960: las casas de socorro, para la atención de ciertas urgencias, los dispensarios infantiles (programa paralelo a los del Ministerio de Salubridad) y las unidades sanitarias, definidas para realizar el control epidemiológico y de la higiene del ambiente físico. Estas instituciones fueron integradas en un centro de salud que se denominó policlínico. Estos evolucionaron y fueron objeto de acciones de reforma, como las que dieron origen a las denominaciones sucesivas de policlínico integral (al fortalecer sus acciones promotoras y preventivas) y policlínico comunitario (al dar fuerza mayor a la atención de las familias y a la concertación estrecha de los programas con las comunidades).²⁶⁻³¹

"La descentralización en salud formó parte de la descentralización político administrativa al interior de los gobiernos provinciales y municipales en el marco del fortalecimiento del papel de la sociedad y no de una simple reforma estatal. Buscamos modernizar y crear un nuevo tipo de modelo sanitario a través del fortalecimiento de la salud dentro de la sociedad, desarrollando los niveles operativos del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto, a fin de hacerlos más eficaces y eficientes, además ello conlleva que sean equitativos frente a los daños e igualitarios en el consumo y distribución de sus servicios. Defendemos que los servicios deben tener acceso universal tanto en el consumo como en la distribución. Para ello el modelo tiene tres componentes que fueron desarrollándose en el tiempo, pero las nuevas apariciones no borran el antiguo concepto que sigue teniendo vigencia en determinadas circunstancias, siendo esta forma, los nuevos modelos son respetuosos de la historicidad del desarrollo de los modelos anteriores."¹⁷

Un primer componente introducido en el modelo, siempre con enfoque principal en atención primaria, es el basado en el daño con cobertura universal. Aquí el sujeto de programación es la enfermedad y la apertura programática va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de aquella. Este modelo fue dominante largo tiempo en la planificación de salud, y base de numerosos programas verticales contra enfermedades (malaria, tuberculosis, cáncer...).¹⁷

Un segundo componente está basado en el concepto de riesgo. Así la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidas a riesgos específicos. Los riesgos deben seleccionarse en función de su vulnerabilidad, lo que permite definir una estrategia para su atenuación o erradicación. Entre otros grupos se ha trabajado con embarazadas, grupos específicos de edad (incluido el de la llamada tercera edad) y grupos de riesgo ocupacional.¹⁷

La programación por daño es un concepto de intervención biológico-asistencial. El de riesgo admite posibilidades diversas ya sean en el plano sectorial (acciones asistenciales), como promocionales y preventivas o multisectoriales con un contenido epidemiológico y social. Este modelo es esencialmente descentralizado, pues el riesgo obliga a la planificación en el escenario local, que es donde se tipifica y caracteriza en sí mismo. La aplicación de este concepto es una de las bases de la actual planificación en el país. De ahí los programas vigentes importantes, para grupos como los antes mencionados.¹⁷

Un tercer componente está basado en el concepto de protección familiar y cobertura integral. Más avanzado que los anteriores ha emergido con gran fuerza en la década de los 80. Ha madurado, pero continúa siendo objeto de ajustes para su perfeccionamiento. Se fundamenta en el concepto de universalidad e igualdad de cobertura a toda la población sin ninguna categoría de exclusión. Busca no solo la individualización y los grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa: la familia, basado en un aumento continuo de la calidad de vida y en la promoción de salud. Este marco conceptual asume que la salud no es un problema sanitario solamente, sino la expresión de vida de la estructura social concreta y para resolverlo es necesario el desarrollo de acciones sectoriales y fundamentalmente de acciones intersectoriales. En este concepto se basa el desarrollo del programa del médico y enfermera de la familia, respuesta cubana a las proyecciones y proposiciones de la Carta de Otawa, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social y las cumbres iberoamericanas, entre otras importantes reuniones internacionales.¹⁷

Los aspectos que sustentaron la concepción y desarrollo de este programa fueron:

1. La creciente tendencia a la fragmentación y super especialización de la práctica médica.
2. Los cambios en el perfil epidemiológico: control eficaz de enfermedades transmisibles, aumento de las crónicas no transmisibles.
3. La necesidad de actuar sobre el individuo, la familia y la comunidad, modificando actitudes, conductas y estilos de vida.

Son características del programa a que se hace referencia la instalación de un consultorio enclavado en la comunidad a la que prestarán servicio un médico y una enfermera. La población a su cargo la forman los miembros de 120-160 familias, alrededor de 600 a 800 personas. Cuentan con el respaldo de personal especializado en el policlínico del que dependen y el médico tiene categoría de especialista en Medicina General Integral (tres años de estudios como "residente" para alcanzar el título de especialista). Su responsabilidad incluye la ejecución de los programas de salud en marcha, y en especial sus acciones promotoras y preventivas. Los médicos de familia en el 2000 eran 17 105, lo que daba cobertura al 99,1 % de la población del país.⁴

Es también relevante en este sistema de salud el alcance y profundidad de la participación social, que le otorga al sistema un amplio carácter democrático, con práctica directa y efectiva de la democracia.

En un inicio la participación social fue del tipo pasivo, o sea, inducida por el sector de la salud y dirigida a procurar el apoyo de los programas del Ministerio de Salud Pública. En etapas posteriores se avanzó a una participación activa, que se manifiesta por las iniciativas propias de la comunidad y por su participación en el control y decisiones sobre acciones de salud.

Su más alta expresión se concreta en las asambleas de rendición de cuentas de los delegados a las asambleas municipales del Poder Popular (ediles o concejales), donde estos rinden cuenta de su gestión ante sus electores, quienes los eligieron mediante voto secreto y directo, en candidaturas sin candidatos únicos. En estas asambleas semestrales, entre otros asuntos de la comunidad, se tratan los temas de salud y se discute y se adoptan decisiones que son mandatos de estas asambleas abiertas de los electores para su delegado. En cada período, los participantes en las asambleas de cada circunscripción cuando eligen a un delegado suelen alcanzar alrededor del 80 % de electores participantes. Esta es una de las bases más importantes del respaldo popular al sistema de salud y al sistema político y social que lo sostiene.

Se puede identificar resultados del sistema de salud cubano derivados de la participación social:

1. La formación y organización de personal voluntario para el desarrollo de acciones de salud en el seno de la comunidad, como las que forman las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas y los que iniciaron este tipo de participación: colaboradores voluntarios en la vigilancia epidemiológica para la erradicación del paludismo.
2. El entrenamiento y asignación de funciones como "responsables de salud" a miembros de los sindicatos y de comités de defensa de la revolución, que los eligen.
3. Son tareas destacadas de estos colaboradores el apoyo a campañas y programas de vacunación, de saneamiento ambiental, y de diagnóstico precoz en el programa de la lucha contra el cáncer.
4. La educación y toma de conciencia de la población en la solución de problemas de alta incidencia como enfermedades diarreicas agudas, parasitismo intestinal y protección a la embarazada.
5. Promoción y participación en el programa de donaciones voluntarias de sangre (5,3 por 100 habitantes en el 2000).⁴

Uno de los aspectos del sistema y de la reforma que le dio origen y que hoy suscita discusión es la concepción totalizadora del sistema de salud cubano, que incluyó como parte del sector y subordinadas al MINSAP a la casi totalidad de las actividades relacionadas con la salud humana. Entre estas la producción y distribución de fármacos, equipos y otros insumos del sector.

Cuando esto ocurrió (1961-1962), existió amplio consenso al respecto, pero al evaluar los hechos en fecha reciente, se rectificó la decisión de aquel momento en que se subordinaron a un mando único estos importantes aspectos relativos a los servicios de salud, sobre todo por ser época de convulsión política y económica, lo que permitió avanzar hacia soluciones estratégicas y prácticas para el momento y años posteriores. Pero esto ocurría hace 40 años. Recientemente se decidió subordinar la industria farmacéutica al Ministerio de la Industria Básica. Esto, entre otras ventajas, permitirá rectificar la dimensión de la esfera del MINSAP, que en el 2000 alcanzó la cifra de 359 653 trabajadores, o sea, el 5,5 % de la población en edad laboral. A su vez contribuirá a un mejor ejercicio por parte de la autoridad sanitaria en la fiscalización o control de la producción de esta industria.

Otro rasgo distintivo del sistema de salud cubano es la práctica del internacionalismo en salud. Esta comenzó en fecha tan temprana como 1963, cuando 56 profesionales y técnicos llegaron a Argelia, recién conquistada su independencia. Progresivamente la asistencia y cooperación en el campo de la salud fue creciendo. En 1985 Cuba tenía lo que The New York Times

llamó "quizás el mayor programa de asistencia civil en el mundo." Cuba tenía entonces más médicos trabajando en el exterior que la OMS.³² El valor político de esta colaboración se relaciona con la forma en que se realiza, que es la atención médica directa a la población en el país receptor. Pero junto a este tipo de ayuda se ha trabajado también en numerosos países, en algunos por largo tiempo: recibiendo pacientes para atención médica, formando recursos humanos en Cuba y en el país anfitrión, socorriendo frente a desastres naturales, donando equipos y suministros, con asesorías de alto nivel y otras variadas formas de cooperación bilateral o multilateral. Todo lo referido ha sido un aporte gratuito de Cuba, con la exclusión de la actual forma de cooperación que se llama compensada, añadida y no sustitutiva de la anterior, en la que el país receptor paga parcial o totalmente por lo que recibe. La cooperación internacional en el campo de la salud es un rasgo trascendente de nuestro sistema, que la categoriza como principio, y es el más importante impacto en las relaciones de la salud pública cubana con el extranjero.³²

Más recientemente estas acciones se han fortalecido y crecido al calor del Programa Internacional de Salud (PIS) realizado por el Gobierno cubano y concebido a raíz de los desastres causados por ciclones tropicales que azotaron a América Central, Haití y República Dominicana. Este programa comprende dos acciones principales: la cooperación con personal médico y sanitario en las zonas más desprotegidas de los países afectados y el otorgamiento de becas a estudiantes de las mismas zonas para cursar estudios de medicina en Cuba. El programa posteriormente se ha extendido a países de África.

A finales del 2000 los países que participaban del programa eran siete de América Latina, siete de África y uno de Asia. El número de cooperantes involucrados era de 2 446. El total de países receptores de colaboración era de 58 y con un monto de 3 853 colaboradores.

Los alumnos de otros países en facultades cubanas de medicina al inicio del curso 2000-2001 sumaban una cifra de 1 760. Además, en la Escuela Latinoamericana de Medicina están actualmente matriculados 4 857 alumnos.

Esta política internacional de colaboración en salud parte de una más amplia que incluye otras esferas que desarrolla el Gobierno cubano, es una hermosa obra de solidaridad y un trabajo relevante como contribución al mejor entendimiento entre los pueblos y a la paz.

Los recursos humanos

En la estrategia cubana para la creación y consolidación de su sistema de salud, la política de desarrollo de recursos humanos ha sido factor de máxima relevancia. El capital humano con que hoy cuenta el país, en

todas las esferas, es notable, pero se aprecia mejor y alcanza más peso en el sector de la salud.

Al examinar el alcance actual de esta política y sus resultados no puede olvidarse que hace poco más de 40 años se realizó en el país una campaña de alfabetización, que en un año, con la generosa contribución de 270 000 jóvenes voluntarios, se alfabetizaron alrededor de 700 000 personas iletradas, y se redujo el índice de analfabetismo de 23,1 % a sólo 3,9 %.³² Así se erradicó el analfabetismo como fenómeno social.

Si la hazaña realizada entonces no se hubiera reorientado con un seguimiento nacional para elevar la instrucción de los recién alfabetizados hasta el 6to. grado de escolaridad, estos habrían regresado a su condición inicial. Pero no se detuvo el movimiento masivo para elevar la instrucción de los cubanos. Hoy la escolaridad media de nuestra población es de nueve grados de enseñanza. Por otra parte, la escolarización de niños entre 6 y 14 años rebasa desde la pasada década y de modo sostenido el 97 % cada año, lo que asegura el progresivo aumento de la escolaridad media del país. Esto se puede afirmar ya que el índice de retención escolar en cada curso para cada uno de los niveles de enseñanza, desde la misma década, es superior al 95 %.⁶

El control del Estado sobre la totalidad de las instituciones escolares excluye la privatización de la enseñanza tanto como la injerencia de los mecanismos de mercado y garantiza condiciones similares para todos los estudiantes. La educación en Cuba es universalmente gratuita; como la salud, es un derecho humano, que se disfruta sin distinción de raza, sexo, credo o nivel social.

El acceso a la educación ofrece al individuo no sólo conocimientos y la posibilidad de acceder a su propia visión del mundo, sino que lo capacita para una vida plena, rica intelectual y moralmente. Por ello, la educación en Cuba no es, en sentido estricto, una inversión social, sino que forma parte de una concepción más amplia, en la cual el bienestar del ser humano es el objetivo fundamental. Una sociedad de personas educadas avanza y se desarrolla armónicamente. Este es uno de los fundamentos del desarrollo humano.

Según una comparación internacional respecto al índice de la educación fundamental (IEF), Cuba ocupa el primer lugar del tercer mundo con el 96,9 %, por encima de muchas naciones de mayor desarrollo económico relativo.³³

Los logros relativos de Cuba en el campo de la educación, con respecto a los observados en el mundo industrializado y en desarrollo, según aparece en el Informe sobre Desarrollo Humano 1995, editado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), son los siguientes: de cuatro indicadores considerados, en tres el logro relativo de Cuba es alto y en uno es medio.³⁴

Estos resultados encuentran expresión en la educación universitaria. Entre los cursos 1959-1960 y 1970-1971 la matrícula en las universidades cubanas creció en 10 000 estudiantes, y en los diez años siguientes creció en 155 000.⁴

A fines de la pasada década, de cada 100 ocupados, siete poseían títulos universitarios y 13 eran técnicos medios.³³⁻³⁴

En este contexto se ha desarrollado un riguroso programa de formación de profesionales y técnicos para el sector de la salud. Las instituciones formadoras, tanto universitarias como técnicas, se encuentran adscritas directamente al MINSAP, bajo la rectoría metodológica de los ministerios de Educación Superior y Educación. El crecimiento del número de unidades de enseñanza ha alcanzado de 1 a 21 facultades de medicina y de 1 a 57 politécnicos de la salud.

El programa iniciado en 1960 egresó de sus escuelas hasta el 2000, la cifra de 208 248 técnicos.⁴ De las facultades universitarias 76 488 médicos, 11 485 odontólogos y 21 957 licenciadas en enfermería. Estas últimas tuvieron acceso al nivel universitario en 1980.⁴

Este esfuerzo ha contado con el respaldo que significa la gratuidad total de los estudios cursados. El acceso a la enseñanza universitaria pasa por un proceso de selección que incluye valoración de su rendimiento acumulado en los años de nivel preuniversitario, con un mínimo de 90 % para ser aceptado, examen adicional de suficiencia de ciertas materias, pruebas psicopedagógicas, examen médico diseñado para esta selección y aprobación del colectivo de estudiantes de donde procede.

Durante la carrera no se admite repetir cursos por deficiencias académicas.

Tanto los profesionales como los técnicos tienen acceso a numerosas vías de superación o perfeccionamiento profesional. Los universitarios pueden alcanzar tres sucesivos niveles: especialista, maestría y doctorado en ciencias. En cada caso el último acto de cada nivel es un examen estatal o defensa de tesis.³⁵

En todos los tipos o niveles de enseñanza se aplica el principio de educación en el trabajo que se desarrolla en el marco de la integración docente, asistencial e investigativa, el cual privilegia cada vez más la atención primaria de salud y el trabajo grupal tutorial, que potencia el desarrollo de la creatividad y capacidad resolutoria individual y colectiva de forma multiprofesional e interdisciplinaria.³⁶

La formación acelerada de recursos humanos a que se ha hecho referencia fue estimulada por la salida del país de personas que no aceptaban las circunstancias de consumo, austeridad, movilización y disciplina que derivan de un movimiento social transformador de raíz popular y del bloqueo externo. La importancia mayor para el sistema de salud la tuvo

la emigración de médicos que entre enero de 1959 y marzo de 1965 alcanzó la cifra de 1975 (poco más del 30 % de los médicos de 1958) con la consiguiente afectación de los servicios, la enseñanza y la investigación. La solución estuvo en los planes de formación desarrollados, sin concesiones en cuanto a calidad, hasta alcanzar la situación actual, en que se cubren todas las necesidades y es posible contribuir con otros países facilitándole personal calificado y de conducta laboral altamente satisfactoria.

El desarrollo de estos recursos ha sido a su vez el capital esencial para el impulso a la investigación científica y la búsqueda de la independencia tecnológica en todo lo que este alcance, según las posibilidades de cada momento. No es aceptable para la economía cubana depender de cada conquista tecnológica que se origine en el primer mundo, sobre todo si el sistema de salud es universal en su cobertura, lo que implica aplicar las conquistas científicas a todo el que lo requiera, tanto en el campo de la promoción y prevención, como en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Este concepto ha determinado la creación de numerosos centros de investigación y desarrollo tecnológico, como los 13 institutos de especialidades médico-sanitarias del MINSAP, los dos cardiocentros, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, el Instituto Finlay (vacunas), el Centro de Inmunoensayo, el Centro Nacional de Producción de Animales de Laboratorios, el Centro Nacional de Salud Animal y el Centro de Inmunología Molecular que, entre otros resultados, hoy ha alcanzado la producción de las vacunas contra la meningitis meningocócica y la hepatitis B, equipos y técnicas para diagnóstico, restauración neurológica y cirugía estereotáxica, equipos de resonancia magnética nuclear, factor de crecimiento epidérmico, anticuerpos monoclonales, interferones y surfactantes.

El desarrollo

Aunque el crecimiento económico es una condición indispensable para el desarrollo, no todo crecimiento conduce a este objetivo. Para que resulte efectivo, el crecimiento debe darse en ramas económicamente estratégicas o sectores dinámicos, que aseguren niveles de actividad económica, constantes y equilibradas. Simultáneamente, se necesita la aplicación de estrategias adecuadas para garantizar una distribución racional de los ingresos en función de programas sociales de desarrollo, lo que demanda una intervención estatal consecuente.⁶ La inversión social, considerada por algunos un gasto improductivo, es en realidad el capital de reproducción natural capaz de impulsar el desarrollo.

Desde sus orígenes, el proyecto cubano de nuevo sistema social previó la estrecha relación entre la economía y los efectos sociales, con la finalidad de dar una solución integral a este dilema. Se concibió el proceso de desarrollo a partir del tratamiento simultáneo de los problemas económicos y sociales. La atención a los aspectos sociales se correspondía plenamente con el hecho de que todo movimiento social renovador, revolucionario, alcanza su realización, precisamente, a través de las soluciones que ofrezca a los problemas sociales existentes.

Sin dudas, la erradicación de problemas seculares del subdesarrollo como la pobreza, el monocultivo y el latifundio, el alto nivel de desempleo y el atraso industrial, demandaban, a su vez, la solución de fenómenos estructurales, tales como la existencia de un sector económico deformado y de relaciones de dependencia.

En el proceso de desarrollo en Cuba, las transformaciones en la economía y en la estructura social se rigen por el principio de lograr el desarrollo a partir de la distribución equitativa de los ingresos, manteniendo la justicia social. Esto se reflejó en medidas encaminadas a lograr la redistribución inmediata de los ingresos a favor de los trabajadores y de los grupos marginados, la eliminación del desempleo y la elevación del nivel de vida.

La concepción del desarrollo integral, económico y social, constituye el primer rasgo del desarrollo en Cuba. Otro rasgo esencial es la aplicación de una política social única, dirigida por el Estado, lo que permitió la concentración y distribución de los recursos disponibles en función de esta política. Este enfoque ha demostrado ser acertado, especialmente en tiempos en que la estrechez económica ha provocado fuertes contracciones en la disponibilidad de los recursos.

Por otra parte, la acción del Estado no habría reportado resultados tan destacados si no hubiese contado el gobierno con respaldo popular, además de promoverse una universal participación social en los programas de desarrollo: en educación, salud, viviendas, abastecimientos de bienes de consumo, y en las acciones deportivas y culturales.

Esta política de desarrollo social ha elevado el nivel de vida de la población, combinando el incremento del consumo individual con las prestaciones de servicios sociales básicos. Simultáneamente las políticas aplicadas comprenden un tratamiento preferencial a determinados segmentos poblacionales: mujeres, niños, niñas, ancianos, población rural. Es precisamente en estos sectores vulnerables en los que los problemas estructurales del subdesarrollo se agudizan. La solución exige no solo profundos cambios en el sistema socioeconómico, sino también de un proceso de asimilación gradual y constante de cambios.

