



# Salud y Salud Pública

Teoría y Práctica

**FRANCISCO ROJAS OCHOA**



**SALUD PÚBLICA • ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

# Salud y Salud Pública

Teoría y Práctica



PROHIBIDA



# Salud y Salud Pública

Teoría y Práctica

FRANCISCO ROJAS OCHOA



SALUD PÚBLICA • ADMINISTRACIÓN EN SALUD

La Habana • 2019

## Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Rojas Ochoa, Francisco.

Salud y salud pública. Teoría y práctica / Francisco Rojas Ochoa. —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019.

85 p.: il., tab. — (Salud Pública. Serie Administración en Salud)

-

-

Salud Pública, Administración en Salud Pública, Servicios de Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud, Sistemas Nacionales de Salud, Cuba

WA 100

Edición: Lic. Dania Silva Hernández

Diseño de cubierta e ilustraciones: Yamilé Hernández Rodríguez

Composición: Amarelis González La O

Digitalización: Lic. Diana Rojo León

© Francisco Rojas Ochoa, 2019

© Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2019

ISBN: 978-959-313-766-9

ISBN: 978-959-313-767-6 (PDF)

ISBN: 978-959-313-768-3 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 # 654 e/D y E, El Vedado, Plaza de la Revolución

La Habana, CP: 10400, Cuba.

Correo electrónico: [ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)

Teléfono: 78361893

Sitio web: [www.ecimed.sld.cu](http://www.ecimed.sld.cu)

En:

Mis sesenta años como trabajador de la Salud Pública  
Revolucionaria cubana

A:

Mis maestros, de los que me despedí, pero no olvido  
porque me acompañan sus legados cotidianamente:

Fidel Ilizástigui Dupuy  
Luis Rodríguez Rivera  
Mario Escalona Reguera  
Miguel Márquez Vázquez

## **AGRADECIMIENTOS**

A:

*Diana Rojo León*, por transformar mis manuscritos, tachaduras y notas incluidas en un texto legible.

*Dania Silva Hernández*, por poner en español bien escrito lo que yo no sé escribir.

*Amparo Zequeira Bulnes*, por su ayuda detectivesca localizando documentos añejos y de revistas poco conocidas.

*Zoe Díaz Bernal*, por la dulce miel y exquisito perfume de su prólogo.

*Lizette Pérez Perea*, por su ayuda técnica y cordial atención.

*Representación de la OPS/OMS Cuba*, por su apoyo para la edición e impresión de esta obra.

## PRÓLOGO

### Un hombre antiguo piensa en voz alta

Un libro titulado *Salud y Salud Pública* podría suponerse una recreación analítica de las definiciones que explican los conceptos que sustentan saberes y prácticas en este campo. Este cumple con esa cualidad, pero como es ya costumbre, su autor agrega visiones y aprendizajes en múltiples planos, los del hombre antiguo que es y que ha vivido mucho, que debió y supo adaptarse a los cambios.

Aunque el deleite de su charla y de los bucles enciclopédicos que le adornan, son insustituibles, la lectura de este texto permite confirmar la idea de René Descartes cuando dijera que *“Leer un libro enseña más que hablar con su autor, porque el autor, en el libro, sólo ha puesto sus mejores pensamientos”*. En este caso, el profesor Rojas Ochoa no se dirige a nadie en específico, no escribe para nosotros, sino que piensa en voz alta y así deja en *blanco y negro* sus pensamientos más lúcidos, sobre un tema que le ha consumido y al que ha ofrecido gran parte de su vida. Son sus creencias y opiniones las que hablan.

El autor brinda no pocos criterios sobre lo que considera es lo más acertado de aquellas posturas más clásicas, y también de las más contemporáneas y transgresoras. Aporta sus razones, sobre todo con base en la pertinencia y aplicación en Cuba, a la vez que no evita las críticas que tocan.

Lo que aparenta ser aderezo, en este texto es sustancia misma del plato fuerte: el sentido humanista, dialéctico y honesto con

el que se carga la información y las opiniones que se emiten, es precisamente lo que aporta singularidad a su contenido. Su recorrido es aparentemente simple, en tanto muy lógico; su lenguaje diáfano, asequible a la comprensión incluso de aquellos menos versados en el tema, y la relatividad de sus verdades alude a la comprensión de las diferencias y semejanzas con lo que se dijo antes por otros a la vez que se cuestionan los ajustes de contexto.

De suma trascendencia considero el acápite titulado “Principales problemas contemporáneos de salud pública”, donde de manera magistral y concreta el autor declara con detalle los que él considera los 10 fundamentales. Llama la atención que, en asuntos que pudieran pensarse distantes para Cuba, se alerta sobre su expresión tácita en el medio nacional y se conectan con lo que sucede a nivel global. No creo que se cuente en Cuba hoy, con un texto salubrista que de manera más sintética y profunda, haya logrado atrapar una vastedad tan compleja y urgente, para ser comprendida y atendida.

La alusión a la violencia como problema de salud pública, aunque no tan desarrollado como otros, merece en nuestro medio un reflector que lo ilumine. Quisiera creer que el hecho de que figure en este libro declarado como tal, contribuirá a que las fuerzas que lo contradicen, por no existir todavía una estadística que lo describa, vayan cediendo el espacio a su visibilización mediante la mejor evidencia. Los descriptores que el autor le endilga a tal asunto: *guerras, terrorismo, pobreza, iniquidades*, cada uno y por separado, merecerían muchas cuartillas. En Cuba, especialmente los dos últimos.

Tomar posición respecto al carácter biologicista y medicocentrista de la medicina y práctica salubrista cubanas, y el tratar de llamar la atención de sus protagonistas, para quienes la naturalización de sus expresiones más cotidianas enturbia la crítica y deconstrucción consciente, habla del ejemplo de aprendizaje incansable que significan la vida profesional y personal del autor. Por otra parte, un engarce cautivador nos regala cuando armoniza los asuntos relativos al envejecimiento de la población cubana y las migraciones, con la transición epidemiológica experimentada y sus efectos sobre la eficiencia del sistema sanitario y el gasto en salud. Advierto, siempre habrá que leer entre líneas, como él mismo invita a hacer.



En relación con la necesidad de someter a productos de la medicina natural y tradicional a los ensayos clínicos, para de esa forma dar credibilidad científica a los efectos que se le atribuyen, vuelvo a preguntarme ¿dicha lógica se ajusta a la lógica cultural de la que dimana la verdadera medicina natural y tradicional? Recordemos que buena parte de a lo que así se le llama hoy en nuestro medio, es resultante de procesos de asimilación y aculturación que operan precisamente bajo el influjo expansivo y sintetizador del modelo médico hegemónico. Otra buena excusa para generarme incertidumbre al respecto es precisamente lo que este texto explica con absoluta claridad: se requiere distinguir la asociación de la causalidad y evitar caer en la falacia *post hoc ergo propter hoc* (creer que si una realidad acontece a continuación de otra puede deducirse que la primera es la causa de la segunda). Este libro tira de mí y de algunas de mis creencias.

Puede considerarse esta, una obra breve. Sin embargo, no deja de abordar las cuestiones que cualquiera que desee estudiar la salud pública cubana y su sistema sanitario, necesite saber hoy. Para rematar, el autor nos regala un recorrido por sus conquistas fundamentales y nos muestra de manera virtuosa, los orígenes y transformaciones de aquellas a defender, y las metas todavía por alcanzar. Recomendables son los apuntes sobre la Atención Primaria de Salud, cuestiones vitales para el ajuste a las condiciones actuales sin detrimento de sus esencias.

Cuando terminé de leer este libro no pude evitar sentir la retrospectiva nostalgia de su carencia. Ojalá hubiera tenido algo así cuando me preparaba para ciertos exámenes. Entonces pude reconocer en mi paladar la idea de Amos Bronson Alcott “Es un buen libro aquel que se abre con expectación y se cierra con provecho”. Gracias Rojas Ochoa, otra vez, y buen provecho tengan todas y todos.

Dr. C. ZOE DÍAZ BERNAL  
Escuela Nacional de Salud Pública  
2019

## EXERGO

La salud pública requiere ese combate en que se aprende el respeto, ese fuego que cuece las ideas buenas y consume las vanas; ese oro que saca a la luz a los apóstoles y a los bribones. En esos debates apasionados los derechos opuestos se ajustan en el choque, las teorías artificiosas fenecen ante las realidades, los ideales grandiosos, seguros de su energía, transigen en los intereses que se les oponen.

José Martí

En: La Nación. Buenos Aires, 13 de noviembre de 1887, t. 1, p. 357. Citado por Valdés Galarraga, R. Diccionario del Pensamiento Martiano. Edit. Ciencias Sociales. La Habana, 2007. p. 616.

# Contenido

## **CAPÍTULO I. Salud y salud pública: Conceptualización/ 1**

Promoción de salud / 9

## **CAPÍTULO II. Principales problemas contemporáneos de salud pública/ 13**

La trilogía de problemas conceptuales y teórico metodológicos que forman un problema común que afecta el enfoque y la comprensión del proceso salud, enfermedad, atención y muerte/ 13

El dominio del pensamiento biologicista sobre el pensamiento asistencial y preventivista en los servicios de salud/ 13

La medicalización de la sociedad/ 14

El Modelo Médico Hegemónico/ 17

La violencia: guerras, terrorismo, pobreza, iniquidades/ 18

Corrupción: políticas (estatal), en la Gran Pharma, en la llamada medicina natural y tradicional y en prácticas cotidianas / 19

Ofensiva neoliberal: privatización de servicios, políticas de aseguramiento privado, transnacionalización de los seguros, apoyo en medios masivos de información/ 25

Agua potable, saneamiento, higiene personal, comunal, del trabajo, de los alimentos y otras/30