La historia del proceso de desarrollo que se expone revela que, aún cuando desde el inicio la percepción acerca de un desarrollo integral

estuvo presente, ello no aseguró automáticamente la relación adecuada entre todos los factores que tal desarrollo demandaba. La política económica conoció avances, deficiencias, errores propios de todo proceso de desarrollo, pero que en este caso, se ven acrecentados por las condiciones derivadas del bloqueo a que está sometido el país desde hace más cuatro décadas.

En este contexto, ha resultado vital la capacidad de adaptación a las circunstancias, manteniendo una posición flexible y de autocrítica en la revalorización de las políticas adoptadas.

La política social está cambiando y debe su capacidad de adaptación, en parte, a la propia concepción que le dio origen:

1. La centralización en manos del Estado, que ha permitido un mayor grado de integralidad, la igualdad de condiciones en el acceso a los servicios sociales, la estabilidad y la posibilidad de priorizar la atención a los sectores más vulnerables.
2. El logro de un alto nivel de participación social en la adopción de decisiones, que han garantizado la comprensión y el apoyo por parte de la población a las medidas para sortear las crisis.

Es necesario destacar que el mayor éxito de este proceso reside precisamente en mantener y perfeccionar la estrategia elegida.

La evolución de las políticas de desarrollo se convierte así, de objetivo esencial en motor impulsor y garantía de supervivencia del proyecto cubano.

En un modelo de desarrollo donde lo económico y lo social son simultáneamente tratados e impulsados como componentes obligados de un desarrollo que no debe ser sólo crecimiento económico, es comprensible el papel protagónico que en lo social adquieren los sectores de la salud y la educación. Esto explica lo referido respecto a estos sectores. En salud se han dado evidencias de un sostenido desarrollo multilateral, que ha modificado sustancialmente la situación de salud, y donde el desarrollo de los recursos humanos ha desempeñado un rol trascendental. El modelo ha buscado y conseguido equidad en salud, entre otras formas.

Hoy puede resultar de interés como se prevé la sostenibilidad del modelo de salud, en términos de sostén económico.

El sistema de salud de Cuba se financia por el presupuesto estatal cuya elaboración pretende garantizar, por una parte, los objetivos de desarrollo previstos del sector de la salud, y por otra, una mayor eficiencia en la provisión de los recursos presupuestarios. Este financiamiento se encuentra altamente descentralizado. A partir de los presupuestos municipales se financian la casi totalidad de los gastos de salud pública (92,6 %). También de la educación (82,0 %) y de la asistencia social (92,4 %).³⁷

No obstante la difícil situación económica por la que ha atravesado el país en los últimos años, los gastos en salud pública se han incrementado sostenidamente, como reflejo de la voluntad política de mantener los logros alcanzados en esta esfera. En los años más graves de la crisis, 1990 a 1993, la tasa de variación del PIB fue siempre negativo, llegando a -14,4 en 1993. Entre estos años mencionados este indicador acumuló una caída del 30 %. No obstante, los gastos corrientes en salud aumentaron el 17 % entre 1989 y 1994. Este aumento absoluto fue acompañado de un aumento relativo del gasto en salud como parte del PIB, 4,6 % en 1989 a 7,8 % en 1994 (tabla 3.8).

Tabla 3.8. Gastos en la rama Salud Pública e indicadores derivados. Cuba 1989-1994

Años	Gastos en salud pública*	Gastos como % del PIB	Gastos como % del gasto total	Gastos como % del gasto público
1989	904,5	4,6	5,8	12,1
1990	925,3	4,7	6,0	13,0
1991	924,9	5,7	6,3	14,5
1992	938,3	6,3	6,6	15,2
1993	1076,6	8,0	7,4	16,9
1994	1061,1	7,8	7,5	14,6

*Incluye los gastos en salud de todos los organismos del país en millones de pesos. Fuente: Informes de liquidación del presupuesto 1989-1994. Ministerio de Finanzas y Precios. Oficina Nacional de Estadísticas. Ministerio de Economía y Planificación.

En estos años se ha registrado una considerable reducción de la disponibilidad de divisas para el sector, con notable afectación de ciertos servicios y escasez de varios insumos.³⁷ Pero se ha podido rebasar la gran crisis y hoy la economía da signos de vitalidad. El modelo socialista ha resistido. El Estado ha intervenido y sostenido la estabilidad social y política, a la vez que conjurado la crisis económica.

Por esta razón, con el fin de asegurar a cada cubano iguales derechos a la atención de salud, se ratifican los principios de que el sistema de salud continúe siendo totalmente financiado por el presupuesto del Estado y manteniendo la cobertura y la accesibilidad total mediante la gratuidad de los servicios. No están previstos nuevos gastos para ser financiados por las familias, ni ninguna forma de privatización; tampoco hay indicios de sistemas de seguro, ni medidas de copago.

La sostenibilidad del sistema se ha asegurado. Esto es consecuencia de las tres razones principales que lo sustentan:

1. La voluntad política, expresada reiteradamente a nivel más alto del gobierno, en cuanto a la prioridad del modelo.
2. La elección de tecnologías adecuadas, en sentido amplio, incluyendo la organización y gestión, y la elección de la atención primaria como base del sistema.
3. La participación social, que acepta y apoya el sistema en su concepción y aplicación, lo que a la vez se torna en apoyo popular al gobierno que creó y mantiene el sistema.

Todo lo anterior enseña una lección: cuando se reúnen voluntad política, tecnología adecuada y participación popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones externas, se pueden alcanzar resultados como los mostrados. Son estas también las condiciones que generan la sostenibilidad del modelo, que además se afianza en resultados de alta equidad, mejoras en la situación de salud y confianza de la población. Por esto defendemos apasionadamente el humanismo y la solidaridad consustanciales a la ética del sistema político, económico y social, sostén del modelo de salud cubano.¹⁹

Referencias

1. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigaciones sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996. La Habana: Caguayo;1997:131.
2. _____. Investigaciones sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999. La Habana: Caguayo,2000: 216.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2000. New York: UNICEF;2000:83.
4. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud Palcograf. La Habana: MINSAP;2001.
5. Population Action Internacional. Riesgo reproductivo: evolución mundial de la salud sexual y materna de la mujer. Washington:PAI;1995.
6. Martínez O, Márquez M., Rojas Ochoa F. et al. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. La Habana: Caguayo;2000:196.
7. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos 2000. La Habana:MINSAP;2001 [tabla. Indicadores generales del país].
8. CEPAL La economía cubana. Reformas estructurales y desempeños en los 90. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica,1997.
9. Informe nacional de Cuba a la Conferencia Mundial de Naciones Unidas para los asentamientos humanos "Habitat II". La Habana: Comité Nacional Preparatorio;1996.
10. PNUD. Programa para el Desarrollo Humano a Nivel local. Fachadas de las Plazas de La Habana. La Habana: PNUD, Cuba;(s/f).
11. Multiple Indicators Survey. (Para el seguimiento de las metas de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia). La Habana: MINSAP/UNICEF;(s/f) [inédito].
12. Castro F. El pensamiento y la conciencia pueden más que el terror y la muerte. Juventud Rebelde. Tabloide No. 16 de 2001.

13. Rodríguez JL, Carrizo Moreno G, editores. La erradicación de la pobreza en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1987.
14. Serenko AF, Ermakov VV, editores. Higiene social y organización de la salud pública. Moscú: Mir;1986.
15. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Análisis del Sector Salud en Cuba. La Habana: MINSAP; 1996.
16. Cuba. Constitución de la República. Gaceta Oficial, Art: 47-50,1992.
17. Capote R, Haddad J. Evolución y concepciones en políticas de salud. Rev del Instituto Juan C. García.1998;8 (1-2): 29-36.
18. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS;2000.
19. Rojas Ochoa F, López Serrano E. Revolución Social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. Documento Técnico No. 30. Washington, D.C.: OPS;2000 [investigaciones en Salud Pública].
20. Cuba. MINSAP. Decreto Ministerial No. 4 del 13 de mayo de 1960, Gaceta Oficial Ordinaria de 30 de mayo de 1960.
21. Cuba. Ministerio de Comercio. Decreto Ministerial No. 709 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 23 de marzo de 1959.
22. López Serrano E. Efemérides médicas cubanas. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1985;(69):195.
23. Cuba. Ley 723 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 1 de febrero de 1960.
24. Mehrotra S. Human Development with a Human Face. Mehrotra S, Jolly R, editors. Oxford: Clarendon Press;1988.
25. Araujo L, Rodríguez Gavaldá R. Emigración Médica. La Habana: CNICM,1968.
26. Antología de autores cubanos. Saúde e Revolucao: Cuba, Rio de Janeiro: Achiamé/Cebes,1984.
27. Rojas Ochoa F. El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. Rev Cubana Med Int. 1971;10(2):84-96.
28. _____. El policlínico. Serie de Informes Técnicos. No. 3. LA Habana: CNICM;1973.
29. _____. El desarrollo de la Salud Pública Socialista en Cuba (1959-1973). En: Socialismo y Salud Pública: problemas de la salud y el desarrollo físico del hombre. Moscú: Edit. Ya. Chiki., Meditzina (en ruso); 1977. La segunda edición corregida en 1981:67-191. Traducido al alemán (1ra.) en: Medicin und Gesellschanft. VEB Gustavo Fisher. Jena: Verlag,1979:84-98.
30. Navarro V. Health Services and Health Planning in Cuba. Int J Health. 1972;2 (3):407-30.
31. Capote R. La evolución de los servicios de salud y la estructura socio económica en Cuba. La Habana: IDS;1979.
32. Feinsilver JM. Healing the Masses, Cuban health Politics at Home and Abroad. Berkeley/Los Angeles: University of California Press;1993.
33. UNESCO. Education pour tous: situation et tendances. París: UNESCO;1993.
34. PNUD (1995): Informe sobre el Desarrollo Humano.(s/l): PNUD,1995 anexo estadístico.
35. Cuba. MES. Catálogo. La Habana: MES,1997.
36. Ilizástegui F. Educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. En Integración de la Universidad Médica a la Organización de Salud. La Habana Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana;1993 folleto.
37. Rojas Ochoa F, López Pardo CM. Economics, politics and health status in Cuba. Inter J Health Ser. 1997;27(4): 791-807.

E L DESARROLLO DE LA ECONOMÍA GLOBAL Y SU IMPACTO SOBRE POLÍTICAS DE SALUD*

Se describe y explica el impacto sobre la salud humana, a escala mundial, del desarrollo reciente de la economía, en relación con la globalización. Se hace una revisión de la literatura actual de autores sobre el tema. Se presenta en acápites separados para examen los siguientes componentes: enfoque económico, social, político y de salud y además se expone la posición cubana al respecto. Se analiza como consecuencias de la globalización neoliberal de la economía, la pobreza, la iniquidad, el deterioro del tejido social, la corrupción, la exclusión, las migraciones, el terrorismo, la limitación de soberanía, el ALCA. Se concluye que la denuncia, como instrumento de lucha en la batalla de ideas, es el primer elemento útil para conseguir revertir la situación crítica que se aprecia, y que el humanismo y la solidaridad son valores insuperables de la lucha actual contra el neoliberalismo salvaje.

Introducción

Una visión panorámica del impacto del desarrollo de la globalización (o mundialización) de la economía sobre la salud humana en el ámbito mundial la ofrece en pocas palabras el Informe sobre Desarrollo Humano 2001, publicado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Dice allí:

En distintas partes del mundo se aprecian niveles inaceptables de privaciones en la vida de la gente. De los 4 600 millones de habitantes de los países en desarrollo, más de 850 millones son analfabetos, casi 1 000 millones carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas, y 2 400 millones no tienen acceso a servicios sanitarios básicos. Cerca de 325 millones de niños y niñas no asisten a la escuela. Además, 11 millones de niños menores de 5 años mueren cada año, es decir, más de 30 000 niños cada día, por causas que podían evitarse. Alrededor de 1 200 millones de personas viven con menos de 1 dólar al día -dólar de EE. UU. en 1993- y 2 800 millones con menos de 2 dólares al día. Esas privaciones no se limitan a los países en desarrollo. En los países miembros de la

*Reproducido de: Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):253-9. Presentado en el XIV Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. Palma de Mallorca, España, 21-23 de mayo de 2002.

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OECD), más de 130 millones de personas padecen pobreza de ingreso, 34 millones se encuentran desempleadas y la tasa media de analfabetismo funcional de adultos alcanza el 15 %.¹

Estos hechos pueden sintetizarse aún más, en una palabra: pobreza. Entonces la pregunta clave es: ¿por qué? La respuesta: la globalización neoliberal, creación de la empresa capitalista, que impone la flexibilidad laboral, da mayor poder a los empresarios, desestabiliza los sindicatos, utiliza frecuentemente la corrupción y desmonta el estado de bienestar. Además de limitar la soberanía de las naciones, fomentan el pensamiento único que imponen desde los medios de comunicación masivos y aspiran a la homogeneidad cultural; todo en un escenario de dirección unipolar, con un gran caudillo, los EE. UU.

Esta catástrofe, sin ser “catastrofista”, la caracteriza Dieterich en estos términos:

“Si se juzga la eficiencia de una economía en cuanto a su: 1. Tasa de crecimiento económico. 2. La distribución de la riqueza. 3. La creación de empleos. 4. La reducción de la deuda externa e interna; entonces el balance en cada uno de estos parámetros es desastroso”.²

Enfoque económico

El actual proceso de globalización constituye la principal tendencia mundial de estos tiempos. Es un proceso primariamente económico.

En la industria, sin que la producción en masa se haya abandonado, se ha llegado a un enfoque flexible, gracias a las nuevas tecnologías surgidas a fines del siglo (automatización, máquinas multipropósito). El modelo técnico-económico se resume en: a) amplia variedad de descubrimientos e inventos, b) estos por el carácter polifacético de su aplicación, se han utilizado en casi todas las esferas de actividad y las han revolucionado y, c) se busca una mejor adecuación entre los objetivos del capital con la situación existente en los recursos naturales agotables y del medio, entre otros.³

La globalización se caracteriza por la pretensión de concentrar aún más el poder económico y político en el ámbito mundial. Esto ya ha ocurrido. Las estrategias y modelos de funcionamientos de las empresas transnacionales se han modificado, la fusión de empresas predomina: Ciba-Geigy-Sandoz = Novartis. Así controlan mejor la producción, los mercados, los recursos financieros y la actividad de investigación y desarrollo a escala mundial.

“Los adelantos científico-técnicos más recientes, que conforman el nuevo paradigma, pueden agruparse en cuatro vertientes fundamentales: a) el surgimiento y desarrollo de la microelectrónica, b) los avances obtenidos en el campo de la biotecnología, c) la creación de los denominados nuevos materiales y, d) la aparición de nuevos patrones en materia de consumo de recursos energéticos.”³

En el caso de la biotecnología, la evaluación de su impacto mundial (en especial en los países subdesarrollados) sólo puede avanzar muy preliminarmente, por las impredecibles consecuencias de los múltiples cursos que pueden tener los descubrimientos en este campo.

“Desde el punto de vista económico, las posibilidades abiertas por la biotecnología a las naciones industrializadas (las cuales además de controlar ampliamente los novedosos descubrimientos, pueden aplicarlos en gran escala) podrían resultar de muy adversas consecuencias para las naciones subdesarrolladas. La obtención de producciones agrícolas con altos rendimientos y resistentes a entornos inadecuados y la posibilidad de criar animales con condiciones óptimas, parecen orientados a despojar a las naciones subdesarrolladas de sus últimos reductos de ventajas comparativas, y de la producción de aquellos artículos en que aún son importantes productores y exportadores hacia los mercados mundiales.”³

Lo más valioso de los avances en biotecnología es que mediante ella la producción agropecuaria podría alejarse de manera radical de las determinantes naturales (calidad del suelo, de las semillas, de las razas de animales, régimen de lluvia, temperatura), que tanta incertidumbre encierran siempre para este sector y que tanto pudiera influir en la alimentación humana.

Un balance general del progreso científico-técnico permite concluir que las naciones del llamado “primer mundo” han ganado una mayor independencia respecto al suministro y otras influencias provenientes de las naciones subdesarrolladas. Por otra parte, las nuevas conquistas causarán un retroceso (y no coyuntural, sino sostenido), de las posiciones de las naciones subdesarrolladas dentro de la economía mundial, lo que acentuará la pérdida de capacidad negociadora, la tendencia a las acciones individuales o descoordinadas por los países y, en definitiva, a una diferenciación económica aún mayor, que será aprovechada por las potencias centrales y sus corporaciones transnacionales para aplicar políticas que promuevan el establecimiento de relaciones selectivas.

En la situación descrita, la ciencia y la técnica, elemento más importante de las fuerzas productivas, están monopolizadas por las naciones industrializadas y por sus empresas transnacionales, que son las mayores inversoras en investigación-desarrollo y tienen el mayor número de personal científico-técnico. La inmensa mayoría de las patentes se registra en esos países.

A propósito de esto, en el campo de los derechos de propiedad intelectual (de propiedad industrial y de autor), las naciones dominantes han obtenido nuevos ámbitos jurídicos internacionales. Las potencias económicas, en el marco de las negociaciones de la Ronda Uruguay y de la instalación de la Organización Mundial de Comercio (OMC), introdujeron la idea de las relaciones estrechas entre el comercio y los derechos de propiedad intelectual. Detrás se escondía el reconocimiento de la importancia económica y política de estos derechos, para ejercerlos como un arma de dominación y como un medio para obtener cuantiosos ingresos por otorgamientos de uso de licencias y patentes.

Enfoque social

La pobreza es el problema social más importante y de mayor impacto en el inicio del siglo. Ella crece en términos absolutos y relativos en un mundo que ha alcanzado grandes posibilidades de producción material y científico-técnica, capaz de elevar el nivel y la calidad de vida de la población mundial.

La Cumbre del Milenio ha reconocido a la pobreza como un problema capital. Ella es la causa de muchas otras calamidades. Es cita clásica remitirse a Johan Peter Frank, que en 1790 afirmó que “La miseria es la madre de todas las enfermedades.”^{4,5}

La pobreza es la mayor fuente de iniquidad. Universalmente presente, en América Latina se manifiesta en todos los campos de la vida social, no sólo en el económico, también en la distribución de las riquezas sociales, de las oportunidades, conocimientos, recursos, servicios y en la participación en el poder y las decisiones colectivas. Para la región de Las Américas, Franco ha dicho que:

Si estos son perfiles de muchos años de historia, lo nuevo en realidad, parece ser, de un lado, el crecimiento de las inequidades hasta límites incompatibles con la dignidad humana. Y por otro lado la aceptación de la inequidad como un comportamiento casi natural e inevitable de la racionalidad y el ordenamiento económico y político-social vigente.⁶

Otra realidad latinoamericana es el creciente deterioro del tejido social, entendido como “el conjunto de fuerzas de cohesión y acción social, generadas por la vigencia de unos acuerdos y motivaciones de convivencia basados en valores históricamente construidos, refrendados y aplicados en un determinado grupo.”⁶

Aquí se sustituye solidaridad por competencia, lo colectivo por lo individual, lo público por lo privado, lo inmediato utilitario por lo pro-

gresivo fundamental. Todo esto conduce al debilitamiento de valores y prácticas que daban cohesión y sentido a la vida en sociedad y a su sustitución por otras de signo contrario.

De modo globalizado también, la corrupción deviene de una aparición ocasional y punible, a práctica cotidiana, no ya aceptada, sino exaltada.

La exclusión, según Fleury, es la no-incorporación de parte significativa de la población a la comunidad social y política, donde se niega sistemáticamente sus derechos de ciudadanía como la igualdad ante la ley y las instituciones públicas y se impide su acceso a las riquezas producida en el país.⁶

Y cada vez son más las exclusiones y los excluidos

Las migraciones no controladas, se sustentan en un marco de pobreza: a) la crítica situación del sector agropecuario, con sus arcaicos sistemas de tenencia y explotación de las tierras, b) el desempleo y subempleo urbano, c) catástrofes naturales y, d) los conflictos bélicos y la represión política.

La migración ilegal, el tráfico de emigrantes, tráfico humano, ha devenido en empresa multinacional y multimillonaria. Se tratará este tema en un espacio cercano, lo que el autor llama la frontera sur de EE.UU. En la frontera terrestre EE.UU.- México, en el Estrecho de la Florida (separa Cuba de EE.UU.), en el Canal Viejo de Bahamas (separa Haití de EE.UU.) y en el Paso de la Mona (separa República Dominicana de Puerto Rico, EE.UU.), se producen cotidianamente tragedias humanas, cuando emigrantes ilegales pretenden cruzar estos límites. Un caso particular lo presenta el tráfico ilegal fomentado desde los EE.UU. y por su gobierno, al crear condiciones de excepción para los cubanos que llegan a su territorio, donde se les brinda protección, al amparo de una ley criminal, denominada Ley de Ajuste Cubano, que otorga privilegios insospechados a estos emigrantes, cuando a los de otros países se les persigue o deporta.⁷⁻⁹

A lo largo de la frontera descrita, cientos de personas pierden su vida cada año

De vuelta a la pobreza, que no es un fenómeno exclusivo de los países subdesarrollados. También se ha visto elevarse las disparidades en la distribución del ingreso en el interior de las naciones del “primer mundo”, donde se habla de “bolsones de pobreza”. De esta manera, la dinámica de la globalización no solo está impulsando la aparición de mecanismos

que inducen a la pobreza de naciones subdesarrolladas, sino también a sectores numerosos de población de países industrializados.

Otra visión de lo social en relación con la globalización muestra que lejos de apoyar la distensión sociopolítica internacional, se aprecia la aparición y desarrollo de movimientos sociales, étnicos y religiosos que parecen la expresión de problemas latentes no resueltos, y que afloran al atenuarse la confrontación este-oeste.

Además, la extensión y profundización de la pobreza aportan causas para formas de movimientos sociopolíticos de distinto perfil en muy distintas partes del mundo.

Dicho en otras palabras, el mundo actual se distingue por la existencia de una amplísima variedad de movimientos sociopolíticos en los cuales participan muy disímiles agentes y que hacen muy difícil seguir las alianzas sociales y políticas que se han ido creando en torno a estos. Estos movimientos no sólo se ven influidos por distintos fenómenos y proceso que se dan en el ámbito internacional, sino que a su vez influyen en su ulterior evolución.³ Pero quizás la tendencia social de implicaciones más impredecibles sea la desintegración que se manifiesta en muchas sociedades como resultado del entrelazamiento de los más diversos fenómenos, procesos y tendencias.³

Problemas como la violencia y la delincuencia, el narcotráfico y el abuso de drogas, el terrorismo, el racismo y la xenofobia, la proliferación de sectas (pseudo) religiosas y las variadas formas de fundamentalismo, son algunas de las manifestaciones actuales que de hecho están contribuyendo a la desintegración social.³

Particular atención merece el terrorismo. No con la óptica que lo ha enfocado la Administración Bush, de los EE.UU., que combate el terrorismo con terrorismo, en este caso un terrorismo de estado. Lo que hace por sí mismo en Afganistán o con el apoyo al Estado de Israel en sus prácticas genocidas contra el pueblo palestino. Todo tipo de terrorismo, de gran magnitud o pequeña escala debe ser combatido y condenado, pero en primer término el terrorismo de estado. La guerra no parece la mejor forma. Es necesario ir a las causas y erradicarlas. Son entre otras probables, las que se han estado mencionado antes, en especial la pobreza y la exclusión.

El enfoque desacertado de cómo enfrentar el terrorismo ha tenido un efecto peculiar, después del abominable crimen del 11 de septiembre. Los movimientos progresistas, la corriente antineoliberal, la que hicieron posible las batallas cívico políticas de Seattle, Québec, Génova, Davos, Praga, Washington y el Foro de Porto Alegre, han sido fuertemente reprimidas. El terror sobre New York se ha extendido, en diversas formas

de terror, el más generalizado, forzando un pensamiento único, difundido por los medios de comunicación masiva.

De modo muy claro describe Ramonet esta situación:

i... ha surgido últimamente, después del 11 de septiembre, un nuevo frente que no imaginábamos, porque la globalización era para nosotros un movimiento esencialmente económico y desde el 11 de septiembre la globalización ha adoptado en cierta medida, o ha abierto un frente militar! Es decir que esta vez EE.UU. ha decidido dotar a la globalización de lo que podríamos llamar su aparato de seguridad. La globalización ya no es solo un proceso, sino que ahora es un proceso, pero amparado, protegido y a veces precedido por este aparato de seguridad militar.

Ha surgido desde el 11 de septiembre, y en particular en el seno de la actual administración norteamericana, la tentación de querer resolver los problemas políticos y sociales que se plantean en el mundo con soluciones militares.

Cuando, efectivamente, una parte de la administración norteamericana habla ahora de guerra fría, nosotros sentimos que lo que está empezando es un nuevo macartismo, donde todo aquel que proteste contra la globalización ya va a ser identificado como un adversario de la civilización occidental, o como un aliado objetivo del terrorismo, un terrorismo que hay, evidentemente, que condenar de la manera más explícita.

Nosotros pensamos que los atentados del 11 de septiembre son doblemente criminales; criminales evidentemente, por las víctimas que ha producido, pero criminales también porque le han ofrecido, como en una bandeja, a la parte más conservadora de la administración norteamericana, un pretexto para lanzar esta ofensiva y abrir este frente militar.¹⁰

Pero a esta ofensiva en el frente militar, se suma la ofensiva ideológica. Esto se da en el campo de la manipulación de las masas, mediante el uso de las nuevas tecnologías de la información (Internet) y la ofensiva cultural norteamericana. EE.UU. posee prácticamente el monopolio universal sobre la noticia, que frecuentemente fabrica (mentira reciente: Cuba produce y exporta elementos para la práctica del bioterrorismo). Aunque luego hubo un desmentido, por la tenaz resistencia y diáfana respuesta cubana, muchos no conocen la segunda parte y la idea quedó sembrada: "bioterrorismo a la cubana, Cuba, peligro para la seguridad nacional."

Del mismo modo que venden al mundo Mc Donalds y Coca Cola, venden las privatizaciones, los gobiernos de extrema derecha, la flexibilidad laboral, el desmontaje de la seguridad social y las elecciones "libres y

democráticas” (otra mentira algo menos reciente: George W. Bush ganó la elección presidencial en la Florida).

La homogeneidad cultural (patrón EE.UU.) se convierte en un valioso objetivo del actual proceso de globalización. Se propone la incorporación de valores de la cultura occidental a todos los pueblos del mundo en un intento de convertirlas en clientes de las naciones del primer mundo. Así se encuentran desde los modelos o políticas económicas únicas (diseño Fondo Monetario Internacional) y prototipos socio-políticos, hasta formas de vestir y comer.

“El paradigma de la globalización cultural resulta culturalmente degenerador no solo por el hecho de ser más impuesto que propuesto, ni tampoco porque no obedece a una dinámica específicamente cultural (sino más bien económica-política), y ni siquiera porque sus modelos dominantes tengan más la forma que la materialidad de la chatarra y el plástico, del éxtasis artificial y la droga sintética; su efecto más perverso reside en paralizar la diversidad cultural y la misma sustancia intelectual que posee toda producción de cultura. Ya que las culturas solo existen y subsisten en el intercambio cultura.”¹¹

La globalización avanza también a favor de la tesis de la soberanía limitada. Esto es tomado con suspicacia y cierto rechazo, pero de hecho ya van sistematizando violaciones de la soberanía al amparo de órganos internacionales o alianzas militares.

“La idea de soberanía limitada, junto al hecho de que se propugna la corresponsabilidad de todos los países ante los problemas mundiales, ha delimitado que los países subdesarrollados hayan reparado en que las nuevas condiciones internacionales no hayan traído un cambio favorable para su situación, sino que más bien se aprecia el aumento de las disparidades Norte-Sur, así como la imposición a las naciones subdesarrolladas de nuevas obligaciones internacionales que no toman en cuenta su nivel de desarrollo relativo u otras especificidades.”³

Es necesario recordar el efecto del veto en el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, y el estado real de los intentos de corresponsabilidad internacional o la situación hoy de los acuerdos de Kyoto sobre limitación de la contaminación atmosférica.

El nuevo contexto internacional tiene como otras de sus tendencias políticas la aparición y desarrollo de nuevas formas de injerencismo: en Cuba se lucha entre otras cosas con las leyes de EE.UU. conocidas como Helms-Burton y Torricelli, que se aplican transnacionalmente para sancionar a países, empresas o personas que comercian con Cuba, o disposiciones del ejecutivo de ese país que dan apoyo financiero a pequeños grupos de sus seguidores políticos dentro del país.

Se trata pues, de un momento de importantes agresiones al principio del respeto de la soberanía, la autodeterminación, la independencia y la

no injerencia en los asuntos internos de los países. Esto es también globalización de naturaleza política.

En resumen, el neoliberalismo y su globalización son en la práctica la renovación del sistema capitalista avanzado.

Aquí se declara como modelo:

1. El reduccionismo del estado, el desmonte del estado de bienestar.
2. La guerra al sindicalismo.
3. La predica de la desigualdad como valor positivo.
4. La desregulación de la economía.
5. La privatización en masa.

El neoliberalismo en su dimensión globalizada es la nueva doctrina del capitalismo.¹²

Enfoque político

En la desesperación de enormes e impagables deudas, en una total dependencia económica, pescando en el río revuelto de la corrupción, bajo amenazas, una corriente anexionista recorre América. Se va instrumentando un acuerdo de libre comercio.

“Para Cuba, es absolutamente claro que el llamado Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA) en las condiciones, plazo, estrategia, objetivos y procedimientos impuestos por los EE. UU., conducen inexorablemente a la anexión de América Latina a EE. UU. Tal tipo de asociación entre una gigantesca potencia industrial, tecnológica y financiera, con países que padecen un alto grado de pobreza, subdesarrollo y dependencia financiera respecto a instituciones que están bajo la égida de EE. UU., que controla, rige y decide el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras, impone tales condiciones de desigualdad, que solo implicará la absorción total de la economía de los demás países de América Latina y el Caribe por la economía de los EE. UU.”¹³

La agricultura, la producción de los propios alimentos en América Latina, se enfrenta a una agricultura norteamericana subsidiada en 80 000 millones de dólares por año. La seguridad alimentaria de América Latina se perderá, junto con el cultivo de maíz, trigo, arroz, soya y otros granos. El área de Las Américas seguirá siendo suministrador y reserva de materia prima, y mano de obra barata, con el desempleo incrementado por la instalación en los países de industrias automatizadas, por demás en buena medida contaminantes. Es ilusorio pensar en más puestos de trabajo.

Martínez expresa su criterio en términos claros:

El ALCA no es más que un proyecto norteamericano para crear un Acuerdo de Libre Comercio entre la economía de EE. UU., la más rica y poderosa del planeta, y las economías latinoamericanas y caribeñas, subdesarrolladas, endeudadas, dispersas y cuyo Producto Interno Bruto, sumado, es casi 10 veces inferior al de Estados Unidos. Podemos decir en una primera aproximación que no es, ni más ni menos, que el proyecto de integración entre el tiburón y las sardinas.¹⁴

Más adelante añade:

Las razones para el ALCA no son las opciones latinoamericanas, o caribeñas, ni las supuestas ventajas de la integración económica, sino realmente los apetitos estratégicos de dominio norteamericano sobre la región ante la competencia con otros rivales en el mundo desarrollado actual y también las propias debilidades latinoamericanas que están presentes aquí.¹⁴

Es obvio que este acuerdo se propone en el momento de mayor debilidad política (mundo unipolar hegemónico) y económico (deuda externa) de los países de América Latina. El mismo comprometerá el futuro de la región y de sus pueblos.

Otro elemento necesario a tener en cuenta es el problema de los diferentes niveles de desarrollo entre los países. Hasta hace pocos años, en todo esfuerzo multinacional de cooperación se aceptaba dar un trato preferencial a los países menos desarrollados. El neoliberalismo abandona este criterio, se postula la reciprocidad (entiéndase también todos neoliberales), con una sola diferencia, que los plazos sean ligeramente diferentes.

Respecto al ALCA, que se tome nota de un objetivo más, no declarado: minar y paralizar la integración económica latinoamericana.¹⁴

Enfoque de salud

Aunque puede pensarse que hasta aquí no se ha tratado el tema de salud, por el contrario, todo el tiempo se ha tratado este tema. Cuando se piensa en salud hoy es obligado pensar, analizar, comprender, las palabras clave de la salud humana y los sistemas de salud actuales: pobreza, globalización, neoliberalismo, iniquidades, exclusión, deterioro del tejido social, migraciones, movimientos socio-políticos, terrorismo, deuda, privatizaciones, libre comercio...

El siglo XXI comenzó con los que algunos consideraron un documento aparentemente sorpresivo, pero no fue sorpresa para los más avisados, como

Navarro, Hernández Álvarez, un grupo de la Fundación "Oswaldo Cruz" y ALAMES/IAHP. Se trata de lo que se llama Informe Brundtland 2000.¹⁵⁻¹⁹

El Informe es un esfuerzo notable, realizado por expertos, conocedores sobre todo de las políticas del Banco Mundial, con el que han trabajado, y apoyado por la experiencia de un notable sanitarista propulsor de la reforma neoliberal.

No es pues sorpresa el cambio de política que se aprecia en lo que a la OMS respecta. Se defiende la eficiencia económica, sobre la equidad social. Se atribuye a los servicios de salud éxitos que no se fundamentan. Navarro hace certera crítica a esta posición.¹⁵

Las ideas que el Informe presenta están lejos de los puntos de vista que aquí se han expuesto en los párrafos anteriores: lo económico, lo político, lo social, lo cultural; no es pertinente en el análisis de la situación de salud y los sistemas de salud. Lo pertinente es quien paga por los servicios, concluyendo que deben pagar todos (equidad financiera se llama esto). La pregunta es ¿cómo pagan los pobres?, que son muchos, la mayoría.

En fin, se defienden posiciones conservadoras, se abandonan las ideas que surgieron al llamado de Alma-Atá.

Es un informe que apoya las reformas que han impuesto el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, la Reforma Neoliberal, ya hoy bien conocida por su fracaso.

Ahora se empieza a hablar de una "tercera generación de reformas". No es vendible lo anterior. "Mejorar el desempeño" es por tanto la expresión clave y la razón de ser de este informe. Esto se declara así, textualmente (p. XIV). La cuestión es ¿a qué costo social?

El informe no debe reflejar la posición de la corriente mayoritaria de sanitaristas, de aquellos que luchan por mejorar la salud de los pueblos, porque los sistemas sean de cobertura y accesibilidad total para toda la población.

La OMS se ha alineado con la corriente globalizadora neoliberal, pero se puede pensar que todos somos parte de la OMS, es necesario trabajar para modificar esa situación.

¿Qué se dice en Cuba?

En Cuba, convocados y orientados por organizaciones juveniles, se está inmerso en un movimiento social denominado "batalla de ideas", donde por todos los medios al alcance se difunden debates sobre todo tipo de problema que interesan a la sociedad. Allí se encuentra una fuerte fuente de denuncia de las calamidades antes enumeradas y sus causas. Se cumple así con una tarea primaria en las luchas políticas y sociales: la

de crear conciencia sobre los males que afectan al país, sus causas y alternativas de solución.

Pero denunciar la pobreza, la iniquidad, el neoliberalismo que las multiplica, la globalización que en su corriente negativa las extiende, el terrorismo, las privatizaciones, el reduccionismo del estado, no es solo más que el comienzo de una muy larga lucha.

Un primer principio que encausa estas denuncias, es promover en torno a ella la participación masiva y democrática de todas las fuerzas sociales, de todo el pueblo. Solo así puede proyectarse el movimiento, con respaldo popular masivo, a la ulterior aplicación de soluciones.

La lucha contra la pobreza en Cuba ha sido particularmente dura, sobre todo en momentos de aguda crisis económica como la del período 1991-1995, cuando la variación acumulada del PIB per cápita fue de -33,4.²⁰

La fuerte intervención estatal en la conducción de la economía y aplicación de medidas sociales paliativas, impidió el colapso, que fuera de Cuba era esperado por muchos con impaciencia. No se dejó un trabajador desamparado (subsidiándolo), no se cerró una escuela o un hospital. Se fomentaron nuevas esferas de trabajo. Hoy vuelve a ser el desempleo, gran factor generador de pobreza, un fenómeno de mínima presencia.

La reforma del Estado, la economía o el sistema de salud, de tipo neoliberal, que se pretendía proponer no fue aceptada. Otra reforma, la revolucionaria, de perfil socialista había sido realizada en la década de los años 60. En esa época la población económicamente activa desempleada se redujo de 9,0 % en 1962 a 1,3 % en 1970.²¹

En lo que a salud respecta, se concibió y creó el actual sistema de salud, que la reconoce como un derecho humano y una responsabilidad del Estado, que financia el presupuesto de la nación y que alcanza cobertura nacional.

Este sistema se basa en los logros de la ciencia y la técnica, profesa una filosofía humanista, tiene una orientación promotora y preventiva de la salud, y afianza sus raíces en una amplia participación social y en el respaldo de la voluntad política, sostenida a lo largo de más de 40 años.

No obstante la crisis económica y los efectos de la guerra económica, incluido el bloqueo del gobierno de los EE.UU., los éxitos de los primeros años se han sostenido y se ha alcanzado mucho más.

Ejemplos concretos: mortalidad infantil muy baja, esperanza de vida al nacer muy alta, analfabetismo erradicado como fenómeno social, liquidación de epidemias en plazos breves mediante la aplicación de un modelo que se afirma en la participación popular, conducido por el gobierno a su más alto nivel.

Todo esto expresado en apretada síntesis, encierra una enseñanza: cuando se reúne voluntad política, tecnología adecuada y participación

popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones externas, se puede alcanzar resultado como lo demostrado por la reforma que hizo la Revolución Cubana. Y no solo para hacer la reforma, son también las condiciones que conducen a la sostenibilidad de la reforma, que por demás se afianza en sus resultados concretos de mayor equidad y mejoras importantes en el estado de salud de la población, así como en la confianza de la población en su sistema.²¹

Por esto se defiende el humanismo y la solidaridad, partes integrantes de la ética del sistema político cubano, sostén del modelo de sistema de salud generado por la reforma revolucionaria.

No se trata de una receta. Esto se hizo y se sostiene en un país en un momento singular de su historia y de la correlación internacional de fuerzas, tal vez no repetible, pero deja la enseñanza mencionada, que como lección puede ser escuchada y mover a reflexión.

Reflexiónese también sobre lo que expresó el representante de Cuba en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en noviembre de 1996:²²

1. 200 millones de niños en el mundo duermen hoy en las calles. Ninguno de ellos es cubano.
2. 100 millones de niños de menos de 13 años están obligados a trabajar. Ninguno de ellos es cubano.
3. Más de 1 millón de niños son forzados a la prostitución infantil y decenas de miles han sido víctimas del comercio de órganos. Ninguno de ellos es cubano.
4. 25 000 niños mueren cada día en el mundo por sarampión, paludismo, difteria y desnutrición. Ninguno de ellos es cubano.

Finalmente, no por proceder de una novela, atribuyendo el texto a un personaje ficticio, se debe ignorar lo que dice Le Carré en *El Topo*:

La guerra fría comenzó en 1917, pero las más duras batallas ocurrirán en el futuro, cuando la paranoia de la agónica Norteamérica le lleve a cometer todavía mayores excesos en su política exterior.²³

Referencias

1. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2001. Madrid:Editorial Mundi-Prensa,2001.
2. Dieterich H. La tercera vía en América Latina. En Ensayos. La Habana: Editora Abril,2000.
3. Chailloux G, López R, Baró S. Globalización y conflicto Cuba-EE.UU. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1997.

4. Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General, Declaración del Milenio, NN.UU., Asamblea General, A/Res 55.2. 13. IX,2000.
5. Lesky E. Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790). En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.p.133-52 [selección].
6. Franco S. Cinco reflexiones coyunturales sobre América Latina. En: Memorias. Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. Retos y Desafíos para el Siglo XXI. La Habana: MINSAP/OPS-OMS,2000.
7. Rodríguez Chávez E. Emigración cubana actual. La Habana: Editorial Ciencias Sociales,1997.
8. Sandoval Palacios JM. La regionalización de las políticas inmigratorias de los Estados Unidos en México y Centroamérica.
9. Aja Díaz A. La emigración cubana entre dos siglos. Revista Temas. julio-septiembre de 2001; No. 26:60-70.
10. Ramonet I. Un delicioso despotismo. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado;2002 [conferencia].
11. Sánchez-Parga J. Ni apocalípticos, ni integrados. Globalización y cultura. Tomo1. En: Memorias del VIII Encuentro de Historia y Realidad Económica y Social del Ecuador y América Latina. Cuenca: Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad de Cuenca,1997.
12. Nazareth Ferrerira M. América Latina: globalización y cultura. En: Memorias del VIII Encuentro de Historia y Realidad Económica y Social del Ecuador y América Latina. Cuenca:Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad de Cuenca,1997.
13. Castro Ruz F. Discurso pronunciado el Día Internacional de los Trabajadores. Cuba Socialista, tercera época. 2001;(22):5.
14. Martínez O. ALCA. El proyecto de anexión de América Latina a Estados Unidos en el Siglo XXI. Cuba Socialista, tercera época. 2001;(22):20-1.
15. Navarro V. Assesment of the World Health Report. Lancet. 2000;356:1598-601.
16. Hernández Álvarez M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Memoria de un Encuentro CD-ROM]. La Habana;2000 [contiene memoria del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Política de Salud.
17. FIOCRUZ. Considerações sobre o relatório OMS. Río de Janeiro: FIOCRUZ;2000 [reproducción facimlar].
18. ALAMES/IAHP. Memoria de un Encuentro CD-ROM]. La Habana;2000 [contiene memoria del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Política de Salud.
19. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS;2000.
20. Rojas Ochoa F, López Pardo CM. Economics, politics and health status in Cuba. Inter J Health Ser. 1997;27(4):791-807.
21. Rojas Ochoa F, López Serrano E. Revolución Social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. Documento Técnico No. 30. Washington, D.C.: OPS;2000 [investigaciones en Salud Pública].
22. Lage Dávila C. Intervención en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Granma. 14 de noviembre de 1996.:5.
23. Le Carré J. El Topo. Barcelona: Plaza y Janés;1990.

EL COMPONENTE SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XXI*

El objetivo de este trabajo es presentar y discutir las ideas prevalecientes que mantienen que los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente sistemas sociales y culturales. Para esto se ha hecho una revisión de la literatura sobre el tema. En las sociedades la medicina se ocupa principalmente de la lucha contra las enfermedades, no obstante se ha abierto paso el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser simultáneamente sistemas sociales y culturales. Esto ha conducido al enfoque de salud de la población donde se abordan un amplio rango de patrones determinantes de la salud y una estrategia diseñada para llegar a toda la población. Las estrategias deben cubrir un amplio rango de determinantes de la salud: 1. ingreso y posición social, 2. educación, 3. entorno físico, 4. empleo y condiciones de trabajo, 5. características biológicas y condición genética, 6. desarrollo del niño sano, 7. redes de apoyo social, 8. servicios de salud. El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. Esto revela la necesidad del enfoque intersectorial. La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres direcciones: 1. fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población, 2. fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la población en otros sectores de gobierno, distinto al de salud y en organismos de masa y sociales, 3. promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población.

El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud

La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas

* Reproducido de: Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(3):241-5.

y culturas, teniendo en cuenta plenamente la condición al mismo tiempo biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica.¹

En todas las sociedades la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, no obstante se ha abierto paso, de modo lento, pero firme, el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención, con prioridad, a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No solo sistemas de atención médica curativa.

“En ningún sitio se encuentra la enfermedad humana como mera naturaleza, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad.”²

Lo dicho en párrafos precedentes no es nuevo, tiene larga constatación empírica y científica. En el siglo XVIII fueron abanderados de estas ideas Bernardino Ramazzini y Johan Peter Frank. En el siglo XIX Salomón Newmann escribió, en 1847: “[...] la ciencia médica, en su núcleo más interno y esencial, es una ciencia social.”

Una conocida frase de Virchow, en 1848 ratificó el concepto de las relaciones entre los problemas de salud y los sociales: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande.”²

Una última cita, para dar fin a esta breve historia:

Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año del nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Newmann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; Francisco Pucionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado?³

Esta cita de Juan César García sintetiza el lugar y momento en que surgen con gran fuerza las ideas que vinculan la salud-enfermedad humanas con lo social y cultural, como se desprende de las citas previas, don-

de no debe perderse de vista lo económico, político, educacional y psicológico en la determinación de la salud y la enfermedad, que ya había sido enunciado desde mucho antes.

Ahora, 150 años después, en el siglo XXI, estas ideas, con amplio respaldo en los conocimientos científicos producidos en ese tiempo, tanto en ciencias médicas como sociales, llevan de hecho, a la afirmación de las primeras líneas de este texto.

¿Qué se encuentra en la producción científica actual al respecto? Se anuncian prometedoros, realmente impresionantes, descubrimientos y técnicas que permitirán dominar las enfermedades. Aquí el primer tropiezo. Se habla más de enfermedad que de salud. Se busca en la inmunología, la biología molecular, la electrónica, la genética y otras ciencias el producto (no abandonar la idea de la bala mágica), que cure o prevenga una entidad específica. Los conceptos ya bien establecidos de promoción y prevención están en segundo plano. La razón principal que se encuentra para esto es económica. La industria debe producir medicamentos, reactivos y equipos para atender enfermos, y ganar dinero.

Pero la mayor ganancia en salud, a un costo mucho más bajo, no se obtiene de los servicios de atención médica, dedicados al tratamiento de enfermos. La salud, que es lo que se busca, no se circunscribe a la atención médica.

Las nuevas técnicas y procedimientos tienen un valor, un gran valor en la medicina curativa. Son una conquista muy apreciada para el manejo de enfermos. Pero también tropiezan con obstáculos. Después de más de medio siglo de antibioticoterapia, las enfermedades transmisibles no han sido derrotadas. Hoy se habla con fuerza de enfermedades emergentes y reemergentes. Los gérmenes son cada vez más resistentes, las generaciones de antibióticos se agotan en menos tiempo.

Enfoques erróneos en la educación médica, influencia de la industria productora de reactivos y equipos, deslumbrantes técnicas disponibles, hacen que se relegue la técnica más poderosa de que dispone la medicina, la clínica. Tal vez son mayoría, sobre todo entre los jóvenes, los que esperan el diagnóstico “hecho” por un equipo o laboratorio. Se olvida en este caso que el diagnóstico es un acto profesional, consecuencia de un razonamiento humano. Se impone el rescate de la clínica.⁴

A pesar de las dificultades enunciadas, una corriente de pensamiento que agrupa cada vez mayor número de personas, dentro y fuera de los que trabajan en los sistemas de salud, van generando e implantando ideas donde el enfoque de salud de la población se abre.

Son canadienses los que al parecer han avanzado más en este camino, tanto en el plano teórico como en aplicaciones concretas.

En qué consiste este enfoque:

El enfoque de salud de la población se diferencia del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales:

1. Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud. La atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas.
2. Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo.

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar, para los canadienses.⁵

Ahora bien, ¿cuáles son los determinantes de la salud, que en un amplio rango deberán condicionar las estrategias sectoriales? El documento citado propone:

1. *Ingreso y posición social*. El más importante. Ya es conocido que el estado de salud mejora con el aumento de ingresos y más elevada posición social.
2. *Educación*. El estado de salud mejora con mayor nivel de educación.
3. *Entorno físico*. La calidad del agua, del suelo y del aire son influencias clave en la salud.
4. *Empleo y condiciones de trabajo*. Las personas que tienen un mayor control de las circunstancias de su trabajo y menos exigencias laborales relacionadas con el estrés son más sanas.
5. *Características biológicas y dotación genética*. La dotación genética del individuo y los procesos de desarrollo y envejecimiento son factores fundamentales que determinan la salud.
6. *Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación*. Los ambientes sociales y estilos de vida sanos, al igual que conocimientos, comportamientos y aptitudes de adaptación para hacer frente a la vida de manera sana, son influencias claves en la salud.
7. *Desarrollo del niño sano*. El efecto ulterior de las experiencias prenatales y de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las aptitudes de adaptación y la competencia, es muy fuerte.
8. *Redes de apoyo social*. El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades va asociado a un mejor estado de salud.

9. *Servicios de salud.* Los servicios de salud, en particular los diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades contribuyen a la salud de la población.

De estos enunciados hay fuertes convicciones sobre qué es lo que hace que las personas sean saludables.⁵

En 1974 el Informe Lalonde estableció un marco conceptual que identificó los factores que parecían determinar la situación de salud: el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud.⁶

Desde entonces nuevos conocimientos apoyan, refinan y amplían las proposiciones del informe. En particular hay realidades crecientes de que el aporte de la medicina y la atención médica curativa es muy limitado y que invertir más recursos en esta no producirá grandes mejoras en la salud de la población.⁵

Las acciones para la aplicación del concepto de salud de la población y tareas consecuentes, acciones del siglo XXI, se subordinan a determinadas condiciones.

Las estrategias para influir en la situación de salud de la población, para que sean efectivas, deben abordar una amplia gama de factores determinantes de la salud en forma integral e interdependiente (integralidad, interdisciplinariedad).

El sector de la salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia (intersectorialidad).

Las políticas públicas son herramientas importantes para la salud de la población, y no se limitarán al sector de la salud. Las de los sectores económico, laboral, educación, agricultura, vivienda, servicios sociales, deportes, recreación, cultura y otros, son de gran importancia (políticas públicas saludables).

Las investigaciones, como las dirigidas a comprender el efecto a largo plazo de las circunstancias perinatales y de la primera infancia; a conocer las vías biológicas mediante las que se expresan los factores determinantes; a identificar las iniquidades en salud, como las de género, geográficas o culturales; a diseñar los mecanismos de intervención más eficaces para modificar hábitos nocivos para la salud y crear los favorecedores de la buena salud son igualmente importantes (investigación aplicada).

La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres direcciones:⁵

1. Fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población.

2. Fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la población en otros sectores de gobierno, distinto al de salud y en organismos de masa y sociales.
3. Promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población.

Continuando las referencias a las ideas de los autores canadienses que se expresan en el documento citado,⁵ estos definen cinco premisas del enfoque de salud de la población:⁵

1. La salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos.
2. La salud de una población está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza en la población.
3. Las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que determinan la salud.
4. Es posible lograr ganancias de salud importantes concentrando las intervenciones en la salud de toda la población (o subpoblaciones significativas) en lugar de los individuos.
5. Mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.

Todo lo anterior se hace posible por la contribución que las ciencias sociales hacen, y pueden hacer más aún, con el diseño de investigaciones e intervenciones que permitan conducir las políticas y acciones descritas.

Pero se hace necesaria una advertencia. El discurso neoliberal puede tomar la idea del enfoque de salud de la población y en una táctica diversionista proponer acciones consecuentes con ese discurso, a la vez que propone no tomar acción en lo relativo a la asistencia a enfermos y discapacitados, dejando esta esfera a la práctica privada. Tal es la concepción que ofrece la tesis de las funciones esenciales de la salud pública, que al enumerarlas no la incluye y define otras 11, ciertas, pero deja la cuestión asistencial a la reforma neoliberal que privatiza estos servicios y otros que deben ser públicos. El enfoque de salud de la población, bien entendido y aplicado, no deja fuera de la responsabilidad estatal y de las funciones de la salud pública la función asistencial.

Hoy en Cuba el enfoque de salud de la población encuentra la situación más favorable para su desarrollo exitoso, en primer lugar por ser pertinentes para integrarlas en la batalla de ideas, contexto

donde el concepto de salud de la población puede difundirse, fortalecerse y aplicarse. A esto se añade el efecto multiplicador y apoyo consecuente que varios programas de vasto alcance social desarrolla el país como son el de formación emergente de maestros, el de formación de trabajadores/as sociales, el de agricultura urbana, el de introducción de la computación en las escuelas primarias, el de la Universidad para Todos y la televisión educativa, entre otros. Cada uno de estos programas ejerce efecto positivo en diversa forma, sobre los determinantes de la salud.

Un factor transcendental facilita esta concepción en Cuba, es el carácter socialista del sistema político, económico y social, donde las nuevas técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación no se utilizan con carácter comercial, en función del lucro, por lo que no se orientan a entorpecer la aplicación de las ideas del enfoque de salud de la población.

En este contexto, un ejemplo, la aplicación del enfoque salud de la población, creación de la medicina social, al problema aterosclerosis. Este encuentra un potencial para resultados favorables en cada uno de los determinantes, que enumerados se condensan en nueve postulados, que condicionarán las estrategias del sector de la salud. En todos se puede encontrar elementos que logran contribuir al retraso en la aparición o disminución de la frecuencia de la aterosclerosis.

Estas son las consideraciones que sostienen la afirmación inicial de esta revisión:

El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud.

Referencias

1. López Piñero JM. Los estudios historicosociales sobre medicina. En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.p.29.
2. Rosen G. Análisis histórico del concepto medicina social. En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.p.21.
3. García JC. Juan César García entrevista a Juan C. García. En: García JC, editor científico. Pensamiento social en salud en América Latina. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana, OPS;1994.p.185.
4. La Clínica a las puertas del siglo XX., Simposio. Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996;4(1-2):121.
5. Health Canadá. Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense. Washington, D.C.: OPS,2000.
6. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government Canada;1974.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CUBA, 1959-1984*

El contexto y el comienzo

Siempre que se mira al pasado, la historia muestra sus antecedentes. Esto debe ser entendido respecto a las ideas y conceptos. Estos antecedentes han sido claramente expuestos por el historiador médico Gregorio Delgado García en distintas ocasiones.¹

También es necesario conocer los hechos que se estudian en el contexto político, económico y social en que se producen. El período a que se refiere este trabajo se sitúa entre 1959 y 1984.

En la década anterior (los años 50), el mundo ya se movía en el espacio de la llamada guerra fría, con su componente de armas nucleares amenazantes. Se fortalecía el campo socialista, se aceleraba la descolonización en África y Asia. Triunfaba la revolución china, se fortalecían los movimientos de liberación, a la vez proliferaban las dictaduras militares, sobre todo en América Latina.

En Cuba tomaba el poder una dictadura militar, represiva y corrupta, que fue precedida por un breve período de democracia representativa donde se destaca la corrupción, la lucha entre pandillas armadas amparadas por el régimen, la subordinación del país a los intereses políticos y económicos extranjeros (EE.UU.), de los que éramos dependientes. El 25 % de las mejores tierras agrícolas estaban en manos extranjeras, también la energía eléctrica, el servicio telefónico, el suministro de combustibles, la banca, el transporte ferroviario y marítimo y la minería, entre otras actividades económicas relevantes.^{2,3}

La actividad económica era predominantemente agrícola, con gran concentración de la propiedad de la tierra (latifundio), el desempleo y subempleo era permanente y masivo, hasta el 25 % de la fuerza de trabajo. Las exportaciones se hacían en el 60 % a un solo país, igualmente las importaciones en el 75 %, en ambos casos con los EE.UU.

Por lo anterior se ha afirmado que Cuba era un país neocolonial, agrícola, monoexportador y dependiente.⁴

* Reproducido de: Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(2):132-7.
Conferencia leída en el Simposio "Mario Escalona in Memoriam: Teoría y práctica de la atención primaria de salud". Escuela Nacional de Salud Pública, junio 11 de 2004.

Contra esta situación, donde educación, salud y seguridad social no eran prioridad, y sí fuentes de enriquecimiento ilícito, se hizo la Revolución, que en 1959 dio inicio al cumplimiento del Programa del Moncada enunciado por Fidel Castro en su autodefensa conocida como "La historia me absolverá", y que condujeron a la nueva sociedad cubana, lograda por la voluntad política del movimiento revolucionario y la indoblegable voluntad revolucionaria del pueblo.⁵

De inmediato emergieron como políticas de la Revolución:

1. La destrucción del aparato represivo de la tiranía que le había permitido perseguir, encarcelar, torturar y asesinar a miles de personas.
2. El restablecimiento de los derechos humanos, que desde la lucha guerrillera se hizo política del movimiento revolucionario, aplicada en esos momentos a sus prisioneros y siempre hasta hoy.⁶
3. La erradicación de la corrupción, de larga historia en Cuba.⁷

En los dos primeros años las conquistas de la Revolución fueron notables, entre otras:

1. La reforma agraria, que liberó del pago de la renta al 85 % de los campesinos arrendatarios, creó 208 000 nuevos puestos de trabajo y produjo una nueva distribución de la riqueza y un mejor nivel de vida de la población rural.⁴
2. La reducción de las tarifas eléctrica, telefónica y de alquileres (entre el 30 y el 50 %), así como la rebaja del precio de los medicamentos.⁸⁻¹⁰
3. Aumento de los salarios (de 30 a 40 %) y de las pensiones y jubilaciones.
4. Reducción del desempleo (12,5 a 9,0 % entre 1958 y 1962 y hasta 1,3 % en 1970).

Estas políticas elevaron el ingreso y contribuyeron a una mejor calidad de vida de la población.¹¹

Sobre esta plataforma económica se insertaron las políticas sociales, en estos años iniciales del proceso revolucionario. Tres direcciones principales se adoptaron:

1. Educación: erradicación del analfabetismo, nuevas escuelas y maestros, educación gratuita en todos los niveles de enseñanza.
2. Salud: servicio médico rural gratuito, aumento de cobertura, formación de profesionales y técnicos.
3. Seguridad social: para todos, saneamiento económico de las cajas de retiro, nueva legislación.

Es en el contexto de la revolución democrática, popular, agraria y antiimperialista que se inicia en Cuba el movimiento para el desarrollo de la atención primaria de salud (APS).¹²

La atención a la población rural

Un mes después del Triunfo de la Revolución, en febrero de 1959, se crea el Departamento de Asistencia Técnica, Material y Cultural al Campesinado del Ejército Rebelde, y entre sus funciones se incluye la atención a la salud de la población campesina.¹³

Esta primera medida no provenía del sector de la salud, débil aún, es en el Ejército Rebelde, donde se conocía con detalle la mala situación de la salud de la gente de campo, donde se genera esta acción. Era otra forma de hacer revolución, no sólo con las armas.

Ya en enero de 1960 se aprueba la Ley 723 que crea el Servicio Médico Social Rural (SMSR), para médicos recién graduados, no obligatorio, pero 318 de 330 lo aceptaron. En 1973 ya eran 1 265 profesionales, ya que desde 1962 se incluyeron los estomatólogos.¹²

Las funciones de la APS en el SMSR asignadas a los hospitales rurales (que se construían y se ponían en funcionamiento desde los primeros meses de 1961) y de los consultorios de los médicos en zona rural (llamados Puestos Médicos Rurales), fueron en esos momentos: la asistencia médica, la vigilancia epidemiológica (con énfasis en paludismo), la vacunación, la educación sanitaria y actuaciones médico legales. Esto indica que desde temprana fecha los servicios que organizaba la salud pública revolucionaria buscaban la integralidad, o sea, la fusión en una unidad aplicativa de la promoción y prevención con la asistencia y rehabilitación.

Una de las primeras tareas educativas que asumieron los médicos rurales fue ofrecer su colaboración a las parteras empíricas llamadas recogedoras, que eran las que brindaban cuidados a las parturientas en las zonas rurales del país. Estas ayudantas, nombre que recibirían en algunos lugares del oriente, también asumían otras tareas de la casa en los momentos alrededor del parto. Estas parteras fueron instruidas y se les facilitaron medios para mejorar su labor, como guantes y curas umbilicales estéril. Finalmente, según sus capacidades fueron incorporadas como trabajadoras de las unidades rurales de servicios que se creaban. Así se erradicó la práctica empírica en la atención del parto en Cuba.

La medicina rural fue el primer programa de salud de impacto en el campo de la salud pública. Eran actividades todas de las que hoy se identifican como APS, aunque el término y el concepto no habían aparecido todavía. Este fue un programa de alta prioridad para el Gobierno Revolucionario, y tenía sus raíces en el conocimiento del secular abandono que a lo largo de la historia colonial y republicana cubana se tenía a la población rural (en salud, educación...); la muy clara idea que de esta

situación tenían los líderes de la Revolución por el contacto estrecho con los campesinos cuando libraban su lucha armada contra la tiranía, el compromiso político de la Revolución con el campesino que había nutrido de combatientes a su ejército, el complemento que los servicios de salud (y educación) representaban para la reforma agraria, eje principal de la política revolucionaria en sus primeros años y motor del desarrollo económico.¹⁴

La atención en el medio urbano

Coincidiendo con la creación del servicio rural, en las pequeñas ciudades o pueblos, cabeceras de municipios, se crearon unidades sanitarias, algunas con un nuevo diseño inmobiliario, muy funcional. Estas unidades realizaban sólo tareas de atención primaria: atención ambulatoria a pacientes bajo control de programas, como eran los de tuberculosis, lepra y enfermedades venéreas, también cuidados a embarazadas y niños desnutridos. Ejecutaban el plan de inmunización, administraban los servicios de disposición de residuales sólidos y líquidos y ejercían la inspección sanitaria. Estas unidades reemplazaron a las antiguas Jefaturas Locales de Salubridad, que había en cada municipio y coincidieron durante poco tiempo con las casas de socorro de épocas anteriores.