Calentamiento mundial y efectos adversos del cambio climático/ 33

Envejecimiento poblacional. Enfermedades crónicas/ 34

Migraciones masivas/ 38

Salud mental/ 40

Escasez de profesionales y técnicos en los sistemas de salud/ 44

### **CAPÍTULO III. Conquistas a defender, metas a alcanzar/ 49**

Las conquistas/ 49

Sistema Nacional de Salud/ 49

Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud/ 51

Programa de Atención Materno-Infantil/ 55

Programa Ampliado de Inmunizaciones/ 58

Formación de profesionales y técnicos de la salud/ 64

Las metas/ 67

La informatización del Sistema Nacional de Salud/67

Ciencia, técnica e innovación/ 69

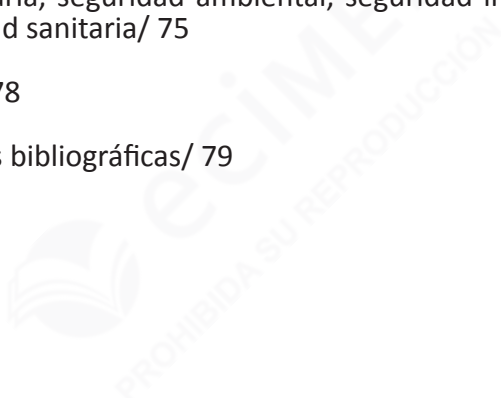
Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud/ 73

Atención a las consecuencias de la transición demográfica y epidemiológica: necesidad de la investigación científica/ 74

Seguridad nacional: defensa, seguridad pública, seguridad alimentaria, seguridad ambiental, seguridad informática, seguridad sanitaria/ 75

EPÍLOGO/ 78

Referencias bibliográficas/ 79



## Salud y salud pública: Conceptualización

La conceptualización de los términos salud y salud pública se ha discutido a lo largo de su historia. Varían según la cultura de los pueblos y el momento histórico. En los finales de las dos primeras décadas del siglo XXI aún no se ha llegado a consenso. El Diccionario de la Real Academia Española define salud como:

- Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones.
- Condiciones físicas en que se encuentra el organismo en un momento determinado (RAE, 2001). Y otras cinco acepciones más, que complementa con tres conceptos de estados saludables.

Los académicos ignoran las concepciones populares, en Cuba el Tosco definiría que salud es “estar en talla”.

Un orden aceptable lo estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) al formular su definición de salud en los momentos en que se creaba la Organización.

Se pronunció en estos términos: “Salud es el más completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

No dejó de provocar gran debate, pero los discrepantes no pudieron formular algo mejor y se generalizó su uso.

En años más recientes el Profesor Ricardo González Menéndez ha propuesto una ampliación, más comprensiva, más abarcadora de esta definición. Se añade a los componentes “físico, mental y social”, dos más, lo cultural y espiritual (González Menéndez, 2004; González Menéndez, 2016).

Lo cultural extiende la necesidad del bienestar a toda la actividad que realizan los seres humanos en sus relaciones con otros de sus iguales y con la naturaleza.

Es necesario diferenciar lo cultural de lo espiritual, ya que guardan conexión. Lo cultural se relaciona con necesidades personales. “Lo espiritual desarrollado con necesidades ajenas, gracias al trascendente salto cualitativo del egoísmo al altruismo en sus diferentes expresiones” (González Menéndez, 2016).

El altruismo sería el paradigma de las necesidades espirituales desarrolladas y que el humanismo, la solidaridad, la bondad y el amor, las conductas idóneas para su satisfacción. Como contrapartida, la ausencia de estas virtudes implicaría la frustración de estas necesidades y el consecuente vacío existencial –en lo individual– y el exterminio de la especie humana, en lo social (González Menéndez, 2004).

Esta conceptualización nos acerca más a los ideales de una sociedad más solidaria, donde dar más nos haga feliz, más martianos, que fue quien nos dijo “negar lo espiritual que duele y luce, que guía y consuela, que cura y mata, es como negar que el sol da luz [ ...]” (Martí, 1887).

También al intentar definir salud pública se han producido discrepancias que condujeron a numerosas definiciones contaminadas por una sinonimia que crea confusión. Entre otros términos se ha empleado: policía médica, higiene preventiva, salud comunitaria y salud colectiva.

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 (Frenk, 1992).

Esta opinión deriva de la concepción de crisis actual de la salud pública, entendida como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger la salud en la medida en que las circunstancias históricas lo requieren (Colectivo de autores, 1992), y ha favorecido el abandono del uso del término salud pública por numerosos contemporáneos.

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

– Se equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, esto es el sector público.

- Se le da un significado un tanto más amplio, pues incluye no solo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el “público”.
- 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).
- Se añaden servicios personales, pero de naturaleza preventiva, dirigidas a grupos vulnerables (como los programas materno infantiles).
- Se emplea la expresión “problema de salud pública” para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad (Frenk, 1992).

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., que la limita a “los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud” (Frenk, 1992).

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 (Frenk, 1992).

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” (Frenk, 1992). Este autor limita la definición al conceptualizarla como “un campo multidisciplinario de investigación”. Pero considero que la investigación, no obstante, su enorme importancia para la salud pública “nueva” o “moderna” o “actual”, no es el eje central que permita una definición más clara de la salud pública. La salud pública es algo más que investigación.

Prefiero volver a los clásicos, en expresión literaria, *el retorno a la semilla*. Es el camino seguido por Terris. En el artículo que

cito repetidamente de este autor, se nos recuerda la concepción francesa de mediados 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” (Terris, 1992). Es así que en 1920 Winslow formuló su definición, que yo tomo como la clásica por excelencia.

La definición defendida en el texto de John H. Hanlon *Principios de Administración Sanitaria*. Tercera Edición en Español, 1973. Prensa Médica Mexicana. p. 5, se presenta así:

La salud pública es: la ciencia y el arte de 1) impedir las enfermedades, 2) prolongar la vida, 3) fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- El saneamiento del medio.
- El control de las infecciones transmisibles.
- La educación en higiene personal.
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades.
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho a la salud y a la longevidad. (Hanlon, 1973).

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 podemos 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 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. (Terris,1992).

- En 1988 propuso Terris esta definición, 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”.
  - “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” (Terris,1992).

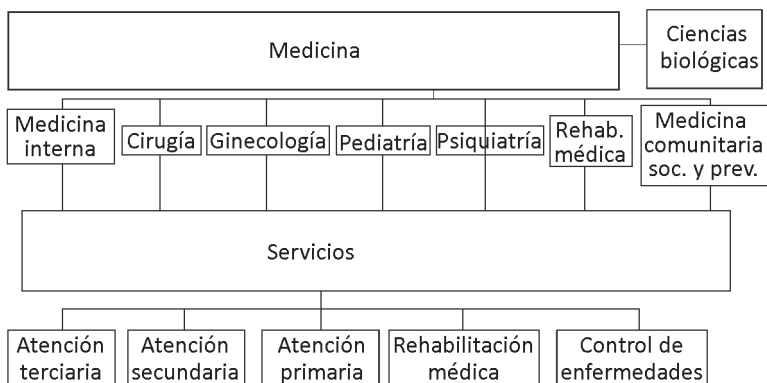
Estos cambios son pertinentes. Cuando Winslow expresó su definición (1920), la epidemiología y la prevención de las enfermedades no infecciosas eran desconocidas. Se aceptaba el diagnóstico precoz y tratamiento, pero esto es muy inferior al resultado de impedir que ocurra una enfermedad, que es la verdadera y única prevención. La detección precoz es costosa, no siempre posible, de beneficios modestos, solo eficiente y eficaz 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 niveles de Leavell, donde a la verdadera prevención se le dio la etiqueta de “prevención primaria”, a la detección precoz y el tratamiento “prevención secundaria” y a cualquier otro tipo de tratamiento y rehabilitación “prevención terciaria”. Por este motivo, todos los médicos se convirtieron en practicantes de la medicina preventiva y así, la necesidad de crear una disciplina independiente de salud pública fue socavada (Terris,1992).

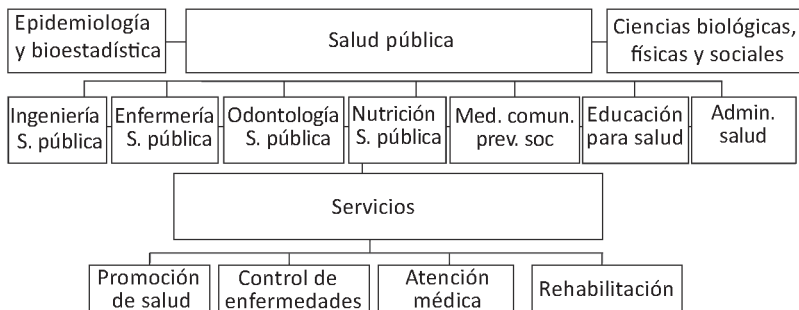
En esta definición de Winslow modificada por Terris se encierran las funciones que Sigerist definió, en 1945, como las cuatro tareas principales de la medicina:

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

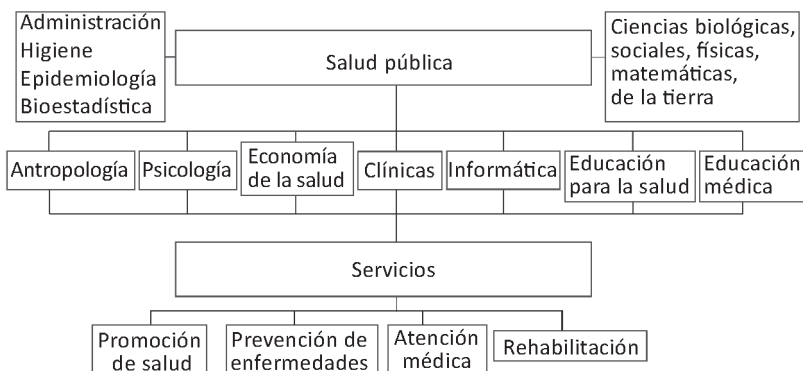
Pero Terris desarrolla una idea más avanzada al discutir los términos medicina comunitaria, social y preventiva, donde estos conceptos llevados a disciplinas se insertan en una estructura como partes de la medicina (palabra clave en la nomenclatura), en tanto la definición aquí aceptada privilegia a la salud pública, de cuya estructura forma parte la medicina (en cualquiera 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 (Terris, 1992). Terris sintetiza estas ideas en dos esquemas. (Figs. 1.1 y 1.2). Yo me permito, partiendo de la idea de Terris, expresada en su esquema sobre el concepto de la salud pública, formular una variante de ese esquema (Fig.1.3).