La idea de la integración de servicios se habría pasado. En el área rural donde no existían servicios esto fue fácil, pero en el área urbana se había heredado una estructura fragmentada. Primero las Unidades Sanitarias asumieron la dirección de los dispensarios de los programas verticales de tuberculosis, lepra y sífilis (donde había dispensarios), que eran muy pocos; también los de la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI) que eran algo más numerosos. Todo esto asimilado en su estructura por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Lo anterior ratifica la idea de la integración de los servicios, desde los inicios de la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Un movimiento favorable al desarrollo de la atención primaria de salud estaba en marcha, en estrecha coordinación con el MINSAP e impulsado por las actividades de educación para la salud, se estaba generando la aparición de acciones comunitarias, populares, que se expresaron primero en los puestos (o postas) médicas rurales con sus colaboradores voluntarios del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SNEP) y poco más tarde con los responsables de salud de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), para las que se crearon las "Escuelas de Sa-

lud". Un apoyo a los servicios de atención primaria la dieron los Agentes Comunales (trabajadores sociales) del Ministerio de Bienestar Social, durante el período de vigencia de este organismo.

Otro tipo de unidad de APS, creada en 1962, fue el hogar materno, en ciudades o pueblos, para dar protección a las mujeres del campo. Se ha evaluado como útil por su contribución al programa materno-infantil. Hoy son muy numerosos y han evolucionado incorporando objetivos más amplios que le llevan a incluir mujeres del área urbana, ya no es solo aumento de cobertura del parto institucional lo que se obtiene y que era lo básico en la década de los 60 del siglo pasado.

Surgimiento del policlínico

En 1964 surgió como centro de las acciones en la APS el Policlínico Integral. Antes se organizaron policlínicos, en algunos casos a partir de las antiguas casas de socorro. No se usó en esos primeros momentos el calificativo de *integral*. Parece que el término policlínico fuera tomado de unidades de servicio con ese nombre, pero no iguales en funciones, de algunos países del socialismo europeo. Allí se reunían varias clínicas (poli: pediatría, medicina interna, clínica quirúrgica, ginecología, dermatología...), pero no se realizaba en centros con ese nombre tareas de promoción y prevención, como fueron desde esa fecha los cubanos.

Por lo anterior se añadió al nombre el término *integral*, carácter que ya tenían los servicios rurales. A juicio del autor el nombre policlínico es erróneo, da idea de realizar acciones propias sólo de tipo clínico, aunque diversas.

Pero la fortaleza de estos centros está en la integración de la asistencia y rehabilitación (lo clínico) con la promoción y prevención (higiene y epidemiología). En la Unión Soviética (Rusia y Bielorrusia-Belarus) ambos elementos estaban separados, en alguna ocasión tradujeron el nombre con una sigla -SANEPID-, abreviatura de estación sanitaria epidemiológica. En el último de los textos clásicos de la escuela soviética, el de Serenko y Ermakov (1984, traducido en 1986) se denominan instituciones sanitario-epidemiológicas, todas dirigidas desde la Dirección Sanitario-Epidemiológica Principal (DSEP) del Ministerio de la Unión, el Director con rango de Viceministro, en cada república era similar. También aparece para cada nivel el nombre estación sanitaria-epidemiológica, pero con siglas diferentes (ESE). En la obra citada se dedica un capítulo (el 17) a explicar la estructura y funciones del "Servicio Sanitario-Epidemiológico en la URSS."¹⁵

Es en otras partes del texto donde se expone la organización de lo que llaman servicio terapéutico-profiláctico, servicio para obreros de empresas industriales y los de protección de la maternidad e infancia, todo referido a la atención de enfermos ambulatorios, que se identifica de modo específico como servicio ambulatorio-policlínico y separados los dispensarios (generalmente especializados).

Se insiste en estos detalles, tomados de las observaciones personales del autor y de un texto oficial soviético, motivado por la frecuencia con que profesionales o personas interesadas de otros países preguntan: ¿copiaron (o reprodujeron) ustedes en Cuba el modelo de organización soviético, o de otro país de Europa del Este? La respuesta es obvia, no se siguieron los criterios de aquellos sistemas de salud. Hubo creatividad, lo que sólo se consigue a partir de libertad de criterio, de ideas propias.

En relación con el nombre de policlínico, que, como se ha dicho, se considera inapropiada, la solución pudiera encontrarse en el nombre que se da en América Latina y algunos países de habla inglesa a una institución de salud, que integra las cuatro funciones clásicas de la salud pública (promoción, prevención, curación y rehabilitación), el nombre es Centro de Salud (Health Center), y dedicado a la APS. No pocas veces se ha visto a un visitante confundido cuando se habla de un policlínico y se destaca sus funciones preventivas o promotoras de salud.

Otra razón para el nombre de Centro de Salud es que destaca la palabra y el concepto de salud, como lo que debe ser la principal función del centro: la protección de los sanos y el desarrollo de una mejor salud, lo que encuentra su mejor expresión en la APS. Cuando se refiere a la clínica, ya se entra en el campo de la enfermedad.

Esto fue reforzado más adelante con la mejora a niveles superiores de estas unidades y su red de consultorios de medicina familiar, incluyendo en ellas la educación (formación) de trabajadores de la salud hasta el nivel universitario. Su integración (serán más integrales) a la comunidad amplía su responsabilidad y acciones en el campo de los sanos, de la promoción y prevención.

En 1964 se elabora un nuevo concepto de unidad para la APS, que no se llamaba así todavía, pero el concepto existía, este concepto abandonaba el de policlínico como lugar de atención de pacientes ambulatorios exclusivamente. Se hizo un experimento para proyectar el nuevo policlínico. Se estableció para este un territorio bien definido, de 9 km² de extensión, donde residían 45 000 habitantes. Fueron innovaciones probadas en el experimento la adopción de la carpeta familiar, como expresión de la política propuesta de atención integral a la familia, la sectorización de la población, la implantación de programas orientados según daño o enfermedad, el estímulo a la participación comunitaria, el

programa de inmunizaciones, la educación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la inspección sanitaria.

Evaluada satisfactoriamente la experiencia que se hizo en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet", adoptando ya el nombre de Policlínico Integral, bajo la dirección del doctor Roberto Hernández Elías, se definió que:¹⁶

1. Es una institución de salud que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área geográfica determinada mediante servicios que irradian el ámbito familiar.
2. Su propósito es la prestación de servicios básicos de salud con un sentido dinámico, proyectándose e irradiándose hacia las comunidades que sirve a través del personal de terreno, dentro de determinados límites geográficos que reciben el nombre de áreas de salud.

Realizada esta fase experimental y en acelerada expansión el nuevo modelo, en 1966 se produjeron dos documentos metodológicos que establecieron normas y funciones del Policlínico Integral y de sus profesionales y técnicos. En el documento "Área, Sector, Policlínico Integral" se define el área de salud, el sector como parte del área, el personal que realiza sus funciones en relación con los sectores, la normativa para realizar la sectorización, las funciones de los sectoristas, que eran voluntarios procedentes de las organizaciones de masa de los CDR y de la FMC, y se indica cómo captar sectoristas con la escolaridad suficiente para que según los resultados de su trabajo se les considere posibles estudiantes de enfermería (auxiliares). También queda establecido en este documento que en cada policlínico se constituya la Comisión de Salud del Pueblo, instrumento promotor de la participación popular.¹⁷

El segundo documento, más extenso y prolijo, define el policlínico en términos administrativos (unidad ejecutora, porque ejecuta un presupuesto propio), establece su estructura orgánica y su plantilla mínima de personal, enumera los programas propios del policlínico y detalla las funciones del director, y otros funcionarios, los especialistas y de modo más preciso las funciones del personal de enfermería de terreno.

También fija las funciones de los trabajadores sanitarios (técnicos) y sus auxiliares, así como del jefe de la sección administrativa, y de la sección de admisión, archivo y estadística.¹⁸

Para definir el personal mínimo necesario se aplicaron indicadores como los siguientes:

1. Un médico general por cada 15 000 habitantes.
2. Un pediatra a 4 h diarias por cada 3 600 niños.

3. Un obstetra-ginecólogo a 4 h por cada 20 000 mujeres (15 años y más).
4. Un estomatólogo a 8 h por cada 7 000 habitantes.
5. Un técnico de laboratorio clínico por cada 15 000 habitantes

Los programas que se implantaron en esos años fueron:

1. Programa Materno-Infantil.
2. Programa de Asistencia Médica al Adulto.
3. Programa de Asistencia Estomatológica.
4. Programa de Control de Enfermedades Transmisibles.
5. Programa de Higiene Urbano y Rural.
6. Programa de Higiene de los Alimentos.
7. Programa de Higiene Escolar.
8. Programa de Higiene del Trabajo.

Los programas o actividades previas como los de control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, de erradicación del paludismo y del *Aedes aegypti* y otros quedaron incluidos en estos ocho programas.

También en este período se desarrollaron otros dos instrumentos o recursos metodológicos de importancia y resultados favorables. Uno tomó la forma de compendio de estadísticas, en forma de tablas con desglose según espacios, grupos de edad, enfermedad y series cronológicas, que eran actualizadas cada mes (para algunas variables cada semana), de hojas desechables. Se llamó Control del Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil. Era de uso obligado para todos los directores de policlínicos, que lo tenían siempre a mano. Fue diseñado a solicitud del ministro (H. Martínez Junco), por el estadístico Félix Méndez.

El objetivo de este cuaderno de bitácora era ejercer una estrecha vigilancia sobre las variables que influyen más directamente en la mortalidad infantil y sus tasas. El ministro había propuesto una reducción de la tasa en el 50 % en 10 años, lo que se obtuvo.

Otro instrumento fue el Libro Rojo, documento que regía todas las acciones propias de los programas en ejecución, en forma de meta, resultado y cumplimiento (%), o sea un control cuantitativo de los programas muy detallado. El libro se confeccionaba por el Departamento de Estadística del policlínico, en dos ejemplares, el del director y uno para el propio departamento. La idea original para la confección de este documento fue del doctor Roberto Hernández Elías.

Estos instrumentos desarrollaron en poco tiempo una alta disciplina estadística, mejoraron la cobertura y calidad de los registros primarios, también la rapidez en el procesamiento de la información y desarrollaron la capacidad de análisis de los responsables de la institución y de sus

programas. Esto fue un factor importante de los avances en la situación de la salud del país.

En 1972 el policlínico se definió como: "la institución de la organización de salud que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y enfermos en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general."¹⁹

Esta definición hoy requiere actualización, debe incluirse en ella su función docente, decisiva en la formación del personal de salud, en especial médicos y la función investigativa. Esto confirma la visión que sobre el policlínico tuvo el Ministro de Salud Pública (1972), doctor Heliodoro Martínez Junco: cuando dijo: "La unidad de salud pública más importante es el Policlínico, ella, dentro del desarrollo de nuestra sociedad, conlleva todas las potencialidades transformativas que el incremento de los recursos y el desarrollo de la ciencia puede plantearnos."²⁰

Esta afirmación está hoy ya demostrada por la práctica, y el desarrollo continúa.

Primer salto cualitativo

El policlínico integral generalizado a partir de 1964, así como todo lo relativo a la APS, fue revisado diez años después, y se encontró que:

1. El policlínico mantenía cierta integralidad en su conjunto, pero las acciones se desarrollaban de modo compartimentado.
2. Predominaban las acciones curativas.
3. No se trabajaba en equipo.
4. Inestabilidad del personal profesional.
5. Excesivas remisiones de pacientes al nivel secundario (escasa resolutivez).
6. Influencia negativa para la APS de la formación médica en el escenario hospitalario.
7. Las bases estructurales de los policlínicos eran deficientes.
8. La fuerza creadora de la comunidad no se había utilizado al máximo de sus posibilidades.

Estas fueron conclusiones del informe "Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad", elaborado por una comisión Ad hoc designada por el ministro J.A. Gutiérrez Muñiz.²¹

Esto ocurría a la vez que se desarrollaba una iniciativa que proponía acercar más el servicio a la población, esto fue la introducción de la visita domiciliaria, que ya se había utilizado por algunas clínicas mutualistas.

El objetivo era brindar atención a personas que demandaban el servicio con cierta urgencia asociado con dificultad para concurrir al policlínico.

El servicio dependía de cada policlínico, que era donde la población solicitaba la visita, generalmente por teléfono. Los médicos que realizaban esta tarea debían efectuar 15 visitas por día, en horas de la tarde y noche (Dr. Pedro Azcuy. Comunicación personal).

Para esto fue necesario proveer a cada médico de visitas de un automóvil y financiar el combustible y otros gastos de transporte. El programa resultó un tanto costoso. Los médicos junto a las prescripciones del caso podían decidir un ingreso hospitalario.

A una aceptación inicial siguió un desinterés de la población que prefirió acudir a los servicios de urgencia hospitalarios. Todavía estaba distante del médico y enfermera de la familia. Estas últimas no participaron en las visitas aquí mencionadas.

Hecho el diagnóstico surgió un nuevo modelo de APS, que se llamó "De medicina en la comunidad" y a su unidad base, Policlínico Comunitario.

En esta ocasión se llevó a cabo la prueba experimental en el Policlínico de Alamar que hoy lleva el nombre del director que condujo al experimento, el doctor Mario Escalona Reguera, que había presidido la comisión que elaborara el informe sobre el nuevo enfoque de la APS ya citada.

Las tareas fundamentales a desarrollar por el policlínico se definieron en torno a los Programas Básicos del Área, agrupados de forma coherente para la atención a las personas y al ambiente, y se organizaron de la forma siguiente:²²

1. Programas de atención a las personas.
 - a) Programa de atención integral a la mujer.
 - b) Programa de atención integral al niño.
 - c) Programa de atención al adulto.
 - d) Programas del control epidemiológico.
2. Programas de control al ambiente.
 - a) Programa de higiene urbana y rural
 - b) Programa de higiene de los alimentos.
 - c) Programa de medicina del trabajo.
3. Programa de optimización de los servicios.
 - a) Programa administrativo.
 - b) Programa docente y de investigación.

Otra innovación fue la introducción del concepto de equipo de salud y la búsqueda de una actitud y trabajo en equipo. Textualmente el documento programático del policlínico comunitario dice:²¹

En el policlínico todo su personal integra el equipo de salud del área. El equipo primario está dado por el colectivo reducido que se forma para abordar una tarea específica, con un contacto estrecho entre sus integrantes. Ejemplo de ellos son las brigadas de trabajadores de saneamiento o el pediatra y la auxiliar de enfermería. El primero de los ejemplos constituiría un equipo primario vertical, por estar integrados por individuos con una misma profesión o actividad. El segundo, es el equipo primario horizontal, integrado por personal de distinta categoría o profesión, siendo por tanto interdisciplinario... En el modelo propuesto, estos equipos horizontales lo integran el médico (internista, ginecoobstetra o pediatra), y el personal de enfermería, responsabilizado cada uno de ellos con un sector o número de habitantes.

Además de lo anterior, el modelo define medidas que procuran asegurar el trabajo integral de los equipos en su dinámica de trabajo, coordinado con los equipos verticales como el de trabajadores sanitarios, o desarrollando acciones con la intervención de los trabajadores sociales. También se imparte en el documento citado indicaciones para el estímulo y coordinación de la participación activa de la comunidad en la protección de la salud de la población, lo que destaca el papel de la educación para la salud. En lo referido se encierran los conceptos que se definieron como elementos esenciales del modelo de APS del Policlínico Comunitario: integral, sectorizado, regionalizado, continuo, dispensarizado, en equipo y con participación activa de la comunidad.

Este modelo de atención representa un avance en la cantidad y calidad de la APS a la población cubana, pero transcurridos alrededor de 15 años, se encontraron algunas limitaciones: déficit de recursos humanos calificados para la atención primaria, dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas, inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a información cruzada sobre los pacientes; inadecuada sectorización de la población, acentuado desbalance entre el desarrollo de los hospitales y la atención primaria en el policlínico, creciente número de especialistas para la atención secundaria frente a la indefinición del tipo de médico para la atención primaria e insatisfacción de la población. Estas circunstancias motivaron a una nueva evaluación integral de la situación de la APS en el país, que condujo a la proposición de un nuevo modelo, el actualmente vigente (y en evolución) que llamamos de Medicina Familiar o del Médico y Enfermera de la Familia.

En este relato se ha sintetizado lo que parece más relevante en el desarrollo de la APS en Cuba desde 1960 a 1984.

Una reflexión final, que pudiera ser crucial, para el momento actual (2004): la APS es el campo de acción por excelencia para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y la solución de problemas de salud colectivos. Es por esto que es esencial el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades del personal profesional y técnico de la APS en estas disciplinas. A esto han contribuido en el pasado algo lejano Virchow, Shemasko, Sigerist y Rosen, más reciente en Cuba Ilizástigui y Escalona, y casi cotidianamente llega ese enfoque en las palabras del Comandante Fidel Castro.

Referencias

1. Delgado García G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005;31(2).
2. Pino-Santos O. El asalto a Cuba por la oligarquía financiera yanqui. La Habana: Casa de las Américas,1973.
3. Aguiar Rodríguez R. El bonchismo y el gangsterismo en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;2000.
4. Rodríguez JL, Carriazo Moreno G. Erradicación de la pobreza en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Sociales;1987.
5. Castro F. (1967): La historia me absolverá. La Habana: Instituto del Libro,1967.
6. de la Torre Montejo E, Márquez M, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo CM, Rojas Ochoa F. Salud para Todos Sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública,2005.
7. Cuba. Ley 122 del 3 de marzo de 1959. *Gaceta Oficial* de 4 de marzo de 1959.
8. Cuba. Ley 135 de marzo 10 de 1959. *Gaceta Oficial* de 11 de marzo de 1959.
9. Cuba. Ley 502 del 19 de agosto de 1959. *Gaceta Oficial* de 25 de agosto de 1959.
10. Ministerio de Comercio. Decreto Ministerial 709 de 20 de marzo de 1959. *Gaceta Oficial* de 23 de marzo de 1959.
11. CEPAL. Cuba: estilo de desarrollo y políticas sociales. México: Edit. Siglo XXI,1980.
12. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003;19 (1):56-61.
13. Cuba. Ley 100, 23 de febrero de 1959. *Gaceta Oficial* de 26 de febrero de 1959.
14. Rojas Ochoa F. Acerca de la historia de la protección de la salud de la población. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1988 [mimeógrafo].
15. Serenko AF, Ermakov VV. La higiene social y organización de la salud pública. Moscú: Edit. Mir;1986.
16. Hernández Elías R. Administración de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica;1971.
17. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Área, Sector, Policlínico Integral. La Habana: MINSAP;1966.
18. ———. Organización y funciones del policlínico integral. La Habana: MINSAP;1966.
19. Rojas Ochoa F. El Policlínico. La Habana: CNICM;1972 serie de informes técnicos estadísticos No.3.
20. Martínez Junco H. Clausura del Curso de Medicina del Trabajo. 3 de diciembre de 1970 [discurso].
21. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina comunitaria. La Habana: MINSAP;(s/f).
22. Más Hernández AM. Atención Médica Primaria en Cuba: su organización y evolución histórica [tesis]. La Habana:Facultad de Salud Pública;1998.

Parte IV

LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA EL AVANCE EN LAS METAS DEL MILENIO*

Las metas de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) no serán alcanzadas. Esto será así para el mundo. Probablemente algunos países podrán alcanzar algunas de ellas.

En el momento en que el autor fue convocado para participar en este taller expresó esta opinión, pero se insistió en que se debería tratar el tema en sentido positivo. Persistió su opinión unas semanas después cuando empezaba a ordenar las ideas que presentaría aquí, pero no se modificó la intención del taller (Contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio...).