**Fig.1.1** El concepto de medicina comunitaria/social/preventiva.



**Fig.1.2.** El concepto de salud pública.



**Fig.1.3.** Fuentes y partes integrantes de la salud pública.

En mi concepción distingo lo que llamo fuentes y partes integrantes de la salud pública (parafraseando un texto clásico de Lenin) (Lenin, V.I. s.f.). 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 destaco los de las ciencias biológicas, sociales, de la conducta, físicas, matemáticas y de la tierra (pueden incluirse otras, pero no pretendo aquí un inventario detallado), que conforman el horizonte más amplio de la interdisciplinariedad 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 propongo limitar a cuatro: administración, higiene, epidemiología y bioestadística.

Hasta aquí, las diferencias con Terris radican en que su esquema se limita a mencionar las ciencias biológicas, físicas y sociales, aunque 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 incluyo entre las fuentes a las ciencias sociales, que aparece en Terris, junto con la medicina preventiva y comunitaria, como una disciplina, con carácter de componente o parte de la salud pública.

En mi opinión la medicina social, (ciencia social), como la comprendió Juan C. García, es “un campo del conocimiento científico que se ocupa de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud enfermedad y con los servicios de salud” (García, 1986), 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 atención y muerte y en la respuesta social a los problemas de salud, que no se enfocan del mismo modo en disciplinas como la administración de servicios 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 establezco con el esquema de Terris es que considero 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 interdisciplinariedad de la salud pública, en mi opinión, 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 nosotros son ya frecuentes los odontólogos dedicados a la bioestadística, las enfermeras y los economistas en el campo de la administración.

Enumerando, sin pretender agotar, las partes integrantes de la salud pública, menciono las más extendidas: biomedicina (ciencias biomédicas), clínicas (con sus tareas centrales en la recuperación y rehabilitación), nutrición, educación para la salud, economía de la salud, informática médica, antropología, psicología y otras. 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 y aplicar conocimientos y habilidades de las fuentes y de las partes integrantes de la salud pública. Me refiero 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.

## Promoción de salud

En esta muy amplia, a la vez extensa y profunda concepción de la salud pública, es que se inserta como una de sus 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 afirmó 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 añadía: “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” (Sigerist, 1945).

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 este 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. Doy esta afirmación 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. La Carta de Ottawa 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 prerequisites básicos".

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

La diferencia en las definiciones radica en cuestiones políticas. Estados Unidos es un país mucho más conservador que Canadá y Europa, y las posiciones que abogan por el cambio social suelen ser desaprobadas.

En Estados Unidos 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.

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.

Pero también nos 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.

No nos faltan estos requerimientos. Por ello hoy defendemos que las tareas de promoción de salud, como aquí se expusieron, son la prioridad del momento, y precisamente del momento por el que atravesamos, como consecuencia de la pérdida de relaciones internacionales que favorecían nuestro desarrollo socialista y también por la intensificación de la política hostil de la potencia política hegemónica a nivel mundial, que incluye el bloqueo económico a nuestro país, exacerbado hoy pretendiendo la aplicación de partes no utilizadas antes para nuevas sanciones a Cuba previstas en la Ley Helms-Burton.

La preservación de las conquistas del socialismo es 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 y se sitúa conceptualmente en el extremo opuesto a la práctica cubana. Sobre esto Menéndez nos 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” (Menéndez 1992).

Y añade, citando a Bobbio:

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado que 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 indispensable y lo que no lo 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? (Bobbio,1992).

Por ser esta la realidad de las tendencias hegemónicas dominantes en el continente es que luchamos en Cuba, con renovada energía, contra ellas. Pero al hacerlo no ignoramos 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 la 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 estilos de vida sanos; 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, debo 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, compete a todas; y no es razón para una unidad administrativa exclusiva, es responsabilidad de todas.

También cabe precisar que es tarea de toda la población, cada uno en su lugar, en su cotidiano quehacer. No esperemos la orientación “de arriba”, ni que las autoridades solas asuman las tareas, apoyémoslas y compulsémoslas en esta dirección.



## Principales problemas contemporáneos de salud pública

Cuando se hace la pregunta inquiriendo cuáles son los principales problemas de salud pública, es común en Cuba encontrar mayoritariamente la misma respuesta, sobre todo en trabajadores del sector de la salud, en especial los médicos.

La respuesta se da en términos de las enfermedades que afectan a mayor número de personas, o que causan mayor número de muertes. Los profesionales citan comúnmente las diez primeras causas de defunción.

El autor de este texto, sin desconocer que las enfermedades son un problema y que algunas llegan a ser problemas de salud pública, opina que hay otros problemas que cobran más importancia que las enfermedades mismas porque están en la raíz de su ocurrencia. Alguien dijo que eran causas de las causas.

Desarrollaré esta idea mencionando 10 de estos problemas principales, que podrían llamarse primarios en relación con la salud de las personas:

### **La trilogía de problemas conceptuales y teórico metodológicos que forman un problema común que afecta el enfoque y la comprensión del proceso salud, enfermedad, atención y muerte**

Estos problemas se presentan a continuación:

#### **El dominio del pensamiento biologicista sobre el pensamiento asistencial y preventivista en los servicios de salud**

Se piensa en el enfermo antes que en el sano invirtiendo la prioridad. Se estudia el cuerpo del enfermo como animal (mamífero, de sangre caliente, vertebrado, bípedo) pero se olvida

lo que diferencia al humano de otros animales iguales, y es que aquel posee lenguaje articulado que contribuyó a su evolución y al desarrollo de su pensamiento, que creó instrumentos que le ayudaran en su trabajo, que también creó símbolos con los que pudo escribir, que todo esto y algo más le formó una cultura y por ello su salud será el más completo bienestar físico (el del cuerpo), mental, social, cultural y espiritual, según se conceptualizó antes.

Suele buscarse una causa donde generalmente el proceso es multicausal. La causa se busca generalmente dentro del cuerpo, o en un agente externo, biológico, físico, químico u otros.

Se obvia o se subestima lo mental, lo social, lo cultural y lo espiritual y se incluye lo económico, lo ambiental, lo laboral, los discriminantes, entre otros. A veces se sobrevalora las conquistas notables de nuevas técnicas, procedimientos y productos (Menéndez, 2005; Menéndez, 2008).

### **La medicalización de la sociedad**

La muy frecuente y a veces exagerada propaganda, presentada como noticia o innovación sobre temas de diagnóstico o terapéutica, la propaganda comercial a fármacos en prensa no especializada, los anuncios alarmantes sobre epidemias reales o ficticias, la descripción de síntomas de enfermedades en los medios masivos de información, el consejo dado por personas calificadas o no en los medios de difusión masiva que inducen a consumir determinados productos, la insistencia a acudir al médico ante síntomas banales, junto a otras ideas que saturan el ambiente y conducen a búsqueda de ayuda para la supuesta pérdida de la salud que no es real.

Sobresale en este marco de referencia el enfoque de un problema social como problema médico.

Se convierten en enfermedades procesos naturales: la vejez, la calvicie, la hipercinesia, la menopausia, el duelo. El envejecimiento poblacional provoca que se encuentren más personas con algunas de las enfermedades crónicas, pero la vejez que no se complica con un evento adverso no es por sí misma una enfermedad, aunque el “viejo” es un sujeto diferente y cuando enferma, un enfermo diferente.

Una consecuencia nociva de lo anterior es la prescripción indiscriminada de medicamentos, sobre todos analgésicos, antiinflamatorios, “tranquilizantes”, somníferos y otros.

Siguiendo esta corriente se ha propuesto terapéutica farmacológica para situaciones personales: soledad, incertidumbre, ansiedad. (Menéndez 2005; Menéndez, 2008).

En un importante trabajo de Teresa Forcades i Vila titulado “La medicalización de los problemas sociales” (Forcades, 2012), la autora examina dos publicaciones en revistas acreditadas, una que trata la relación entre el peso al nacer y la posibilidad de quedarse sin trabajo en la vida adulta y en otra, la correlación entre el bajo peso al nacer y el hecho de ser soltero en la vida adulta (Kristensen, 2004; Phillips, 2001).

Comentando estos y otros trabajos Forcades i Vila escribe que no debemos tomar los resultados de un estudio estadístico como verdad absoluta y añade: “El problema no es que la metodología científica tenga límites, sino que no los conozcamos adecuadamente y pretendamos basar las decisiones en salud únicamente o principalmente en resultados estadísticos”.

Forcades plantea además que:

Es importante distinguir la asociación de la causalidad: que dos variables estén asociadas (como por ejemplo bajo peso y la tasa de paro) no implica que haya entre ellas una relación de causa efecto: no tener en cuenta esta precaución básica es incurrir en la falacia *post hoc ergo propter hoc* (la falacia de creer que si una realidad acontece a continuación de otra puede deducirse que la primera es la causa de la segunda). Esta falacia se enseña en el primer curso de estadística. Se enseña y se sabe, pero su conocimiento no evita el cientificismo porque asociación no equivale a causalidad, pero tampoco la descarta. Este es el problema. Los paquetes estadístico actuales son tan potentes que permiten el análisis de variables muy complejas en un tiempo *record* y son capaces de describir por casualidad las asociaciones más inusitadas. El hecho que afirma como cierta una relación de causalidad entre dos variables asociadas temporalmente es una falacia, no implica que esta causalidad no sea posible. No la podemos afirmar como cierta y este es el factor decisivo en la práctica, tampoco la podemos descartar usando la metodología científica. Es por eso que una vez establecida la asociación estadística entre el bajo peso al nacer y la posibilidad de quedarse sin trabajo o de quedarse soltero en la vida adulta, puede darse el caso (y esto es de hecho lo que ocurre habitualmente),

que la sociedad o los dirigentes políticos o los responsables de la salud pública de un determinado país lleguen a la conclusión de que hay que hacer algo para ayudar a las personas supuestamente afectadas. Y aquí empieza la medicalización y la iatrogenia o némesis<sup>1</sup> clínica que le es propia (Forcades, 2012).

La medicalización de los problemas sociales es un fenómeno que afecta de forma creciente a las sociedades contemporáneas, en contextos sociales aparentemente tan alejados como son el de Noruega (estudio sobre paro) o Israel. Daniel File ha analizado durante un período de cinco años las dos principales publicaciones científicas de la asociación de médicos de este país, el *Israel Journal of Medical Sciences* (publicado en inglés) y la *Ha' refuah* (que se publica en hebreo). En cinco años solo cinco artículos del total de 1 430 publicados en *Ha' refuah*, tuvieron en cuenta los aspectos sociales de la enfermedad; el porcentaje correspondiente en el *Israel Journal of Medical Sciences* fue inferior a 1 %. Tras analizar los artículos dedicados a enfermedades que tienen un claro componente social como, por ejemplo, las infecciones infantiles en los territorios de la Palestina ocupada, y haber constatado que los autores ignoraban sistemáticamente este factor, File concluye:

“La desigual distribución del poder en la sociedad contemporánea se encuentra reflejada en la ideología médica [...] El medio fundamental para conseguirlo es la medicalización, la cual incluye la desocialización de la enfermedad y la explicación de fenómenos sociales con términos médicos” (File, 2004).

Por “desocialización de la enfermedad” entiende File, el proceso por el cual la ciencia médica en lugar de reconocer las causas sociales de ciertas enfermedades las sustituye por causas de tipo individual: por ejemplo, en lugar de reconocer que el estrés laboral a menudo es una reacción normal y sana a unas condiciones laborales hostiles, la ciencia médica se centra hoy en día en el individuo y se propone intervenir sobre él con propuestas farmacológicas o incluso quirúrgicas.

---

<sup>1</sup> Némesis: venganza o castigo por haber confiado en exceso en los propios recursos en el ámbito médico (explica Forcades).

Urge un estudio a fondo de la extensión del fenómeno de la medicalización de los problemas sociales en los diferentes contextos nacionales y culturales, y urge una toma de posición crítica al respecto que desenmascare la manipulación ideológica disfrazada de ciencia, y retorne al profesional sanitario y particularmente al especialista en salud pública al lugar que le corresponde: al lado del paciente, con particular atención por los más vulnerables (Forcades, 2012).

Las urgencias a que convoca Forcades son válidas para los médicos y salubristas cubanos. Tomemos posición.

### **El Modelo Médico Hegemónico**

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) lo conceptualizó el antropólogo argentino-mexicano Eduardo Menéndez. Desarrollaré el texto de esta parte del trabajo citando textualmente artículos del autor original que lo propuso:

Como sabemos, el saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos contruidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas. Eso además orienta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud (Menéndez, 2005).

También escribió Menéndez:

Cuando hablo del Modelo Médico Hegemónico referido a la medicina alopática, lo hago en términos de una construcción de tal manera que, como todo modelo, constituye un instrumento heurístico para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad (Menéndez, 2008). Las principales características del Modelo Médico Hegemónico biomédico son: biologicismo, asociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico paciente asimétrica o subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud enfermedad como mercancía, tendencia hacia la medicalización de los problemas, tendencia hacia la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2008).

Con estos tres componentes se integra lo que considero el primer gran problema, por su importancia relevante como problema de salud, por lo abarcador que resultan y por su fuerte presencia en todas las sociedades contemporáneas, a excepción tal vez de algún pueblo aislado que llamamos primitivo.

Estos problemas están presentes en nuestra teoría y práctica de la medicina y la salud pública cubana, unos aspectos más acentuados, otros más atenuados. Su solución es tarea pendiente, tarea de autoridades y educadores.

## **La violencia: guerras, terrorismo, pobreza, iniquidades**

La violencia parece haber ganado ya un buen espacio en la cultura de numerosas sociedades contemporáneas. El asunto es de obligado contacto cotidiano: noticias, a veces dramatizadas en su presentación sobre todo en televisión, conversaciones, ser testigo de un hecho violento, ser víctima o victimario.

Tal vez la presencia tan frecuente esté relacionada con la gran diversidad de la violencia: guerras civiles y tribales; terrorismo, donde el más repudiable es el de Estado, el mediático, muy extendido en el presente siglo; la violencia contra los pobres, que se suma a la condición de pobre que es una forma de violencia. Las iniquidades generan una extensa gama de discriminaciones con violencia: por el color de la piel, no erradicada aún en Cuba, aunque prohibida por la Ley quedan formas presente en la conducta de no pocas personas; de género, también atenuada pero presente, por orientación sexual no convencional, por religión, por nivel de instrucción, por condición de inmigrante (con gran presencia y dureza en EE. UU. y Europa), Y la forma más oculta, pero muy frecuente, que llamo doméstica y que se ejerce contra la mujer, los niños y los ancianos (prohibiciones, limitación de movimientos y uso de recursos, violencia física y psicológica).

Presenciamos hoy (2019) un recrudecimiento de políticas gubernamentales de violencia. El gobierno de los EE. UU. practica la guerra irregular no convencional contra Siria, Irán, Venezuela y Cuba e incluye la mediática plagada de mentiras, sanciones económicas y agresiones terroristas y sabotajes. El boqueo es una medida de guerra que resistimos más de medio siglo y se recrudece.

Todas estas formas de violencia atentan gravemente contra la salud, ocasionan muertes, enfermedades, lesiones y discapacidades. Se añaden las que ocasionan el deterioro de la economía que es resultado de la violencia.

Se han omitido datos estadísticos y referencias bibliográficas por tratarse de hechos muy conocidos.

### **Corrupción: políticas (estatal), en la Gran Pharma, en la llamada medicina natural y tradicional y en prácticas cotidianas**

La corrupción se manifiesta, ya por lo frecuente, en la magnitud de algunos hechos, la relevancia de los corruptos y la impunidad con que actúan; elementos que conforman un rasgo de la cultura contemporánea en numerosas sociedades.

Lo que se ha podido conocer es notable, pero se supone lo más oculto. El enriquecimiento ilícito en países como EE. UU. (están en primera plana graves acusaciones bien fundadas contra Donald John Trump), el “escándalo” *Lava Jato* de origen brasileño que desbordó las fronteras del país, es lo más comentado de la política actual en Perú. Cuba está hoy exenta de corrupción estatal a ese nivel. La sufrió en el pasado reciente, Fidel le puso fin, sin dudar, sin secretismo, primero denunció, después a los tribunales de justicia, sentencias cumplidas (DOR, s.f.).

Al referirnos a la corrupción en el campo de la salud, el primer lugar lo ocupa de modo destacado la Gran Pharma (Big Pharma), como se le ha llamado al conjunto de las principales compañías de la industria farmacéutica. Las diez mayores facturaron en 2018 la cifra de 370,8 billones de dólares, lo que les da un enorme poder, que se expresa en lo que de ellas dicen los medios de difusión, las autoridades sanitarias y la impunidad que ostentan (Pérez Peña, J. Comunicación personal, 2019); (Pérez, 2014).

Ejemplo de corrupción que produjo ganancias multimillonarias y daños humanos graves fue la introducción en el mercado de un “super analgésico” que se sostuvo en el mercado “en virtud de las numerosas maniobras fraudulentas de Merck, la empresa que lo comercializaba, las cuales se vieron favorecidas por la indolencia del organismo norteamericano llamado a regular y controlar estos procesos (Food and Drug Administration, FDA)” (Silva, 2011).

Se trata del *Vioxx*, mantenido en el mercado pese a la certeza del daño que estaba causando a consumidores (muertes muy numerosas), pero con ganancias de miles de millones para su productor (Good, 2005). Silva Ayçaguer nos advierte en su artículo antes citado:

El prontuario de las conductas desinformativas a cargo de la industria farmacéutica es extenso y bien documentado. Incluye amedrentamiento directo a investigadores incómodos (Burton, 2007), publicidad engañosa (Smith, 2003), contratación de autores fantasmas (PLos Med, s.f.), presiones y sobornos a editores y autores (Ángel, 2005), estudios sibilinamente diseñados para resaltar u ocultar realidades según convenga (Smith, 2006), invención de enfermedades (*disease mongering*) que promuevan la demanda de medicamentos correctores de tales dolencias, (Blech, 2005) y contrato a inescrupulosas empresas que operan enclaves geográficos periféricos para convalidar las presuntas virtudes de los fármacos y que a menudo se pliegan a informar solo lo que sus empleados permiten” (Mirowski, 2005; Silva, 2009).

Más adelante añade: “Jetter (Mirowski, 2005) resalta que en el 2006 el 65 % de los estudios de vigilancia prometidos por las empresas comercializadoras en los últimos años ni siquiera habían comenzado” (Silva, 2011).

El autor se refiere en el párrafo anterior a la vigilancia pos-comercialización, a la que debe someterse todo nuevo medicamento que entra en circulación.

En el artículo citado (Silva, 2011) se sintetiza la trágica historia en torno a la rosiglitazona, comercializado por Glaxo Smith Kline (GSK) con el nombre comercial Avandia, para el control de la diabetes tipo dos.

El asunto es que Avandia incrementó los ataques al corazón entre 23 y 43 % de los que tomaban el medicamento. A pesar de las denuncias y evidencias, tras 11 años de litigio solo en Europa se había retirado del mercado el producto por la Agencia Europea de Medicamentos. En los EE. UU. solo se había avanzado a una advertencia obligatoria a pacientes y a médicos que debían fundamentar su prescripción (Silva, 2011).

La magna estafa de la gran industria farmacéutica es crédito que concedo al “asunto Tamiflú/Relenza”, según lo llamó Juan



Gérvas, de la Escuela Nacional de Sanidad de España, en su esclarecedor artículo “El asunto Tamiflú/Relenza” que se publicó en la *Revista Cubana de Salud Pública* (Gérvas, 2014).

Resumiendo esta historia a lo esencial, para comprender porque escribí “estafa”, debo partir recordando que en 2005 se notificaron los primeros casos en México, de una gripe transmisible grave. Se llamó primero “de México”, luego “porcina”, finalmente “gripe o influenza A (H1N1)”. Se dio la alarma, necesaria, pero exagerada. Un vocero de la OMS pronosticó un día 150 millones de muertes, se rectificó al día siguiente y la cifra se redujo a 7 millones (Bonneaux, 2010).

Hechos como este desataron una epidemia de pánico. Estas cifras nunca se alcanzaron.

En 2009-10 se reavivó el terror mediático. La OMS declaró “la primera pandemia del siglo XXI”, tras cambiar entre mayo y septiembre de 2009 la definición de pandemia (Word Press, 2010; Doshi, 2011).