Ya antes el Secretario General de las Naciones Unidas (NN.UU.), señor Koffi Annan se había expresado en los mismos términos. Posteriormente el Jefe de la Delegación Cubana a la XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno, Carlos Lage Dávila, dijo:

Los Objetivos y Metas del Milenio, que constituían solo un modesto paliativo a los problemas actuales de los países subdesarrollados, no se van a cumplir. El mundo desarrollado no ha tenido siquiera la intención de hacer el mínimo esfuerzo financiero que se le pedía y miles de millones de personas continúan viviendo sin acceso a la alimentación, la salud o la educación. El gasto en armas y en guerras supera ya el millón de millones de dólares; otro millón de millones se gasta en publicidad comercial que en el caso de los medicamentos, por ejemplo, supone que se multiplique hasta por diez veces su precio; la deuda no acaba de ser cancelada y la ayuda oficial al desarrollo es cada vez más condicionada: los asesores del Norte deben vivir lujosamente, las compras hay que hacerlas en los países donantes, y se coopera cada vez menos en salud y educación, y cada vez más en lucha contra el narcotráfico, gobernabilidad y asesoramiento en derechos humanos.¹

En estos breves párrafos Lage además de sostener que no se alcanzarán los objetivos y metas del milenio explica por qué: la falta de voluntad

* Conferencia presentada en el Taller Internacional de Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e instituciones de Excelencia Científica. La Habana, 23-25 de noviembre de 2006.

política de los países ricos que niegan su ayuda al desarrollo. Tampoco en la mayoría de los países subdesarrollados se aprecia esta voluntad, que es el primer principio que mueve al desarrollo, baste el ejemplo de Cuba. No obstante lo dicho antes es necesario continuar trabajando en la dirección que definieron los objetivos, y tratar de alcanzar progresos aunque no se llegue a las metas.

Es en este contexto que se presentaran algunas ideas sobre políticas sociales para el avance en las metas del milenio.

Los progresos que puedan alcanzarse dependerán de políticas en distintos campos, aunque este taller se dedica a discutir entorno a la salud humana, esta no es autónoma, se mueve en el contexto político, económico y social. No podrá avanzarse sí solo se trabaja aisladamente sobre los problemas a que se dirigen los ODM en relación con la salud. Todos los objetivos deben avanzar en su progreso para que sean alcanzados los de salud. Así lograr la enseñanza primaria universal se debe apreciar como algo importante para la salud. Recordemos que en la Investigación Perinatal cubana de 1972 se encontró que los hijos de madres de menos de 3 años de instrucción tenía una tasa de mortalidad de 33,2 por 1 000 NV, los de madres de 3 a 6 años de instrucción una tasa de 24,4 por 1 000 NV y los de madre de 7 y más años de escolaridad una tasa de 18,0 por 1 000 NV.²

Al respecto, el Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003, de la OMS dice:

En muchos países va a ser imposible reducir a la mitad la pobreza de ingresos (objetivo 1, meta 1) si no se adoptan medidas para mejorar la salud de la población. De modo análogo, eliminar las desigualdades entre los géneros (objetivo 3) y aumentar los niveles de escolarización en la enseñanza primaria (objetivo 2) son requisitos indispensables para avanzar en la mejora de los resultados sanitarios. La salud de la población ya no puede examinarse por separado, sin tener en cuenta cuestiones relacionadas con la gestión de los recursos naturales y la sostenibilidad ambiental (objetivo 7). Así pues, es importante que los ODM referentes a la salud no se aborden de forma aislada -como estrategias no relacionadas entre sí- sino como el resultado, o el fruto esperado, de un programa de desarrollo en el que colaboren varias partes.³

En fin, como política no es lógico dedicarse solo a los objetivos sectoriales, el desarrollo verdadero es integral. Este enfoque global, intersectorial, debe dirigir los esfuerzos concretos para los progresos en cada meta.

Esto se logra cuando una fuerte voluntad política impulsa y dirige el desarrollo. Esta voluntad no ha sido la de los países ricos. Al respecto, la OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo, 2003, dice:

El debate sobre los ODM suele centrarse primordialmente en los objetivos 1 a 7. No obstante para una evaluación exhaustiva de los avances es preciso examinar ambas partes del pacto. Fue difícil definir indicadores para el objetivo 8*. Es más, algunos países desarrollados incluso se mostraron reacios a respaldar los ODM debido precisamente a la existencia de ese objetivo. Por otro lado, solo contados países han cumplido el compromiso asumido en el marco de la OCDE** de transferir a los países de bajos ingresos el 0.7% de su PNB***, en concepto de asistencia para el desarrollo (según lo acordado a comienzos del decenio de 1970).³

El % citado sigue siendo extremadamente bajo. A esto se añade que también en la mayoría de los países pobres no se ha visto esa voluntad política que apoye los ODM. La globalización económica neoliberal, la sumisión al Fondo Monetario Internacional, al Banco Mundial y a gobiernos del primer mundo, el lenguaje de la privatización y la flexibilidad laboral, junto a la corrupción, han impedido el desarrollo de esa muy necesaria voluntad en los países pobres.

Junto a esta voluntad de gobiernos, que es lo primario, también es necesario el desarrollo de políticas de participación popular, la muy importante presencia de la sociedad civil, cuya principal contribución parecería ser la construcción del sujeto ideológico en el seno del pueblo que genere la presión popular que obligue a sus gobiernos a actuar. Ejemplos a mano son los movimientos sociales como los que se movilizan en torno al Foro Mundial Social.⁴

Un tercer componente de política para apoyar los ODM es la integración en bloques de países para el necesario apoyo mutuo entre los pueblos. La solidaridad como política de desarrollo. Carlos Lage, tratando el tema en el contexto latinoamericano dijo:

Hablo de integración de los países, no de los mercados. No podría asentarse en el espejismo del “libre comercio”, ni podría ser una criatura neoliberal. No podría ser resultado de la privatización de nuestras empresas públicas, ni de la competencia despiadada entre nosotros para exportar a nuestros acreedores. Tendrá que ser la integración de nuestros pueblos en el crisol de nuestra cultura e historia común y basada en la complementación, la equidad y la justicia. Habrá que desafiar la hegemonía norteamericana. Habrá que enfrentar al Fondo Monetario Internacional y a las políticas proteccionistas y de subsidios de las naciones más desarrolladas.⁵

* Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

** OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.

*** PNB: Producto Nacional Bruto.

Estas tres ideas: 1) la voluntad política como motor del desarrollo, 2) la política de desarrollo integral, no solo del sector salud; y 3) la política de integración, en el contexto latinoamericano, son los componentes esenciales para avanzar hacia las metas de los ODM.

Respecto a políticas de salud, deben tenerse en cuenta igualmente aspectos cruciales para su éxito en lo concerniente a las metas de los ODM. Es necesario repetir al menos una vez más, que la salud de la población no es solo servicios de atención. Recordemos que Sigerist dejó definido que las funciones de la salud pública eran la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención a las personas (diagnóstico y tratamiento individual) y la rehabilitación.⁶ En este concepto es que se aboga por una política con enfoque de salud de la población. Este enfoque difiere del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales:⁷

1. Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los factores determinantes de la salud, en tanto la atención médica se concentra en los riesgos y en los factores clínicos relacionados con enfermedades.
2. Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención médica está dirigida a las personas en forma individual.

Esta estrategia toma en cuenta en primer término los factores determinantes de la salud, que los autores canadienses del Directorio de Asuntos Internacionales de Health Canada enumeran así: 1) ingreso y posición social, 2) educación, 3) entorno físico, 4) empleo y condiciones de trabajo, 5) características biológicas y dotación genética, 6) hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación, 7) desarrollo del niño sano, 8) redes de apoyo social, y 9) servicios de salud. Este orden está dado por criterio del autor, que en el caso del primero y último coincide con los canadienses.⁸

Esta política de enfoque de salud de la población estaría de acuerdo con los factores esenciales de una vida digna que encontraron unos autores africanos: 1) seguridad alimentaria, 2) ingreso, 3) tenencia de tierra, 4) sentido de pertenencia, 5) educación funcional, 6) acceso a servicios de salud, 7) agua potable y saneamiento, 8) vivienda, 9) paz y seguridad y 10) información.⁸

Esta política contrasta con la frecuencia con que se orienta el desarrollo de políticas de salud basándose en las más modernas y refinadas técnicas de diagnóstico y tratamiento, generalmente muy costosas y que encuentran aplicación en una parte a veces pequeña de la población. Por esto se defienden los programas de inmunizaciones, el suministro de agua potable y el saneamiento básico, la fluorización de la sal, la alimentación

adecuada, la eliminación de adicciones y el ejercicio físico y la práctica masiva del deporte, como prioridades frente a las demandas de los servicios de salud para las más novedosas técnicas de atención, ciertamente necesarias, pero en la competencia por los recursos siempre finitos, deben dejarse en un segundo plano.

Con estas ideas no se propone eliminar los programas o acciones contra enfermedades, son necesarios, pero no se ganaran batallas contra el cáncer o las enfermedades cardio y cerebro vascular con el más moderno equipamiento médico, y sí con un enfoque de salud de la población como el descrito. En frase de un educador popular anónimo: “antes de la pastillita para bajar el colesterol, deje la grasita fuera de su comidita.”

Si bien la política de salud de la población es eje central en materia de salud, otras políticas deben complementarla. Deberá llevarse la cobertura de los servicios de salud a toda la población, esto requiere una fuerte intervención estatal, los servicios privados no están al alcance de los pobres, se impone un amplio o total financiamiento estatal. Esto está asociado al costo del personal de salud, ya que es necesaria también una política de desarrollo del capital humano que permita la expansión de los servicios. Estas ideas son opuestas a las de la reforma de los servicios de perfil neoliberal, que proponen la privatización. Una particular atención requiere la política de medicamentos. La industria farmacéutica transnacional no puede dictar esta política. Una industria nacional es necesaria.

Finalmente, ¿cómo se coloca Cuba respecto a las metas de los ODM? En el Segundo Informe, julio de 2005, elaborado por el Instituto Nacional de Investigaciones Económicas, se evalúa el estado del cumplimiento de los ODM y se concluye, adaptándose a una clasificación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo que: ⁹

1. Los objetivos 2, 3 y 4 están probablemente cumplidos,
2. los objetivos 1, 5, y 6 son de probable cumplimiento y
3. los objetivos 7 y 8 son potencialmente de probable cumplimiento.

Esta forma de expresión no es de fácil comprensión. A juicio del autor, un país donde el nivel de escolaridad media de la población es de 9no. grado¹⁰ y el índice de retención en el ciclo de la escuela primaria es de 99 %, ⁹ afirma que el objetivo 2 está cumplido. Igual consideración merece el objetivo 3, si se sabe que las mujeres ocupan 36 % de bancas en el parlamento (sin que se otorguen cuotas), y existe paridad en el nivel primario de enseñanza y las niñas superan a los niños en el nivel secundario y terciario, 1,03 y 1,08 respectivamente.¹¹

El objetivo 4 se ha cumplido hasta el 2004 en 41,6 %, cuando la meta para el 2015 es de 66%.¹²

Esta favorable posición de Cuba no se repite en América Latina y es de diferencia muy acentuada con África y Asia.

El progreso en el cumplimiento de las metas de los ODM es muy lento, de ahí la afirmación inicial, que según Susan George, respecto a la meta 1:

Al ritmo a que vamos, siempre según el PNUD, harán falta al menos 120 años para acabar con el hambre en el mundo.¹³

Esta hace recordar a Johann Peter Frank cuando en el discurso de graduación del año 1790, en la Universidad de Pavía, disertó sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades.¹⁴

Acortar el plazo mencionado y erradicar la miseria del pueblo son las más urgentes e importantes tareas de la sociedad contemporánea.

Referencias

1. Lage C. Intervención de Carlos Lage Dávila, Vicepresidente del Consejo de Estado de la República de Cuba, en la XVI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. [citado 9 Nov 2006]. Disponible en: <http://www.cu.baminrex.cu.actualidad.2006.noviembre.cumbrelage.htm>
2. Instituto de Desarrollo de la Salud. Investigación Perinatal. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica;1981.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: OMS,2003.
4. Ramonet I. ¿Qué es la alterglobalización? [citado 9 Nov 2006]. Disponible en: http://www.pangea/inet/publicaciones/00_indice/inetemas_26.htm
5. Lage C. Discurso en el Paraninfo de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 5 de noviembre. Granma, 6 de noviembre de 2006:4-5.
6. Sigerist HE. The University at the Crossroads: Addresses and Essays. Washington, D.C.: OPS;1992. Publicación Científica No. 540. 191. citado por Terris M. en: Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. Capítulo de "La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate.
7. Health Canada. International Affairs Directorate. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. Washington, D.C.: OPS;2000.
8. Oyaya C, Kaseje DGO. Salud pobreza y vida digna. Desarrollo. Edición especial. (s/l, s/f).
9. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Cuba, Segundo informe. La Habana: Instituto;2005.
10. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Indicadores básicos. La Habana: MINSAP;2006.
11. Ob. cit.10:38-9.
12. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2005. La Habana: MINSAP;2006.
13. George S. Otro mundo es posible si...La Habana: Editorial Ciencias Sociales;2005.
14. Lesky E. Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790). En: Lesky E, editor. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.p.133-52.

MODELOS DE SALUD EN CUBA. **HABLA UN PROTAGONISTA***

*Entrevista a Francisco Rojas Ochoa
por Lázaro Israel Rodríguez Oliva*

Francisco Rojas Ochoa fue de los médicos graduados en la primera promoción después de 1959. Ha sido delegado del Ministro de Salud Pública en la provincia de Oriente, coordinador del Servicio Médico Social Rural en la Sierra Maestra, entre 1960 y 1961, gestor eficaz de un buen número de servicios y programas nacionales de salud en Cuba y en América Latina; director provincial de salud en Camagüey, profesor y especialista, y ahora director de la Revista Cubana de Salud Pública.

No obstante su especialización en otras ramas de la medicina de corte más social, lleva la profesión de médico con garbo. Invitado por Temas a valorar el surgimiento, la evolución y el futuro del sistema de salud pública cubano, este hombre, nacido en 1930, Premio de la Organización Panamericana de la Salud en Administración 2005 llegó puntual a la cita, para hablarnos desde su lógica y experiencia, sobre algunos problemas claves de esta esfera de lo social, desde una perspectiva crítica cargada de propuestas.

Lázaro Israel Rodríguez Oliva (L.I.R.O.): ¿Qué factores incidieron en el surgimiento del actual sistema de salud cubano? ¿Cuáles fueron los principales conceptos que le sirvieron de base en sus orígenes, y qué experiencias se tomaron en cuenta para su diseño? ¿Qué lo distinguía de estas?

Francisco Rojas Ochoa (F.R.O.): Los cubanos acostumbamos a situar el surgimiento de lo que entendemos hoy por sistema de salud a partir del triunfo de la Revolución.

Esto, con propiedad, no es así. Siempre ha existido un sistema de salud, aunque no armónico, con alta entropía, muy fraccionado; un sistema donde, entre otras cosas, no se distinguía claramente un centro de dirección. Esto es lo que la Revolución echa a un lado, y construye lo que llamamos un sistema nacional único de salud; que es de lo que podemos hablar. Tuvo su surgimiento en 1960, cuando se dan los primeros pasos,

* Reproducción autorizada de Temas No.47, julio-septiembre de 2006.

y se concreta en 1968. Las fechas siempre son riesgosas, y alguien puede poner un año más o un año menos, pero en ese contexto emerge el sistema, tal como hoy lo conocemos.

Los factores de su surgimiento fueron varios. La Revolución trata de poner orden en el antiguo sistema para que respondiera a las necesidades de salud de la población. Primero hubo una voluntad política de resolver ese problema social, ligada al adecentamiento de la vida pública, porque la parte de la atención de salud que le correspondía al Estado cubano, a través del Ministerio de Salubridad y Asistencia, así se llamaba entonces, se caracterizaba por una profunda corrupción administrativa: se robaban los fondos del presupuesto, las cosas de los centros de salud, de los hospitales. Tal vez, la primera medida enérgica que se adoptó con el triunfo de la Revolución fue la lucha contra la corrupción en la esfera de la atención a la salud. Luego vino la mejoría de la situación sanitaria, la eficiencia organizativa del sistema. Pero se tropezaba con el obstáculo de la carencia de personal calificado en materia de salud pública. No había en Cuba un grupo de personas que manejaran esa disciplina científica, había uno que otro con algún estudio de ese tipo hecho fuera del país. En Cuba no se estudiaba la salud pública como especialidad, no se reconocía como tal. Personas a quienes la naturaleza de su trabajo los acercaba al problema de la salud pública, como el científico Pedro Kourí, que se enfrentaba a un problema social de gran envergadura: el parasitismo, en particular en el área rural, lo cual había que enfocar a través de la epidemiología, o Gustavo Aldereguía, luchando contra la tuberculosis, no solo dando pastillas o inyecciones, sino mediante el trabajo social, eran excepciones, no había hombres con esa formación. Ese fue un primer obstáculo.

Hubo que recoger los conceptos, fragmentadamente, de distintos lugares. La literatura que más llegaba al país era la de los EE.UU., por su cercanía y porque muchos médicos habían hecho estudios de posgrado allí y tenían relaciones con las sociedades científicas norteamericanas. Algo muy débil provenía de América Latina, en particular de México, o de Chile, que tenían algún desarrollo en salud pública. Muy poco de Europa. Hubo un momento, yo diría que temprano, cuando el Ministerio de Salud Pública decidió mandar médicos a estudiar salud pública afuera, salimos cubanos a México, Chile, EE.UU. Se consiguieron, en aquella época, dos becas en la Universidad Johns Hopkins, la más afamada en materia de estudios de salud pública en Norteamérica. Un tiempo después se graduaron otros dos compañeros, en materias de estadísticas aplicadas a la salud, en otras universidades norteamericanas. Luego no hubo más posibilidades, por razones obvias. Algunos fueron a Inglaterra a estudiar epidemiología y estadística, y se abrió la puerta de los países socialistas, adonde fueron muchos cubanos a estudiar, en particular a la

Unión Soviética, Checoslovaquia, Alemania, Hungría y Bulgaria. Allí se formaron varios de nuestros especialistas en medicina ocupacional, medicina del trabajo.

De todos esos países fuimos recogiendo ideas; pero no nos suscribimos a ninguna escuela en particular; ni a la chilena, que aportó especialistas muy buenos que vinieron a trabajar a Cuba a través de la Organización Panamericana de la Salud. Estas personas nos enseñaron mucho, sobre todo técnicas, métodos, procedimientos. Pero sus doctrinas siempre tropezaron con una Revolución fuerte y de un perfil político que no encajaba con el de ellos. Pasó lo mismo con los mexicanos que nos ayudaron, con los funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud, que discutían con nosotros e incluso pasó con los propios expertos de los países socialistas. Yo diría que todos contribuyeron a darnos técnicas, métodos, procedimientos; pero no escuela.

Esa la fuimos construyendo los cubanos poco a poco, equivocándonos un día, acertando otro.

Una de las cosas que tipifica nuestro sistema es la integralidad. El modelo soviético, por ejemplo, tenía una separación muy neta entre atender a los enfermos y hacer prevención y promoción de salud. En una institución soviética de aquella época, estos campos nunca coincidían en el mismo lugar ni en las mismas personas, incluso se enseñaban en escuelas diferentes de medicina. En Cuba nunca aceptamos este sistema. Nuestro modelo típico de organización de institución periférica, el policlínico, tiene la atención a enfermos y la promoción y prevención, juntas, en la misma institución, bajo la misma dirección, y con programas que atienden las dos esferas simultáneamente. Este es un rasgo específico del sistema de salud cubano.

Hay experiencias en Latinoamérica que se acercan a esta concepción ahora, pero no cuando lo hicimos nosotros durante la década de los años 60. Actualmente están muy cerca los brasileños, con su “medicina colectiva”. En sus centros de salud, los mexicanos se acercaron bastante pero se quedaron más en lo curativo y siguieron haciendo mucho de lo que nosotros llamamos “programas verticales de promoción y prevención”, para erradicar enfermedades como el paludismo, la enfermedad de Chagas, entre otras, cuyo sentido es vertical, desde arriba, con un coordinador en la capital, e implica hasta al último empleado del país. A veces son hasta paralelos a los ministerios de salud.

Otra característica que nos diferenció de los países socialistas, de los que más influencia tuvimos en esa época inicial de la que estamos hablando, fue que nunca aceptamos formar personal que no fuera médico, para sustituir a los médicos, como habían hecho ellos, por ejemplo, con el *feldsher*, famoso sanitario de la Unión Soviética, o los trabajadores

civiles entrenados, porque no les alcanzaban los médicos y adiestraban a esas personas, durante dos o tres años, y los mandaban, sobre todo, a las zonas rurales. Cuando en Cuba hubo la gran escasez de médicos por la emigración de estos profesionales a partir de los años 1961 y 1962, alguna gente lo propuso, y siempre la política de la Revolución se resistió. Esa fue una diferencia importante con los modelos que estaban vigentes en el socialismo europeo.