En 2005/2006 se registraron solo 262 defunciones por influenza en el mundo. La contagiosidad fue muy baja (Bonneaux, 2006). Pero los pronósticos catastróficos, la declaración de pandemia, la presión de los medios masivos de información y la vieja historia de la influenza de 1918, llamada “gripe española”, de alta frecuencia y mortalidad, estimularon a los estafadores y arrastraron a los gobiernos a la política de aceptar fármacos inútiles que se aplicaron masivamente.

Estos fármacos fueron el Zanamivir, producido en 1989 en Australia y que compró Glaxo (Reino Unido) y lo comercializó con el nombre de Relenza. Entre 1990-1995 se desarrolló el Osetamivir, por la empresa Gilead (EE. UU.), esta vendió sus derechos de patente a Roche (Suiza), que la puso en el mercado con el nombre Tamiflú.

Solo observar que gobiernos conservadores, que protegen y estimulan los servicios de salud privados y el aseguramiento de estos servicios por empresas privadas de seguros, cuyo objetivo es el lucro, se lanzaran a la compra masiva de estos productos para el tratamiento de la enfermedad, no había vacunas específicas. El pánico provocado lo justificaba todo. En 2005 el gobierno de EE. UU. gastó 1 000 millones de dólares en comprar y distribuir Tamiflú. Otros gobiernos elevaron las compras del producto en 35 veces entre 2002 y 2006. Las ventas de Tamiflú/Relenza aumentaron entre 2009 y 2010 en 72 veces respecto al 2002 (Gérvas, 2014).

Este último autor resume la situación de ese modo:

La amenaza de la pandemia de gripe A había sido de nuevo una falsa alarma pues la mortalidad fue incluso menor que en la epidemia anual estacional. Pero las ventas de Tamiflú/Relenza crecieron de acuerdo con el pánico de la población. Sin embargo, la necesidad de reevaluar la efectividad y seguridad de los antivirales permitió descubrir y denunciar los problemas de transparencia respecto a los datos de los ensayos clínicos y ello abrió las puertas al acceso público de sus hallazgos, a resultas de la presión ejercida por científicos y profesionales, por la buena voluntad de las compañías farmacéuticas, y finalmente en el futuro, con la aprobación de nueva legislación al respecto (Gérvas, 2014).

Y más adelante añade:

El asunto Tamiflú/Relenza compromete especialmente el crédito de corporaciones farmacéuticas, organizaciones y entidades reguladoras, investigadores, revistas científicas, gobiernos, sociedades profesionales y trabajadores sanitarios. Es decir, el asunto Tamiflú/Relenza erosiona el fundamento científico de la medicina convencional, y al tiempo que desacredita unos medicamentos concretos, pone en cuestión el conjunto de la actividad del sistema sanitario. No se trata ya de los antivirales en la gripe sino en general del valor de los ensayos clínicos, de la ocultación y manipulación de datos, y de políticas públicas que aseguran la efectividad y seguridad de los medicamentos. Cabe preguntar por la situación de los medicamentos aprobados y en uso: ¿tendrán los mismos problemas que los antivirales de la gripe? Esta cuestión es clave pues incide en un problema previo, el del continuo descrédito de la industria farmacéutica que en las encuestas obtienen una calificación similar a la industria tabaquera pese a su distinta importancia social. Sin embargo, es imperativo que no se incremente tal descrédito pues es inimaginable un mundo sin medicamentos. A este respecto, la lección práctica y ética desde el punto de vista de la salud pública es: Los medicamentos son recursos esenciales para el sistema sanitario y quienes los producen deberían alinear sus objetivos con los de la sociedad para que su afán de lucro no vaya por delante de la salud de las poblaciones; por ello es

esencial una política de transparencia, el acceso público a los datos crudos de todos los ensayos clínicos y la publicación de los mismos en todo caso” (Gérvas, 2014).

Una Revisión Cochrane de 2009 sobre los antivirales demostró que no tenía más valor que una simple aspirina (Jefferson, 2009).

Una nota final sobre este ejemplo paradigmático de fraude científico y corrupción de la Gran Pharma (Big Pharma):

Entre los personajes compradores al por mayor de Tamiflú en EE. UU. con fondos de la entidad de gobierno que dirigía estuvo Donald H. Rumsfeld, quien fuera Secretario de Defensa entre 1975 y 1977 (Presidente Gerald Rudolf Ford) y luego de 2001 a 2006 (Presidente George Walker Bush).

Rumsfeld fue también, fuera de su periodo de Secretario, Presidente de la empresa farmacéutica Gilead, que tuvo la patente de Tamiflú. Por supuesto, también accionista (Gérvas, 2014).

En el espacio de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) (que tiene otros nombres), también se observan acciones corruptas como las descritas (no se han mencionado todas) en la industria farmacéutica. La gran diferencia está en el volumen que alcanzan los industriales en sus ganancias y los más modestos ingresos de los que practican la MNT.

En este caso, mi posición discrepante del auge no controlado de la MNT parte de dos conceptos o principios:

1. La medicina es una, con múltiples formas de practicarla, con muy variados métodos y recursos, sobre bases teórico metodológicas diferentes. Pero única en sus fines, en su ética. Sus diferencias surgen por las diferencias en la cultura de los distintos grupos humanos, que definen las características de la práctica en salud de cada sociedad.
2. El grado o nivel de desarrollo económico y científico técnico de cada sociedad. La mayor o menor riqueza natural de esa sociedad. Los desastres naturales o antropogénicos a que está expuesta, la condición de pueblo libre o sojuzgado y otros.

Estas dos condiciones crean las llamadas diferencias, pero en esencia la salud humana, biológica o física, psíquica, social, cultural o espiritual es una, y las prácticas promotoras, preventivas, diagnosticadoras se funden en una sola.

Cuando discrepo de lo que veo en las prácticas de la MNT no reacciono proponiendo su prohibición. La humanidad la usó miles de años, la medicina científica es reciente, la industria farmacéutica cerca de dos siglos. En mi cultura fue lo predominante, casi exclusivo hasta los 18 o 20 años de edad. Siempre los cocimientos, las inhalaciones, los empachos sobados. Aprendí a digitalizar un insuficiente cardíaco con tabletas de polvo de hoja de digital, en la década de los años 50 del siglo xx, en el Hospital General Calixto García. Y he aprendido que el paludismo se trató con quinina, elaborada a partir de la corteza del árbol de la quina, descubierto por conquistadores españoles cuando lo usaban los pueblos andinos de Sur América, incas, quechuas, aymaras. Esto fue así 400 años aproximadamente, hasta que la industria produjo los antipalúdicos sintéticos que hoy se emplean.

Lo que considero corrupto es el uso sin control, sin base científica, sostenido en la vieja idea de “mi experiencia”, o en anécdotas que a lo sumo serían útiles para reproducirlas, evaluarlas y someterlas a investigación. No se recurre, para aprobar el uso de un producto natural, al ensayo clínico controlado, el más completo modelo de investigación que permite conocer con la mayor certeza la eficacia y seguridad de un producto para su uso en humanos, que debe acompañarse de la precisión de las dosis y declarar los posibles efectos adversos, también las contraindicaciones. Los defensores de estos productos (tal vez no todos) recomiendan algunos para docena o más de síntomas o enfermedades, incluso de distinta naturaleza.

Algunos modelos terapéuticos se han empleado masivamente, luego han desaparecido espontáneamente. Ejemplo típico, las pirámides. No sé si han pasado a la clandestinidad, pero no las veo como era común hace algunos años en nuestros policlínicos.

Estas prácticas deben someterse a investigación rigurosa antes de aprobar su uso oficial en los servicios del Sistema Nacional de Salud. Pero no es necesario prohibir a las abuelas, que saben obtener ventajas de un cocimiento de hojas de eucalipto, de unas hojas de salvia aplicadas en los laterales del cráneo o de tratar la infestación por lombrices (*Áscaris lumbricoides*) con semillas de maya o piñuela.

Por otra parte, aunque el ensayo clínico controlado es prueba de más rigor hay otras que ofrecen buenos resultados, pero no las veo utilizar a fondo para evaluar productos o métodos de las MNT.

Sobre este asunto he escrito antes repetidamente, también otros autores. Remito al interesado a la bibliografía pertinente (Silva, 2011; Silva, 2012; Fors, 2012; Rojas Ochoa, 2013a; Silva, 2013; Rojas Ochoa, 2013b; CECMED, 2013; Carpio, 2013; Rojas Ochoa, 2013c; OMS, 2013; Gavilondo, 2014; de Melo, 2013).

## **Ofensiva neoliberal: privatización de servicios, políticas de aseguramiento privado, transnacionalización de los seguros, apoyo en medios masivos de información**

Lo que en el título de esta sección del texto llamo “ofensiva neoliberal” se refiere al conjunto de políticas que el capital financiero, los gobiernos de derecha de gran poder económico, sus satélites subordinados (gobierno y burguesía nacional) han estado desarrollando a partir de las ideas del “fin de la historia” (Fukuyama, 1992), del Consenso de Washington (Lechini 2008) y del Informe sobre el Desarrollo mundial 1993 “Invertir en Salud”, del Banco Mundial (BM) (Banco Mundial, 1993), las millares de páginas y de dólares adicionales del BM y sus aliados, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

De todo esto se ocuparon los gobiernos de América Latina, excepto Cuba. Se iniciaron los procesos de reformas (segunda generación, después de los de la Alianza para el Progreso 1961), que dedicó más dinero a fortalecer los órganos de represión, que, a los servicios de salud (Hersh, 1988), en tanto Cuba, en lugar de reformas continuaba haciendo Revolución.

En el Prefacio de “Invertir en salud” el BM expone claramente su política, el Informe tenía ese objetivo, los antes mencionados lo siguieron, también organizaciones internacionales como la OMS, Unicef y ONG como la Fundación Rockefeller y la Fundación Bill y Melinda Gates. Cito párrafos textuales del Prefacio:

En el presente informe [...] se examina la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico. [...] se hace un examen en profundidad de un sector en el que los efectos de las políticas y el financiamiento públicos revisten especial importancia. Los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios

de salud. Si los gobiernos financian un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros, ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los Gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generalización y divulgación de información importante” (Banco Mundial, 1993).

En esta cita del principal predicador de la nueva fe, se pueden identificar los malignos propósitos de los sumos sacerdotes. No utiliza el grosero y soez discurso al estilo Donald Trump o Jair Bolsonaro, su estilo es edulcorado, pero a la vez certero.