Por tanto, las experiencias que tomamos fueron diversas. ¿En qué éramos distintos entonces? En una línea de pensamiento que siempre tuvo el sistema de salud pública revolucionario cubano de integración y de considerar la salud un fenómeno social al compás de la Revolución, y no aislado, no al margen de lo que pasa en la sociedad.

L.I.R.O.: ¿Qué caracterizaría el sistema de salud pública cubana entre esos primeros años y la década de los 90?

F.R.O.: Ha habido, desde luego, varias etapas en el sistema. La primera fue esta inicial de la que estaba hablando, cuando reunimos bajo un solo organismo, el Ministerio de Salud Pública, todas las instancias del gobierno que atendían la salud, y luego las privadas, porque se fue extinguiendo la medicina privada. Entonces surge una primera forma de organización y alrededor de 1962 o 1963 se implementa en La Habana, en el policlínico “Aleida Fernández Chardiet”, una nueva forma organizativa: lo que llamamos “el policlínico integral”. El experimento fue positivo, y todos los policlínicos del país adoptaron ese procedimiento. Los hospitales, no; estos seguían con la forma tradicional de organización. Junto al policlínico integral se fueron desarrollando los programas de prevención, y en particular los de vacunación, que han sido tan exitosos en Cuba, y que empezaron también muy temprano. En 1962, cuando ocurre la Crisis de Octubre, se estaba desarrollando la primera gran campaña de vacunación, con la vacuna triple para la difteria, el tétanos y la tosferina. No se suspendió; la Crisis empezó, llegó a su clímax, y se resolvió, pero la vacunación no paró ni un día. En ese momento ya estábamos haciendo una campaña nacional preventiva muy fuerte.

Este modelo dura unos diez años o un poquito más. El policlínico integral tiene un desarrollo, un éxito, una etapa floreciente, y luego se empieza a ver sus problemas. O sea, se agota el modelo para usar la expresión de los economistas. Surge entonces su reformulación, que es lo que conocemos con el nombre de “policlínico comunitario”. De hecho, era un perfeccionamiento de aquel policlínico, el edificio es el mismo y con el mismo nombre, pero la organización interna y los programas cambian: se fortalece la atención materno-infantil, se cambian aspectos de las inmunizaciones, se empiezan a introducir los programas contra

enfermedades crónicas, la hipertensión arterial, etc.; se atiende el problema del asma bronquial, sobre todo cuando toman auge las escuelas en el campo, que ponen en evidencia la enorme cantidad de muchachos con asma en esa edad escolar. El “policlínico comunitario” duró también diez, doce, quince años. Llegó un momento en que también se agota o cae en crisis, y es cuando emerge la idea del médico de familia, que viene ya de los últimos años de la década de los 70 o primeros de los 80, aproximadamente.

El primer experimento con médicos de familia se hace en el policlínico de Lawton; así como el del policlínico integral se había hecho en Marianao. El comunitario se probó en Alamar, en el policlínico más antiguo de Alamar, que ahora se llama “Mario Escalona”, quien fue el director que ensayó allí ese modelo. En la tercera etapa, la del médico de familia, el experimento da buenos resultados, se ven sus bondades en Lawton, bajo la dirección de José Rodríguez Abrines. Allí se hacía el experimento de organizar el servicio: los médicos atendiendo a la población, cómo consultan, cómo hacen las cosas. Pero ocurre algo trascendental para ese modelo, cuando en el policlínico “Plaza de la Revolución” -el que dirige el profesor Cosme Ordóñez- se crea la enseñanza de los especialistas en medicina familiar; se empieza a formar profesionalmente un médico, con categoría de especialista, para hacer medicina familiar. Esas son las tres grandes etapas: una inicial, todavía no muy caracterizada, del policlínico integral; la del policlínico comunitario; y la de medicina familiar, que parece estar llegando a lo que le ha pasado a las anteriores, a un momento que no satisface todas las demandas. Se está agotando el modelo, y ahora no sabemos cómo emergerá el nuevo. Estamos en la tarea de revisar lo que se ha estado haciendo, cuáles son las fallas que hemos tenido, y cómo perfeccionamos el modelo de medicina de la comunidad. Hay lugares donde se ha visto que no era necesario, donde es mejor que estén agrupados en el policlínico, porque las tecnologías que se pueden instalar allí no se pueden llevar a cada consultorio.

La dimensión social de la salud la identificamos en el discurso; pero no la aplicamos a formas prácticas de hacerla con la fuerza que debería tener. Todas las ciencias sociales pueden aportar mucho a la solución de los problemas de salud.

L.I.R.O.: Entonces, ¿estaríamos volviendo al modelo de policlínico comunitario?

F.R.O.: Yo creo que no, que va hacer un modelo nuevo, distinto a los tres anteriores. Siempre va a tener que existir el médico periférico de la casita, sobre todo en el medio rural. No se puede eliminar en el medio rural, sería dejarlos sin servicio otra vez. Ahora bien, en la ciudad es distinto, porque las distancias son más cortas y los tiempos más rápidos. En el policlínico hay un grupo de médicos que resuelven más cosas que

uno solo. Esa es la historia, esas son las modificaciones que estamos esperando que se produzcan ahora.

Todavía en los años 90 es fuerte el modelo del médico de la familia. Empieza a tener ciertos puntos vulnerables y ciertas fallas desde 1998, pero sobre todo desde 2001 para acá.

L.I.R.O.: ¿Qué retos implicó al sistema institucional de la salud y al modelo del médico de la familia el contexto social de los 90?

F.R.O.: Retos muy interesantes, por ejemplo, la crisis del Período Especial provocó escasez de recursos, detonante de algunas epidemias. Los casos más conocidos fueron la de neuropatía, muy ligada a la carencia de alimentos, y las de dengue. Los problemas de salud no marchan solos e independientes del resto.

Hubo una crisis integral del sistema, que estaba a punto de colapsar y que se reflejó en muchas cosas: en la alimentación, y por tanto en la salud; en falta de vigilancia de las condiciones de la reproducción del mosquito *Aedes aegypti* y de la entrada del virus del dengue.

L.I.R.O.: ¿Hasta qué punto el sistema de salud cubano estuvo preparado para enfrentar esos desafíos?

F.R.O.: Yo diría que en la neuropatía epidémica se demostró que había una gran preparación, y la capacidad de respuesta del Estado, no sólo del sistema de salud cubano. Las grandes epidemias no son problemas de los ministerios de salud, ni de la medicina, sino del Estado y de la sociedad. El Estado pudo dar la respuesta satisfactoria, y lo que tenía que hacer el sistema de salud lo cumplió muy satisfactoriamente: investigar científicamente el problema. Se hizo brillantemente la investigación científica, se demostraron las causas que había que demostrar, y la capacidad de los médicos en atender a las personas fue excelente.

Igual ocurrió con el dengue, las respuestas fueron contundentes, la velocidad con que Cuba liquidó la epidemia (o la ha estado liquidando), no la ha tenido ningún otro país en el mundo. Somos el país más observado, desde el extranjero, sobre qué hacemos para liquidar el dengue, porque estamos a la cabeza en esa materia. Incluso ya los especialistas cubanos han generado tesis y teorías en torno a esa epidemia que son seguidas con interés mundial. Originalmente, hubo fallas en la vigilancia, porque ese primer brote parece que fue introducido deliberadamente con un virus que solo se había descubierto en una pequeña isla de Oceanía.

Hay documentos muy interesantes, e investigaciones muy sólidas del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), que lo demuestran.

Los otros brotes se han producido porque ya en el Caribe está el dengue presente. Los países más al norte y más al sur del continente están libres de dengue por razones climáticas, porque el *Aedes aegypti* no prospera allí. Pero en el resto, los subtropicales y tropicales, sí existe el dengue, y en algunos en cantidades fabulosas: en Colombia, Venezuela y Centroamérica, hay miles y miles de casos todos los años, ya es una endemia que, de vez en cuando, hace una explosión mayor y llama más la atención, pero es permanente.

¿Qué es lo primero en el modelo de lucha antiepidémica? Tener un sistema de vigilancia eficiente, los medios técnicos para descubrir cuándo entra al país el virus, cuándo entra la bacteria. Segundo, cuando el sistema de vigilancia encuentra algún indicio, alertar a todos; al gobierno en su máximo nivel, al Ministerio de Salud, a las distintas instancias.

Si la epidemia prende y prospera, entonces se organiza la batalla contra ella; se implementan las medidas específicas antiepidémicas, donde es muy importante la educación de la población, porque una epidemia no se vence nunca por los medios técnicos de que disponga el aparato de salud ni por los recursos con que cuente el gobierno, sino por la conducta de la población, expresada en formas de disciplina para cumplir determinadas instrucciones, de aceptación de las medidas terapéuticas o de aislamiento.

La primera epidemia de dengue ocurrió en los meses de verano, las escuelas estaban cerradas. Entonces, la escuela “Salvador Allende”, que está en Boyeros, se convirtió en un hospital, y en un momento hubo mil cien personas ingresadas; y en todo el país se reprodujo este procedimiento. Todo el que tenía fiebre y se sospechaba que tenía dengue, se encerró para que la enfermedad no se diseminara. La población lo aceptó disciplinadamente, no se quejó; muchos de ellos no tenían dengue, pero quienes lo tenían fueron aislados, la cadena se cortó, y la epidemia se eliminó. Esas son medidas en las que hay que educar a la población, hay que convencer, persuadir.

L.I.R.O.: A veces se escucha que la medicina cubana está excesivamente basada en modelos biomédicos occidentales, que no admite enfoques alternativos como los de la medicina oriental, portadora de una visión distinta de la salud, la enfermedad, etc. ¿Es así? ¿En qué medida la medicina oriental, y en general los tratamientos y concepciones alternativos, han ganado un mayor espacio en el sistema nacional de salud cubano?

F.R.O.: Yo diría que, necesariamente, la medicina cubana tiene que basarse en los criterios de esos “modelos biomédicos occidentales.”Somos occidentales, y venimos de las escuelas de biomedicina. Nuestra medicina

está basada en modelos biomédicos occidentales, esa es su historia. Nuestra formación médica arrastra esa tradición europea y norteamericana.

No obstante, en Cuba se ha abierto un espacio a los que aspiran a practicar otros modelos de medicina como la oriental, o la tradicional china.

La medicina oriental se practica en los centros oficiales del Ministerio de Salud Pública, su uso no es clandestino ni fuera de las instituciones de salud. Se hace en los hospitales, los policlínicos, se enseña. Está avalada después de milenios de cultivo por determinados pueblos: la medicina china, la ayurvédica de la India, variantes practicadas por los vietnamitas, otras que se hacen en Japón, en Corea, etc. Tampoco aquí se conocen mucho, o no veo que estén circulando entre nosotros corrientes de pensamiento como pueden ser las de la medicina árabe o la subsahariana. Creo que estas formas de medicina, de raíz profundamente popular, merecen respeto porque han resuelto no pocos problemas a lo largo de muchos años. Pero me preocupa que, precisamente por el espacio que se les ha dado, y por el respeto que muchas personas sentimos, hay gente pescando en río revuelto.

Al abrirse las puertas para esta medicina, en las formas correctas en que se debe practicar, también surgen charlatanes pseudocientíficos, que pretenden practicar estilos de medicina que no están bien establecidos ni reconocidos. Algunos no son ni orientales, ni tradicionales. Contra eso hay que precaver, porque pueden causar daño, pueden estar entreteniendo a un paciente que requiere de otros métodos de diagnóstico y de otras terapéuticas, y agravando su situación o provocando complicaciones.

L.I.R.O.: Se reconoce que la estrategia cubana para la lucha contra el SIDA ha resultado exitosa, en la medida en que ha impedido el crecimiento geométrico de la epidemia. ¿En qué consiste la clave de este éxito? ¿Cómo se pudo pasar del internamiento forzoso de los pacientes, en el inicio, al tratamiento ambulatorio? ¿Por cuáles diferentes estadios ha pasado esta política de salud?

F.R.O.: Pienso que lo primero que condujo al éxito fue decidir el internamiento obligatorio, lo que tanto nos criticaron, y que duró un tiempo. Ese tiempo resultó básico para el espacio que ganamos. Se pudo detener lo que muy bien se ha llamado “crecimiento geométrico”. Después que estuvimos mejor preparados, no fue necesario ese internamiento obligatorio. Aunque muchos pacientes han estado pidiendo internamiento por determinadas razones, sobre todo por presiones o rechazo social.

La evolución se ha dado, en primer lugar, porque el Estado cubano lo provee todo: tratamiento completo a todos los diagnosticados como VIH-

positivos, o enfermos. Esa es una fortaleza extraordinaria del programa, porque cada día se han ido encontrando drogas y modelos de tratamiento más efectivos. Los enfermos viven más, los portadores tardan más en enfermarse, y cada día se limita más la propagación de la enfermedad. Creo que estas fueron las bases del éxito: primero, el internamiento, que contuvo la propagación rápida y dio margen para pensar en el problema y ver cómo seguíamos después. Luego, el tratamiento adecuado gratuito, garantizado, de todos los diagnosticados como positivos o enfermos. Por supuesto, ha habido mucho de educación para que se aprenda a prevenir. Todavía se ve a mucha gente que acepta el riesgo: no usa el condón, no se preocupa de seleccionar bien a la pareja, etc. Hay investigaciones que están demostrando que todavía hay un campo por trabajar en materia de educación para que las personas se autodefendan. Esta es la mayor seguridad que se puede tener del éxito contra este tipo de epidemia: la autoprotección, los cuidados que tomen.

L.I.R.O.: Otro tema de salud en el contexto cubano es el que tiene que ver con la mortalidad de la población. Se suele mencionar que las principales causas de muerte en nuestro país corresponden más a las de un país desarrollado -enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras-, en vez de las propias de los países del Sur, por ejemplo, las gastrointestinales y otras infectocontagiosas. En términos de morbilidad, sin embargo, estas últimas siguen teniendo una incidencia en la población. ¿A qué se puede atribuir el mantenimiento de índices elevados de estas enfermedades entre nosotros?

F.R.O.: Efectivamente, tenemos índice de causas de muerte como los del Primer mundo: cáncer, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, infarto cardíaco, etc.; pero tenemos alta morbilidad de enfermedades del Tercer mundo: las infecciosas, las diarreas, los parasitismos. Llevamos cuarenta años tratando de mejorar las condiciones higiénicas del país, y no hemos podido llevarlas a su punto óptimo. El agua no es absolutamente potable, y puede transmitir gérmenes de diarrea. La higiene de los alimentos deja mucho que desear. Tiene que haber diarrea todavía, por supuesto no tanto como hubo antes, los casos han disminuido.

Una forma grave de infección por vía hídrica, la fiebre tifoidea, ha disminuido mucho, pero puede haber casos y puede producirse una epidemia. No es imposible, porque hay acueductos que se contaminan. Si uno circula por las calles de La Habana ve aguas albañales rodando; cuando un conducto albañal se rompe, sus aguas pueden contaminar el agua potable. Esos son problemas de higiene, en general del ambiente y de la vivienda. El deterioro de las viviendas tiene mucho que ver con esto. En

una casa deteriorada no se puede luchar contra los vectores, no se puede acabar con el mosquito, la mosca, la cucaracha, el ratón. ¿Por qué no se mueren sus habitantes? Por el sistema de atención médica: se diagnostican a tiempo sus enfermedades y se tratan.

Creo que los problemas de las enfermedades infectocontagiosas están, básicamente, en esto: en el insuficiente nivel de higiene de buena parte de la población, y un poco también en la nutrición. Esta ha mejorado en los últimos años, ya no estamos en la situación crítica de los años 90. Nutrirse bien no es comer mucha comida, sino la adecuada. Para comerla, tiene que estar disponible en el mercado y que la persona esté educada en comer comida sana. Si a mí me pregonan todos los días que coma muchas ensaladas, pero voy a buscar la lechuga y me cuesta cinco pesos el macito, entonces no me sirvió mi educación, ni me sirvió la lechuga que está en el mercado. Me faltó la real disponibilidad de que yo pueda consumirla. La nutrición se realiza también en ese factor que es el precio de los alimentos.

L.I.R.O.: La colaboración médica cubana es un tema que sigue estando dentro de los recurrentes en nuestra opinión pública. Hay quienes, sobre todo fuera de Cuba, critican la colaboración cubana en el campo de la salud, argumentando que persigue fines de propaganda política y que no beneficia directamente al pueblo cubano. ¿Qué efectos cree usted que ha recibido el sistema de salud cubano como consecuencia de estas experiencias internacionalistas en África, América Latina y el Caribe, e incluso Asia?

F.R.O.: Voy a contestar esa pregunta como contesté la primera vez que me preguntaron por los beneficios personales recibidos cuando hice el servicio médico rural.

Yo soy de la primera generación de médicos graduada por la Revolución. Fui, por tanto, fundador del Servicio Médico Rural en Cuba, de los primeros en ir al campo, a las montañas. Para mí aquello fue un enorme aprendizaje, más que lo que les di a los campesinos.

Yo había estado trabajando anteriormente en el hospital Calixto García, y cuando se me enredaba la pita allí y no sabía qué hacer, tenía un montón de especialistas a quienes preguntar, y me resolvían el problema. Cuando llegué a un pueblito, por las sierras de Baracoa, no tenía a quién preguntarle, tenía que hacer el máximo esfuerzo intelectual para conducirme frente a aquel paciente, escucharlo con calma, interrogarlo, examinarlo con mucho cuidado, tener una idea clara del problema, y entonces actuar. Esa para mí fue una escuela. Es el primer aprendizaje que tuvimos los médicos de aquella época cuando fuimos al servicio rural.

Los médicos actuales, que salen a otros países del mundo, tienen un enorme aprendizaje, sobre todo en el tratamiento de enfermedades que no hay en Cuba, pero también el aprendizaje social y político de vivir en esos medios, de ver la calamidad en que esos pueblos viven y sufren, a la que tienen que enfrentarse y contribuir a atenuarla. Ellos no pueden cambiar la situación social, sino que van a ayudar desde el punto de vista médico, pero eso los educa políticamente, los mejora profesionalmente y como personas. Además, aprenden cosas que luego pueden aplicarse en Cuba, porque un médico acá puede rápidamente evacuar a un enfermo, mandarlo para un hospital a ver a un especialista. Allá un médico, aunque no sea ortopédico, si le llega un paciente con un hueso roto tiene que saber cómo atender ese hueso hasta que llegue el ortopédico, o hasta que no llegue, y tiene que resolverlo. Eso le da una mayor integralidad, un mayor sentido a su trabajo y, además, desarrolla su personalidad. Cuando termina, está mucho más seguro de sus capacidades, más percatado de que es médico, de que sabe, de que puede resolver problemas.

El médico cubano es bueno, pero estas misiones internacionalistas completan la formación de nuestros profesionales en el orden integral, los completa como personas, como ciudadanos, en el plano social y moral, y los perfecciona en su práctica profesional. Esa es una gran ventaja.

L.I.R.O.: ¿Qué retos institucionales al sistema de salud pública cubana cree usted que supone esa cantidad de médicos que no están en Cuba prestando servicio?

F.R.O.: Eso tiene mucho que ver con algo que comentaba al principio sobre las transformaciones que es necesario hacer al actual modelo. Hay que descubrir formas organizativas que mantengan una buena cobertura de la población cubana, y podamos mantener la ayuda internacionalista.

Se puede cumplir el reto, sobre todo porque con esas transformaciones hemos entrado ya en el perfeccionamiento de los modelos de enseñanza de la medicina. En el que yo recibí, un médico se formaba casi en el hospital o en laboratorios; no con los pacientes que circulan por las calles. Era una típica enseñanza norteamericana, centrada en el hospital, con mucho apoyo del laboratorio, viendo a los enfermos más graves, más raros, menos frecuentes. Se graduaba un tipo de médico que responde a esa educación. Pero cuando yo empecé a tropezar con pacientes de otras características, sin la gravedad de los que ingresan a un hospital ni mucho menos, tuvo que pasar un tiempo para familiarizarme con ellos. Estamos yendo a modelos distintos de formación, empezando precisamente por eso que yo no sabía y que es lo que la mayoría de la gente reclama.

Hay esquemas muy antiguos que dicen que de cada mil enfermos, uno llegará un día al hospital; hay unas cuatrocientas y tantas personas que verán a un médico, y las demás, no tienen que ver a nadie en un año; a más de la mitad no les pasa nada, están sanos todo el año. Entonces, no debemos formar médicos para el uno, sino para los cuatrocientos, y para los seiscientos que nunca vieron al médico, y con los que hay que actuar preventivamente, y educarlos para que se defiendan de las enfermedades.

L.I.R.O.: ¿Esa podría señalarse entonces como una fortaleza y una distinción del sistema de salud cubano?

F.R.O.: El sistema se está fortaleciendo ahora. La otra cuestión es la idea del profesor. Yo no tengo que esperar a un profesor titular para que de una clase de cómo yo trato la diarrea de un niño, porque no hay que ser titular para ello. A los millones de muchachos que se han salvado en el mundo, no los han salvado los profesores titulares, sino los médicos que los han atendido, que no son ni pediatras, sino médicos generales, pero pueden enseñar a un estudiante qué es lo que tienen que hacer. ¿Por qué buscar al superprofesor? Para enseñar la medicina práctica a alguien que tiene que estar atendiendo a la gente que llega a un centro de salud, no hace falta un profesor titular. Para eso estamos trabajando y modificando estilos, creando una nueva manera de formar a los médicos, en Cuba, en Venezuela, donde los cubanos estamos compartiendo esas experiencias.

No es exactamente igual lo que se hace en Venezuela a lo que se hace en Cuba, ellos tienen sus ideas. En Venezuela ese proyecto lo dirigen los venezolanos, no los cubanos, que sólo contribuimos. Hay matices entre un proyecto y otro, aunque se parecen mucho.

L.I.R.O.: En los últimos años se ha hecho más visible para la sociedad cubana la necesidad de establecer no solo tratamientos especializados, sino dispositivos y medios que rebasan las instituciones de salud, dedicados a atender las necesidades de grupos específicos de personas, como los discapacitados, los de la tercera edad, etc. ¿En qué medida está preparado el sistema nacional de salud para enfrentar estos retos?

F.R.O.: Creo que el sistema está preparado porque ha recibido los golpes de cuando no lo estuvo, y se ha tenido que adaptar y aprender. Los médicos somos unos profesionales muy egocentristas, creemos que somos los únicos que saben de medicina, y todas las cosas hay que hacerlas como las decimos, y eso es falso.

El médico es un profesional más, y el de salud es un sistema más en la sociedad. Hay muchas cosas que dependen más de lo intersectorial y de los apoyos mutuos que de lo que un sistema solo puede hacer. Hay responsabilidades de la tecnología médica que son propias de los profesionales y otras del sistema de salud. Hay viejas discusiones en las que no se ha podido llegar a un acuerdo unánime. Por ejemplo, en un país subdesarrollado, ¿qué es mejor, en un pueblo de ciento cincuenta o doscientos mil habitantes, construir un buen acueducto de agua potable o un hospital de doscientas camas? Soy de los que piensan que primero debe estar el acueducto, pues se resuelven más problemas. Eso no es tecnología médica, pero es salud. Dirigí una investigación en Cuba, en el año 1972, que demostró cosas como las siguientes: los hijos de madres con menos de tres años de escolaridad tenían una tasa de mortalidad perinatal seis veces mayor que los de las que habían pasado ese nivel. Entonces, lo que hay que hacer es educar a las madres, no solo buscarles incubadoras, médicos, antibióticos a los bebés. ¿Qué pasa? Es más espectacular montar un gran hospital, un gran servicio, un equipo nuevo; alguna gente dice que es más político. Educar a las mamás parece que no tiene que ver con eso, y es más lento. Pero al final, la ganancia es mayor educando a la madre. Es una ecuación matemática: cada grado de educación salva niños.

L.I.R.O.: ¿Cuáles serían entonces las amenazas y las oportunidades para el modelo de atención de salud cubano actual?

F.R.O.: Hay una amenaza que ha tropezado con todo lo que hemos intentado hacer: siempre hay un grupo de personas, a veces en lugares claves, reacio y temeroso del cambio. A mí me gustó mucho aquel primero de mayo de hace dos años, cuando Fidel definió que una revolución es cambiar todo lo que hay que cambiar. Yo he conocido a muchos revolucionarios, muy buenos revolucionarios, marxistas ortodoxos, que se morirían en la trinchera, tirando tiros por la Revolución, que, sin embargo, se resisten a determinados cambios. Entonces, entre las amenazas está la resistencia al cambio, aunque sigue habiendo la necesidad de cambiar cosas.

La Revolución cubana sigue siendo hoy una revolución como el primer día porque ha sido flexible, cambiante, dinámica. Ha vencido obstáculos increíbles precisamente por la dinámica, por la audacia, por la flexibilidad de nuestro pensamiento. A veces damos marcha atrás y, de nuevo, marcha adelante. Nadie, ni los clásicos, han hecho el libro, el manual, de cómo construir el socialismo. Ese manual está por hacer, y todo el que ha intentado hacerlo, le ha salido mal. Hay que irlo descubriendo, haciendo, mediante mucho ensayo y error, equivocarse y rectificar. Hemos tenido una gran capacidad de rectificación, manteniendo siempre lo que hay que mantener, determinados principios.

Una debilidad puede estar en la concepción que todavía prima en muchos compañeros -dentro y fuera de la medicina- de apostar demasiado por las grandes y modernas tecnologías. No practico el culto a la tecnología ultramoderna. Un gran médico es el que escucha primero, interroga y examina después; la clínica es la clave de la buena práctica de la medicina. En primer lugar, es lo que más agradece un paciente, el más satisfecho del mundo no es aquel al que le han hecho cuatro tomografías computarizadas, sino el que se sintió escuchado por el médico hasta que acabó de decir todo lo que quería, y después este le preguntó y lo examinó.

Las nuevas tecnologías son indispensables, el mundo se mueve en esa dirección y yo las aprovecho, pero ¿cuántos enfermos hacen falta en un hospital para justificar, de verdad, una tomografía? Probablemente mil o más, y hay muchos médicos, jóvenes y no tan jóvenes, que quisieran hacerle una tomografía a todo el que tengan delante; para no pensar, para que el aparato haga el diagnóstico. Pero los aparatos no hacen diagnósticos; los laboratorios no hacen diagnósticos; el diagnóstico es un acto del proceso intelectual del médico, que genera una hipótesis, supone que el paciente tiene determinada enfermedad, y manda los exámenes de laboratorio que van a confirmarlo o no.

El mayor contrincante de la biomedicina no es la medicina tradicional, esta es otra forma de hacerla. No se le presta suficiente atención en Cuba -lo que puede ser una amenaza para nuestro sistema- a su dimensión social, a sus determinantes sociales. La salud humana depende mucho del fenómeno social en el que está inmersa. Las enfermedades profesionales son todas resultado de un mal manejo social de la situación. Que a alguien, por estar muchas horas delante de una computadora, se le afecte la vista o la columna vertebral, es un problema social de la dinámica del trabajo y de la computadora, que se puede mejorar con una silla más moderna, con una mejor pantalla, con menos horas de trabajo, con alternar el trabajo frente a la computadora con otro, con una respuesta social al problema.

La tragedia de los controladores aéreos en todas las partes del mundo es que acaban en un psiquiatra. Los aparatos solos no pueden controlar a los aviones en el aire, les hace falta el hombre; es necesario comprender cómo trabajan esos hombres, para que lo hagan de un modo distinto, y no acaben casi siempre en un psiquiatra por las tensiones que sufren.

Cuando se empezó a hablar de enfermedades sociales, se decía que la causa de la tuberculosis era el bacilo de Koch. Es verdad que si no hay bacilo, no hay tuberculosis; pero nadie hizo la otra pregunta: ¿si todos los humanos entramos en contacto con el bacilo de la tuberculosis, por qué algunos se enferman y otros no? La base es social. Los pobres se

tuberculizan, pero los ricos no, y también tienen el bacilo; lo que pasa es que comen y viven distintos. Es, entonces, un problema social. La dimensión social de la salud la identificamos en el discurso, pero no la aplicamos a formas prácticas de hacerla con la fuerza que debería tener.

Todas las ciencias sociales pueden aportar mucho a la solución de los problemas de salud. La comunicación, por ejemplo, es fundamental. Lo que se comunica a la población cubana en materia de salud hoy es más iatrogénico que beneficioso, porque se habla de programas de salud y todo el tiempo nos la pasamos hablando de enfermedades.

Las fortalezas de nuestro sistema están, primero, en la voluntad política a nivel de país, de gobierno, de Estado. Esta nos da una enorme fortaleza, porque incluso, cuando hemos tenido errores, ha habido la capacidad de descubrirlos y rectificarlos, y eso depende de la dirección política. Segundo, los recursos que se están aplicando para la salud, y que permiten que por lo menos en los aspectos tecnológicos cada día vayamos mejor. Formamos bien a los médicos y tenemos los equipos; estamos bien defendidos en ese sentido, esa es otra fortaleza.

Otra es la apertura del pensamiento para conocer lo que pasa en el resto del mundo: la colaboración internacional, y la apertura a la medicina tradicional que también viene a fortalecer la base general del conocimiento de la medicina. Ya no es solo biomedicina occidental, ya hay medicina oriental y contacto con el mundo, que durante varios años estuvo muy cerrado. Hubo años en que los médicos que salían del país eran muy pocos y los que nos visitaban, otro tanto. En los primeros tiempos de la Revolución hubo una gran apertura, después un cierre, y ahora hay otra vez apertura y es positiva. El contacto internacional en todas las ramas de las ciencias resulta muy positivo.

L.I.R.O.: Usted señalaba cierto grado de agotamiento del modelo actual de salud. ¿Podría apuntar algunas hipótesis sobre el que podría venir?

F.R.O.: Yo aspiraría -no se si es lo que va a venir o no- a algo ligado estrechamente a una formación del médico que atienda más a la dinámica social de la salud y de la enfermedad. Más promoción de salud.

Promoción no es igual a prevención, esta depende de las tecnologías para prevenir una enfermedad concreta, aquella promueve lo general, lo global; la promoción es lucha contra el estrés, mejor nutrición, trabajo adecuado a la persona y donde la persona tenga más satisfacciones con su labor. Estar reñido con el trabajo es estar peleado con la mitad de la vida.

Aspiraría, en el modelo nuevo, a una mayor atención a los problemas sociales que tienen que ver con la salud del hombre, y en particular los de

la esfera de la salud mental, lo psíquico. Los que tienen trastornos psíquicos son millones de gentes, a lo mejor yo lo tengo y no me he dado cuenta. Esos trastornos son resultado de ese desajuste social del hombre con lo que hace, sobre todo con el trabajo, con la sociedad, a veces con la familia, y a eso el sistema tiene que prestarle una mayor atención; hay que trabajar más en esa dirección. El sistema de salud se ocupa de la enfermedad psiquiátrica ya manifiesta, pero no del trabajo de promoción de salud para impedirla, que viene con la recreación, la lucha contra el estrés, contra la violencia.

En la televisión se le dedican muchas horas al día a la violencia en Afganistán o en Colombia, a las bombas y a los tiros. Pero se presentan niños con golpes ante algunos pediatras nuestros en los cuerpos de guardia; los padres dicen que se cayó, y se está viendo que no es resultado de una caída. La violencia intrafamiliar contra el niño, la mujer y el anciano es perceptible hoy en Cuba. Por suerte, se han publicado algunas investigaciones y escrito dos o tres tesis sobre el problema, que han estremecido a la gente, pero hay que hablar más sobre eso, ponerlo más en la esfera pública y hay que trabajarlo más. En un nuevo modelo, esto tiene que ser contemplado.

También es preciso que en el nuevo modelo no se le rinda tanto culto a la alta tecnología, que nos asentemos un poco en los viejos procedimientos, tan eficaces como la clínica. Después que he pasado a otro campo de trabajo, reconozco la enorme fortaleza de la práctica clínica.

Temas, 2006

EPILOGO

En lo dicho en las páginas previas puede conocerse y apreciarse lo que valen o no las ideas que sobre salud pública y medicina social he sostenido en los últimos años. Para hacer más claro lo principal que he intentado decir lo condenso en este epílogo.

El desarrollo de las ideas y la proyección del pensamiento se encuentran en el trabajo cotidiano que realizamos y que se complementa con las publicaciones que se derivan del mismo. La sola palabra, que no se imprime y difunde, no permite alcanzar lo que proponemos. Este concepto no ha permeado en la masa de trabajadores de la salud pública y medicina social cubana, que publican poco. La labor en este campo en nuestro país está escasamente documentada en la literatura científica contemporánea, con el agravante de expresiones pobres entre las publicaciones realizadas.

Lo que más se traduce en alguna forma de publicaciones, sobre todo en la prensa común o no especializada, de contenido divulgativo, no de rigor científico, es lo relativo a los notables logros, éxitos, avances o resultados de nuestro trabajo por la salud. Pero aun en los textos más rigurosos se aprecia con frecuencia que no se va a la raíz del problema y a la raíz de la solución que se encontró. Esto conforma relatos ahistóricos de los hechos. A veces parecen soluciones mágicas, para problemas que generalmente tiene nombre de una enfermedad, que es lo que más frecuentemente llamamos problemas.

También son frecuentes las omisiones sobre determinados temas, como aquellos problemas no encarados aún con alta prioridad (ej. la violencia intrafamiliar, contra la mujer, los ancianos, los niños), y la escasez de análisis teórico-metodológico de los problemas, donde alguna excepción encontramos en tesis de grado científico.

Los errores, unos reconocidos y rectificadas, otros no reconocidos y sostenidos, no son examinados en amplios espacios de discusión, se llevan a grupos cerrados que limitan la profundidad del análisis.

Finalmente parece que diseminamos ideas, pero no reflexionamos.

Que enseñanza se puede encontrar en el recuento de los textos presentados, no obstante las limitaciones de su alcance.

1. El Comandante y médico Ernesto “Che” Guevara nos dijo en una ocasión: “Entonces, me di cuenta de un cosa fundamental: para ser médico revolucionario o para ser revolucionario, lo primero que hay que tener es revolución. De nada sirve, el esfuerzo aislado, el esfuerzo

individual, la pureza de ideales, el afán de sacrificar toda una vida al más noble de los ideales, si ese esfuerzo se hace solo, solitario en algún rincón de América, luchando contra los gobiernos adversos y las condiciones sociales que no permiten avanzar. Para hacer revolución se necesita esto que hay en Cuba: que todo un pueblo se movilice y que aprenda, con el uso de las armas y el ejercicio de la unidad combatiente, lo que vale un arma y lo que vale la unidad del pueblo.”¹

De esta concepción se nutrió la Revolución cubana, por eso en ya casi medio siglo no ha sido vencida. Esa Revolución es la que nos ha dado el sistema de salud que disfrutamos. Con sus notables éxitos, con sus tareas pendientes, pero siempre en la posición de defensa de la salud del pueblo: no aceptando el neoliberalismo, rechazando la privatización de los servicios, creando el Sistema Nacional de Salud.

2. Para llegar a la raíz de los problemas es necesario buscarla en la historia del problema. O sea, buscar sus raíces históricas. Lo que aprendemos del ayer siempre es útil para hoy y mañana. Y no se trata de la crónica de fechas, hechos y biografías, sí del análisis clasista, de la lucha de los pueblos para mejorar su salud y de la lucha de los iluminados por promover y prevenir. Es aprender de Finlay, Pasteur, Cruz, Espejo, Sigerist, Shemashko. De la cultura popular y de los científicos contemporáneos de la ingeniería genética, de la inmunología molecular, de la antropología social y de la salud pública.
3. Los resultados de alta significación solo se obtienen y consolidan con un trabajo interdisciplinario e intersectorial. Esta es la esencia del trabajo en salud pública, que sistemáticamente proponemos, pero que frecuentemente olvidamos. No puede hacerse el trabajo de salud pública sin coordinarlo, apoyarlo, hacerlo a veces una misma tarea, con la educación, la producción y la distribución de alimentos, la práctica del deporte, la recreación...
4. La observación cotidiana, continua, de los cambios que ocurren en la sociedad y en la situación de salud obligan a un casi permanente proceso de cambio, de ajustes al sistema de salud. Es lo que hemos llamado la reforma permanente. Pero no la reforma neoliberal, no la reforma privatizadora, no la reforma que propugna el Fondo Monetario Internacional. Nuestra reforma se hace un acto revolucionario y es una revolución permanente.
5. El capital humano es el mayor valor para el desarrollo de los servicios de salud. Supera el de las nuevas tecnologías, el de los programas con sus imperfecciones. Su número es importante, pero su calidad es lo principal. Nuestro capital humano en salud es factor de primer orden en todos y cada uno de los logros obtenidos. Una demostración de su

valor y del uso adecuado del personal disponible lo observamos en los primeros años de la salud pública revolucionaria cuando no se disponía de enfermeras para la rápida expansión de los servicios que ocurría en condiciones de buena situación económica y constructiva. Se recurrió a la formación de auxiliares de enfermería a partir de 6to. grado de escolaridad y seis meses de entrenamiento. Con estas auxiliares se pudo multiplicar el número de camas de hospital y de servicios ambulatorios, incluidas las labores “de terreno”. Fueron un pilar en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas, en el programa de inmunizaciones, en la apertura de los hospitales rurales. Hechos como este sintetiza Fidel en su concepto de capital humano al decir: ¿Dónde está el secreto? En el hecho real de que el capital humano puede más que el capital financiero. Capital humano implica no sólo conocimientos, sino también -y muy esencialmente- conciencia, ética, solidaridad, sentimientos verdaderamente humanos, espíritu de sacrificio, heroísmo, y la capacidad de hacer mucho con muy poco.²

6. Ha sido deficiente la preparación en pre y posgrado en materia de salud pública y medicina social. Se ha aprendido más sobre el ensayo-error, que a partir de investigaciones en sistema y servicios de salud. El criterio de autoridad ha primado a veces sobre el consenso razonado.
7. El más heroico trabajo sobre la salud es el desarrollado en el internacionalismo solidario, en todo tipo de circunstancias, en condiciones políticas y de naturaleza adversas, en todos los continentes. El apoyo que ha representado a numerosos pueblos en sus luchas políticas y sociales le confiere un valor más allá de su significado en salud.
8. Se han recogido evidencias sobre el deterioro en la calidad de la atención, sobre todo en atención primaria. Entre otros factores, como efecto de una exagerada dependencia de tecnologías novedosas en detrimento de la clínica, como supremo arte y técnica de la medicina. Las novedosas tecnologías, de gran valor diagnóstico y terapéutico deben someterse al juicio clínico. Las nuevas tecnologías con su gran poder resolutivo incluyen efectos no deseables, también poderosos. Utilícense razonablemente.
9. Se hace necesario revisar el concepto de problema de salud. La mayoría de las veces que se pregunta por ellos se contesta con una lista de enfermedades. Así lo hacen sobre todos los médicos. Pero hay numerosos problemas que como tales son más trascendentes que cualquier enfermedad: la pobreza (dijo Johan Peter Frank en 1790 que la miseria del pueblo era la madre de las enfermedades), la

violencia (guerra, terrorismos, contra la mujer, contra ancianos y niños), las adicciones (sobre todo del tabaco y el alcohol), el estrés (laboral, comunitario) y los cambios climáticos y desastres naturales y antropogénicos. Frente a estos problemas se impone profundizar en el estudio de los determinantes sociales de la salud.

10. Como actuar en el futuro. La política más abarcadora y de mejores resultados a largo plazo será la que denominamos enfoque de salud, de prevención, que abarcan a toda la población, mejor que programas dirigidos a grupos vulnerables (que no se eliminarían del todo). Continuar la política de fortalecimiento de la atención primaria de salud, con el acercamiento de las tecnologías modernas adecuadas a este nivel y el perfeccionamiento de la práctica clínica. Esto se realizará en un ambiente de ética profesional y humanística, de solidaridad y entrega al servicio, basados en la concepción política ideológica de la Revolución Cubana.

Es necesario estudiar todo esto y reflexionar sobre cada concepto e idea a partir del pensamiento de Fidel, que se ha expresado en cada momento y lugar sobre los más trascendentes en el decursar de la Salud Pública Revolucionaria Cubana:

1. El desarrollo del capital humano.
2. La cobertura de la población con los servicios dotados con las más modernas tecnologías.
3. La solidaridad como principio ético en los servicios de salud.
4. La investigación científica como fundamento de las acciones en salud.
5. El internacionalismo practicado sin condicionamiento político.

Francisco Rojas Ochoa
Diciembre, 2007

Referencias

1. Guevara E. El médico revolucionario. Palabras pronunciadas el 19 de agosto de 1960 al iniciarse un curso de adiestramiento nacional por el Ministro de Salud Pública de La Habana. En: Pensamiento vivo del Che. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2001. p.39-71.
2. Castro F. Primera graduación de las Escuelas Latinoamericanas de Medicina. 20 de agosto de 2005.