Veamos. Examinar la interacción entre salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico es lección ya magistral de la salud pública contemporánea ejercida con brillantez por Maestros como Vicente Navarro, Asa Cristina Laurell o Mario Testa, entre otros. El asunto es, para qué propósitos se práctica el examen: para encontrar cómo sostener servicios de salud al alcance de todos o para hacer más lucrativos la prestación de esos servicios.

Hay una afirmación obvia cuando se dice que los efectos de las políticas y el financiamiento público revisten especial importancia (Banco Mundial, 1993). Esta importancia es para todos a partir del alza de los costos de los servicios que se observa sostenidos desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Se atribuye a varios factores: nuevas tecnologías que son más costosas en la producción y mantenimiento, que resultaron más costosas en la investigación científica previa, la política de patentes que privilegia al propietario de lo original y es quién decide los precios al consumidor, generalmente exagerados. Se añaden los fraudes engañosos de la Gran Pharma de los que relatamos algunos en páginas previas.

Hay un párrafo que debe ser leído como tal y aguzar la capacidad de percepción para leer entre líneas. Dice: “Se destina

demasiado poco a programas de bajo costo y alta eficacia, como los de lucha contra enfermedades infecciosas y la mal nutrición y el tratamiento de las mismas”.

En este párrafo se va insinuando la adopción de programas de bajo costo. Éstos alguien los llamó hace tiempo “paquetes para pobres”.

Algo ayudaba, pero la solución real escapaba. Un programa típico de este tipo fue el GOBI de Unicef. GOBI fue la sigla formada por la inicial en inglés de los cuatro componentes del programa:

*Grow and development:* crecimiento y desarrollo

*Oral rehabilitation:* rehidratación oral

*Breast feeding:* lactancia materna

*Immunization:* inmunizaciones

Sin dudas el costo es muy bajo, en ciertos casos para la familia o la madre. El crecimiento y desarrollo suele limitarse a la vigilancia del programa que hace un médico, enfermera u otro personal de servicio de salud utilizando la tabla y gráfico confeccionadas al respecto. El asunto es qué se hace y quién actúa cuando la vigilancia encuentra un retardo en el crecimiento o malnutrición. En muchos servicios esto se indicó o prescribió a la familia. ¿Podrían costear lo indicado?

La rehidratación oral con las sales que se proporcionan para disolverlas en agua se entregaban gratis (si las proporcionaba Unicef), o a bajo costo si las pagaba el usuario.

La lactancia materna se proponía por todos, la madre decidía. Las tasas de práctica han sido variables. Es la más valiosa forma de alimentar en los primeros meses de vida. Debe acompañarse de un intenso programa de educación a madres y familiares. Los fabricantes de leches industrializadas hacen fuerte propaganda a sus productos.

La inmunización era la de más costo para los servicios, pero siempre bajos, sobre todo para las vacunas más utilizadas.

Relato esto para apreciar lo bueno. Lo peor fue que este programa sirvió de cortina a Unicef para separarse del programa de la OMS “Salud para Todos”, más integral, coherente, que Unicef apoyó al inicio y abandonó por el GOBI. Así se atacó un programa de más alcance, que fue también debilitado por medios

de prensa. Ha resistido, pero menguado y con débil apoyo. Es un obstáculo a la política propuesta de cobertura universal por medio de los seguros.

Más adelante, en el texto citado del BM, se llega al objetivo central que se proponen los dueños del capital financiero, que es convertir los servicios de salud en un mercado, donde el inversionista concurre a invertir para lucrar, lo importante no será prevenir la enfermedad y las lesiones, será vender el servicio asistencial y ganar lo más que se pueda obtener, el mercado es amplio: medicamentos, hospitalización, equipos y dispositivos, rehabilitación.

Cuando se escribió el documento “Invertir en Salud” se estimó por sus autores que el gasto anual en salud era de \$ 168 000 millones anuales. Estos fondos fueron los que incitaron a invertir en salud, hoy ha aumentado notablemente. La vía para apoderarse: crear el gran mercado de los seguros de salud.

En el Prefacio que se está comentando se dice respecto a lo que anotamos en el párrafo anterior:

[...] los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros, ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generalización y divulgación de información importante (Banco Mundial, 1993).

Leamos esto con detenimiento:

Cuando se indica que los gobiernos faciliten mayor diversidad y competencia en el financiamiento de los servicios se ataca el concepto de sistema único de salud, la diversidad es la fragmentación de los prestadores de servicios, y al proponer competencia, se proponen financistas distintos al estatal



o gubernamental. Es exactamente lo opuesto al modelo de Sistema Nacional de Salud de Cuba, o al de países que lo han estado promoviendo.

Al referirse a un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales separándolos del resto de servicios de esta índole, se rompe la integralidad del concepto de salud pública como se presentó en páginas anteriores. Está denominando salud pública a las acciones del campo de la higiene, de la epidemiología, de los problemas del agua potable y el saneamiento, de la prevención y control de las entidades infecciosas transmisibles que sí se dejan al servicio público o gubernamental, ya que no ofrecen las ventajas para el lucro, para la inversión de grandes ganancias. Estas se encuentran en los “servicios de esta índole”, no en los que llaman esenciales que son los que originan los “paquetes para pobres”, tipo GOBI que ya comentamos. Se reserva para el mercado, vía seguros o medicina privada, el diagnóstico y tratamiento adornado con sofisticadas técnicas, lo que sí es altamente lucrativo.

Mencionan los seguros sociales pensando en separar la prestación del servicio de su financiamiento, que también proponen privatizar.

Reclaman que los gobiernos fortalezcan los mercados de seguros privados. El objetivo final es que todo sea privatizado, sería un volumen de negocios si se lograra a nivel mundial, que competiría con los combustibles y la producción de armas en cuanto a magnitud.

La ofensiva neoliberal, como en otros aspectos se ha apoyado fuertemente en defensa de su política en los medios masivos de información que incluye a las revistas científicas, en las políticas de la llamada derecha y en varios organismos internacionales.

Un conocimiento de casos concretos puede consultarse en las citas de Iriart, Merhy y Waitzkin (Iriart, 2000), Homedes y Ugalde (Homedes, 2005) y Hernández Álvarez (Hernández, 2000), (Hernández, 2003), (Hernández, 2006).

En fecha más reciente ha arreciado la publicidad sobre los propósitos nefastos aquí denunciados. Se ha dejado como olvidado insistir en reformas, se prefiere por unos hablar de transformaciones, o nueva salud pública y se propone la meta de salud universal, cobertura universal, globalización, acceso libre, en fin, lo que tenemos en Cuba hace más de medio siglo.

Pero estas transformaciones a partir de los seguros, privados o los que llaman sociales (seguridad social), implica separar la prestación de servicios del financiamiento que se entrega para su gestión.

A lo público se le acusa de incompetencia para administrar, esto se ha presentado con el recorte de fondos para deteriorar el servicio, culpar a lo público y justificar su privatización. También se tilda a lo público de corrupto, pero hemos visto magna corrupción en el asunto Tamiflú/Relenza, que se “cocinó” entre respetables empresas privadas y algunos gobiernos. Para el lucro, todo vale.

La cobertura universal con libre acceso, sin pago por el servicio, solo se garantiza por un sistema de salud nacional, único, financiado por el estado, administrado por el estado, sobre bases científicas y con fiscalización popular. El modelo cubano.

En la literatura científica que rechaza las proposiciones de los organismos rectores del mundo financiero y sus asociados, destaco las contribuciones de Asa Cristina Laurell (Laurell, 2010, Laurell, 2012; Laurell, 2014), Jaime Breilh, Paz y Miño, Ilonka Tillería Muñoz (Breilh et al, 2009) y Francisco Rojas Ochoa (Rojas, 2016).

## **Agua potable, saneamiento, higiene personal, comunal, del trabajo, de los alimentos y otras**

La necesidad del agua es condición de vida humana, debe ser potable sin contaminantes biológicos o químicos. No solo limpias, deben ser puras. Es tal la escasez de agua potable en el mundo que ha florecido la industria de embotellar agua pura y ofrecerla en el mercado. Una población abastecida por un acueducto que sirve agua potable, de modo continuo, intradomiciliario, es una población libre de numerosas infecciones bacterianas, parasitarias y virológicas. También se libran de ser afectados por contaminantes químicos. Es además el agua ideal para el aseo personal.

Tengo la percepción de que hoy no tenemos agua potable en ninguno de nuestros acueductos. La que recibo es aceptable, pero obliga a cargarla con cloro, a veces turbia, debe filtrarse y hervirse. Llega en días alternos, a cisterna y tanque en azotea que requiere una dosis adecuada de abate para impedir la reproducción del *Aedes aegypti*.

No encontré en el Anuario Estadístico de Salud de 2015 a 2017 la cobertura de nuestra población por servicio de acueducto. Esto se publicaba años atrás. ¿Por qué se elimina? Es información básica sobre salud pública.

Escribo este texto dos días después de celebrarse el “Día Mundial del Agua” (22 de marzo). En un mensaje al mundo con ese motivo Audrey Azoulay, Directora de la Unesco se refirió a lo perentorio de “una voluntad colectiva dirigida a avanzar en el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento” (Granma, 2019a).

En los últimos ocho años en el mundo:

- Se produjeron 263 conflictos por el agua, casi triple de los ocurridos en la década anterior.
- La escasez de agua afecta 40 % de los habitantes del planeta.
- Unos 4000 millones de personas –casi dos tercios de la población mundial– padece escasez grave de agua durante al menos un mes al año.
- Hasta el año 2030, al menos 700 millones de personas podrían verse forzadas a desplazarse debido a la escasez de agua.
- Unos 2100 millones de personas viven sin agua potable en sus hogares.
- El 90 % de los desastres naturales están relacionados con el agua (Granma, 2019a).

Ante esta situación es fácil pronosticar alguna guerra por el agua en el futuro.

En Cuba desarrollamos un importante programa que llamamos “Voluntad Hidráulica”, impulsado por Fidel a raíz de los estragos colosales del ciclón Flora (1962). Así surgió un notable conjunto de embalses o presas que hoy ayudan a prevenir inundaciones y suministran agua a las poblaciones y a la agricultura. Pero el cambio climático, que provoca sequías intensas y prolongadas ha puesto en jaque este recurso. Nuevos esfuerzos que parecen bien encaminados se están aplicando en previsión de escasez futura. Incluye la construcción de plantas potabilizadoras de agua de mar. Estoy persuadido que para Cuba es la solución verdadera. Estamos en la latitud geográfica de los grandes desiertos del mundo [Gobi, Arábigo, Sahara, México (norte) y EE. UU. (sur)]. Estas plantas potabilizadoras se acompañarían

de plantas de tratamiento de las aguas residuales (fregaderos, lavabos, duchas, inodoros, plantas de fregar vehículos y otros) que producirían agua para riego agrícola. Se escribe fácil, los costos y el tiempo necesario son notables. Entre tanto la política de ahorro de agua se impone.

Complemento del acueducto, o de otra forma de suministro de agua es la evacuación de las aguas utilizadas (servidas). El recurso principal en el medio urbano es el alcantarillado de aguas servidas, con condiciones que no permitan derrames contaminantes. Son obras costosas, pero indispensables.

Los alcantarillados, u otras formas de evacuación llevan sus aguas al mar, ríos, lagos, lagunas de oxidación. El mejor método, sobre todo para cantidades grandes (ciudades) es llevar las aguas a plantas de tratamiento que producen un agua tratada de gran valor para el riego agrícola, para áreas verdes en medio urbano o para sistemas de enfriamiento en plantas industriales. Esto es usar el agua dos veces, es ahorro. El alcantarillado seguro y eficiente es una necesidad absoluta de la higiene comunal.

Estas son las grandes conquistas de la ingeniería sanitaria de fines del siglo xix y principios del xx, con ilustres antecesores en los que construyeron acueductos en época del Imperio Romano. Pero hay otras formas de higiene más desarrolladas por médicos, biólogos, sociólogos y otros investigadores, de gran importancia para la prevención de enfermedades y accidentes. La higiene del trabajo o medicina ocupacional es trascendental en la prevención del estrés laboral sostenido, de accidentes del trabajo (seguridad), de intoxicaciones y otras manifestaciones relacionadas con el trabajo.

Los avances iniciales de las primeras décadas del Sistema Nacional de Salud creado a partir de la década de los años 60 del siglo xx, se han visto afectados seriamente en años recientes (García Machín, 2013).

Otra importante rama de la higiene es la dedicada a los alimentos. Muy descuidada hoy en mercados de vegetales frescos, vendedores ambulantes y establecimientos populares. La vigilancia microbiológica no es rigurosa. Depende esencialmente del ama de casa, lo que debe originar un constante esfuerzo de educación sanitaria.

Otras especialidades dentro de la higiene concurren, ya que en sentido general la higiene es el principal recurso contra las

enfermedades transmisibles y las infecciones en general. También contribuyen a prevenir accidentes y enfermedades crónicas. En estas últimas la higiene nutricional puede frenar la ola o epidemia contemporánea de obesidad, atenuar la de diabetes y limitar las hiperlipidemias que provocan la aterosclerosis y sus consecuentes episódicos cardio- y cerebrovasculares.

## **Calentamiento mundial y efectos adversos del cambio climático**

Todos los grandes cambios en la flora y la fauna (incluida la fauna humana) se han acompañado de cambios climáticos. Hoy se explica casi todo gran cambio como consecuencia del cambio climático, pero el clima de la Tierra nunca es estático. El cambio es continuo. Durante el último millón de años ha habido una glaciación cada 100 000 años aproximadamente. Pero hay indicios que acusan a los humanos de influir también en los cambios. (Harari; 2014).

Hoy esta influencia es notable. Se le atribuye al uso de combustibles fósiles, antes carbón mineral y hoy petróleo, por el  $\text{CO}_2$  que se dispersa en la atmósfera, el mayor agente causal del efecto invernadero, del actual y ya no discutido calentamiento atmosférico.

Los medios masivos de información nos anuncian a diario, no lejos, en nuestra isla, de marcas nuevas de temperaturas altas, sobre todo en el sur del Oriente. Los inviernos no dan ocasión de utilizar abrigos, excepto los más ligeros.

También nos informan que la frecuencia y magnitud de las tormentas tropicales y huracanes ha aumentado, a la vez las sequías intensas y prolongadas.

Los daños que sufrimos son notables: viviendas y otras construcciones, industrias y la agricultura. Los hermosos y productivos cafetales, cacaotales y cicales de Baracoa fueron desbastados hace dos años, serán necesario cinco o más años para recuperarlos.

En Cuba, la experiencia trágica del ciclón Flora demostró la necesidad de protegernos: se fortaleció nuestro sistema de vigilancia meteorológica, se acometió el programa “Voluntad Hidráulica”, se readiestró y dotó de recursos y autoridad a la

Defensa Civil, se alertaron los servicios de salud y hoy exhibimos el más bajo riesgo para la población ante los huracanes. Algunos no han dejado ninguna víctima fatal, otros lo mínimo. Compárese con lo que ocurre en países vecinos, afectados por el mismo organismo.

La elevación del nivel del mar, según lo previsto hasta mediados del siglo, ya nos privarán de ciertas partes bajas de tierras cercanas al mar. Se ha divulgado el plan de recuperación de manglares para la prevención de la salinización del manto freático y protección del borde costero. Estas y otras medidas forman la “Tarea Vida”, de alta prioridad para la reducción de los efectos adversos del cambio climático.

El obstáculo mayor se confronta con la oposición a las medidas preventivas acordadas en reuniones internacionales (Tokio y París) por parte del actual gobierno de los EE. UU., que se ha retirado de la organización que logró fijar metas preventivas.

Para una información más detallada sobre tareas del Sistema Nacional de Salud recomendamos el artículo “El sector de la salud frente a los desastres y el cambio climático en Cuba”, publicado en la *Revista Panamericana de la Salud Pública* (Mesa, 2018).

## **Envejecimiento poblacional. Enfermedades crónicas**

El envejecimiento no debe ser visto como problema, sino como un éxito de la sociedad que lo consigue en sus ciudadanos. Así lo ha apreciado las Naciones Unidas, las autoridades y la comunidad científica cubana (Bayarre, 2018).

El envejecimiento de la población, por tanto, debe verse como un logro social, pues vivir más ha sido una meta de nuestra especie y en su consecución ha influido mucho el avance científico-técnico alcanzado (Bayarre, 2018).

Se define el envejecimiento poblacional como el aumento de la proporción de personas mayores (generalmente de 60 años o más de edad). Es el resultado de la dinámica de la población: fecundidad, mortalidad y migraciones, que determinan la estructura de la población según edades. Cuba ha alcanzado el índice de envejecimiento más alto de América Latina, 20,1 % en 2017 (Dirección, 2017). En todas las provincias los niveles de fecundidad y mortalidad son tan bajos como en los países altamente desarrollados (Bayarre, 2018).

Para explicar el proceso de envejecimiento se han formulado dos teorías: la transición demográfica y la transición epidemiológica.

A la primera de estas teorías Freedman la llamó originalmente “Revolución Demográfica Mundial” (Freedman, 1966), que sintetizó del siguiente modo:

- La mortalidad desciende primero, la población aumenta.
- El crecimiento de la población es acelerado.
- Descenso lento de la natalidad, que se hace eje de la dinámica poblacional.
- La natalidad condiciona la estructura por edades de la población.
- Los movimientos migratorios aumentan del medio rural al urbano, de países pobres a países ricos.
- Aumenta la movilidad social en los países que sostienen su economía.
- Aparecen las “políticas de población”, sobre todo las antinatalistas, impulsadas por los centros de la economía mundial.
- Aumenta la necesidad de la investigación científica sobre los problemas de población.

Cuba comenzó lentamente su transición demográfica desde los primeros años del siglo xx para en la segunda mitad del siglo emprender:

El tránsito final de su transición demográfica, para dar comienzo posteriormente a su segunda transición demográfica. Lo anterior ubica al país entre aquellos de América Latina que más rápidamente ha avanzado en el proceso antes mencionado. En demografía como en cualquier otra disciplina dinámica, un cambio en uno de los componentes del sistema altera irremediablemente a los demás. La disminución de la fecundidad y de la natalidad que experimentó el país influyó sobre la estructura por edades y la llevó a su verticalización de tal modo y partiendo de la típica pirámide de edades en que predominan los menores y adolescentes y adultos mayores eran pocos significativos, el país pasó a la mencionada estructura vertical, con una notable reducción de la base y un incremento en la cúspide. (Hernández Castellón, 2009).

La proporción de adultos mayores (60 años y más) en la población cubana en las últimas décadas muestra en efecto un crecimiento acelerado (Tabla 2.1).

**Tabla 2.1.** Porcentaje de adultos mayores según años

Año	%
1970	9,0
1990	11,9
2000	17,9
2017	20,1

De cada cinco cubanos, uno es mayor de 60 años de edad. En el 2025 se pronostica que esta proporción será el 25 % del total (Dirección, 2017; Machín, 2018).

Alfonso de Armas en su trabajo “Familia y segunda transición demográfica en Cuba”, dice:

Cuba finalizó o se encuentra en la última etapa de la transición demográfica desde la década de los años 80 del siglo xx. Durante este período los indicadores demográficos se estabilizaron, en el caso de la fecundidad, por debajo del nivel de reemplazo generacional y en el caso de la mortalidad con esperanza de vida al nacer de los 70 años para los hombres y mujeres y mortalidad infantil en torno a 10 por 1000 nacidos vivos.

En toda la evolución demográfica cubana se destacan básicamente dos acontecimientos:

1. La influencia norteamericana durante los primeros años del siglo xx que estimuló el proceso de modernización y provocó mejorías en los niveles de mortalidad y acceso a métodos anticonceptivos, aumento de empleo y mayor nivel educacional de la población unido al aumento de las desigualdades sociales.
2. El triunfo de la Revolución Cubana en 1959, a través de un programa social que disminuyó las disparidades sociales, potenció el papel de la mujer en la sociedad, llevó adelante un conjunto de transformaciones que significan cambios profundos de orden social, económico y político. El programa de la Revolución incluyó medidas que garantizaron la gratuidad de los servicios básicos para la población, entre otros acontecimientos (Alfonso de Armas, 2009).



Para los servicios de salud la transición demográfica es determinante en varios aspectos. El envejecimiento poblacional ocasiona un aumento de las enfermedades crónicas, en especial las derivadas de la aterosclerosis como las cardiovasculares y las cerebrovasculares, además los tumores malignos, demencia senil y enfermedad de Alzheimer, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y asma bronquial, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares y diabetes mellitus. Todas entre las 10 primeras causantes de muerte según la lista cubana abreviada 41, datos del 2017 (Dirección, 2017). Todas con tasas de mortalidad superior a 10 por 100 000 habitantes.

La prevalencia de estas entidades es igualmente alta. Ej. diabetes mellitus, 62,2 por 100 000 habitantes y asma bronquial 93,0 por igual tasa.

Esto explica la gran carga de trabajo para los servicios, los que padecen estas enfermedades requieren consultas frecuentes, necesitan acudir a consultorios del médico y la enfermera de la familia (MEF), a policlínicos, hospitales o institutos. También ingresos hospitalarios, donde suelen fallecer. Son fuertes consumidores de medicamentos y de exámenes complementarios. El costo de la atención es alta, comparado con otras entidades.

El predominio de estas enfermedades ha estado acompañado por la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles, generalmente agudas, epidémicas.

Este cambio en la frecuencia y mortalidad de enfermedades agudas transmisibles a crónicas no transmisibles es lo que se conoce y explica como transición epidemiológica, que se describe como el cambio del predominio observado entre estos dos grupos de enfermedades.

En el pasado el mundo era azotado con cierta periodicidad por el cólera, peste, fiebre amarilla, influenza, malaria y otras. Estas epidemias si bien no han desaparecido (en el siglo XXI influenza, dengue y ébola), pueden combatirse con cierto éxito. Y la mortalidad no es siempre catastrófica. Así ha ocurrido con las fiebres chingunya y zika.

Las enfermedades transmisibles que afectaban a la población cubana a mediados del siglo XX han sido controladas a tasas bajas (incluso algunas eliminadas) de morbilidad y mortalidad.

Las enfermedades infecciosas intestinales que en 1980 registraron una tasa de defunciones de 3,2 por 100 000 habitantes, registró en 2017 solo 1,8; fiebre tifoidea y rabia humana estuvieron ausentes en 2017. Se ha eliminado la poliomielitis (1963), difteria (1979), sarampión (1993), tosferina (1994) y rubeola (1995). Las formas clínicas severas se han eliminado en el tétanos neonatal (1972) y meningitis tuberculosa en menores de 1 año (1997). También están eliminadas las complicaciones graves del síndrome de rubeola congénita (1989) y meningoencefalitis por parotiditis (1989) (Rojas Ochoa, 2011).

Una importante observación final sobre la transición epidemiológica la aportan Ordúñez y otros:

En el contexto actual de la transición epidemiológica aún no está claro si la mayoría de los países en desarrollo solo van a remedar la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares observadas en Norteamérica y Europa o si se van a observar nuevas variantes dependientes de su cultura y modelos económicos adoptados. Por ejemplo, los países del Caribe y algunos pueblos indígenas, de las Américas, están asistiendo a una severa epidemia de enfermedad coronaria como ocurrió en los Estados Unidos y Europa. Otros países como la India, están enfrentando al mismo tiempo altas y persistentes tasas de enfermedades infecciosas y desnutrición y la emergencia de una epidemia de enfermedades cardiovasculares” (Ordúñez, 2005).

Las transiciones demográficas y epidemiológicas se han acompañado de aumento en la proporción de población urbana. En Cuba el porcentaje ha ido aumentando de 60,5 en 1979 a 77,0 en 2017 (Dirección, 2017).

## **Migraciones masivas**

La migración es un rasgo presente en muchas especies animales. En los humanos estuvo presente desde que aparecieron en nuestro mundo.

De los cubanos dijo Alejo Carpentier, que todos descendimos de barcas. Los que estaban aquí cuando llegaron los europeos, y los que vinieron luego traídos por los conquistadores de África y Asia. Por eso somos tan diversos en nuestros colores, cabellos, labios

o narices. Pero somos esencialmente lo mismo, marcados por lo que ya es patrimonio: nuestra cultura.

Varias corrientes migratorias influyeron en el aumento de nuestra población y más recientemente, en olas y cotidianamente ha predominado la emigración.

Al instinto de emigrante se añadieron razones y sinrazones muy diversas para que tuviéramos saldos migratorios negativos notables, hoy seguimos padeciéndolo. Las políticas oficiales han variado, de oposición rigurosa a flexibilidad razonable.

Considero el derecho a emigrar un derecho humano, pero todo asunto de derecho, debe ajustarse a normas jurídicas. Las normas que regulan la salida del país del emigrante y las normas del país receptor.

Las convulsas migraciones contemporáneas han originado en algunos países legislaciones aberrantes contra emigrantes o favorecedoras e impulsoras de movimientos migratorios, como las que ha dictado y dicta el gobierno de los EE. UU. respecto a los cubanos. La xenofobia es estimulada por gobiernos conservadores y encuentran expresión en legislaciones antiemigrantes. En los EE. UU. y algunos países de Europa se persigue y violan derechos de los emigrantes, que no se reconocen.

Hay fronteras de muy alto riesgo para los emigrantes: la de México-EE. UU., para mexicanos y centroamericanos; el estrecho de la Florida para los cubanos (ya casi extinguida esta vía ilegal por acuerdos migratorios Cuba-EE. UU.), el mar Mediterráneo, para norteafricanos y países del cercano Oriente. Miles de personas han perdido la vida en estas fronteras intentando llegar a un destino que los libre de la pobreza, discriminación, persecución y muerte por motivos religiosos, políticos o étnicos, que generalmente enmascaran luchas por el poder económico.

Todo lo anterior afecta la salud humana. Enfermedad, accidentes, agresiones, muerte a manos de los traficantes con seres humanos, son hechos comunes que afectan a los migrantes en las condiciones descritas. Es notable la agresión en la esfera de la salud mental.

También estas irregularidades generan epidemias en los migrantes y estos son portadores o padecen enfermedades transmisibles que introducen en el país receptor.

De estos problemas mencionados han surgido en varios países de África y Asia campamentos con miles de refugiados,

que huyen de las calamidades descritas. En ellos se vive en condiciones de crisis humanitaria: hambre, enfermedades, violencia. Los que ejercen el poder impiden que lleguen ayuda a los refugiados, como ocurre en Siria en territorio ocupado por EE. UU.

La solución no está en el campo de la salud, está en el campo de la política. Los problemas en torno a la migración tienen muchas lecturas, muchas historias. Véase en el diario Granma del miércoles 27 de marzo de 2019, pág. 7, el título “Fuimos médicos, pero hoy no somos nada, dicen cubanos que se quedaron en Brasil”, artículo de Raúl Antonio Capote.

## Salud mental

Cuando se trata de los problemas de salud, sobre todo los denominados problemas de salud pública (considerando estos por la gran cantidad de personas que lo padecen), algunas personas no mencionan los problemas que conocemos como de salud mental, o con otros nombres.

Siempre me ha sorprendido esa omisión, ya que mi percepción es que el conjunto de problemas en esta esfera es el que incide sobre un mayor número de personas en el mundo, e incluyo a Cuba en la misma condición, estamos en este mundo.

Leo y cito:

La OMS estima un aumento considerable de las enfermedades mentales en los próximos años, debido al envejecimiento poblacional, a los estilos de vida no saludables y a la proporción cada vez mayor que se hallan expuestas a situaciones psicosociales adversas como guerras, desastres climatológicos y otras. Aun así, las necesidades en salud mental difieren en cada contexto y pueden ser objeto de perjuicio, discriminación, exclusión y estigmatización de los afectados, asimismo de sus familiares, lo que demanda su abordaje con una visión ético humanista (Castell-Florit, 2019).

Veo en lo citado una confirmación de lo que llamo mi percepción. Y no contaba con lo que una especialista en el tema refirió a una periodista recientemente. Cito ahora el Diario Granma:

En el peligro de estar viviendo un siglo *xxi conectados* en exceso, y cada vez más dependientes de los ordenadores, del celular, encuentra nuevos y enormes retos la psiquiatría,

dijo a Granma la doctora Miriam de la Osa O'Reilly, jefa del Servicio de Psiquiatría del hospital Hermanos Ameijeiras, durante el IX Congreso cubano de esta especialidad. Hablamos de condiciones comportamentales, que pueden expresarse desde distorsionar la realidad y mostrar dependencia hacia los dispositivos, hasta tener problemas de comunicación y socialización e incluso actitudes proclives al suicidio, todo ellos relacionado con el mal uso de los móviles y las diferentes redes sociales en internet. Y los ejemplos sobran, desde la nomofobia o miedo a estar tiempo sin el móvil, la necesidad de chequearlo incluso cuando se despierta en la madrugada, hasta las controvertidas selfies, que han causado la muerte en la búsqueda de lugares novedosos exuberantes [...] y la construcción de una vida virtual en redes como Facebook, disonante de la realidad y que puede conducir a la depresión (Granma. 2019b).

En esta larga cita se habla de adicción, que es un tema trascendental en salud mental. La mencionada es novedosa, ligada al muy necesario desarrollo de la informatización, de lo que no podemos prescindir ni quedarnos rezagados. Con toda la razón de su lado, nuestro gobierno prioriza el desarrollo de la informatización. El mal está en el mal uso y abuso de algunas aplicaciones, como ha ocurrido con la energía atómica.

Pero hay otras adicciones que influyen en mi opinión, sobre la máxima prevalencia de trastornos de psiquis en la población mundial y cubana. Me refiero al tabaquismo y al alcoholismo.

La OMS ha estimado que hay más de mil millones de fumadores activos, uno de cada cuatro adultos fuma, este grupo está formado por todas aquellas personas que consumen tabaco de manera frecuente y voluntaria, que representan aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. En este grupo de edad el 48 % de hombres y el 12 % de mujeres consumen como promedio 14 cigarrillos por día (Suárez Lugo, 2015).

En el mundo el consumo de tabaco es uno de los mayores problemas de salud, que ocasiona millones de muertes al año.

En Cuba el tabaquismo causó en un año 86 % de las muertes por enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC), 28 % de la mortalidad por cardiopatía isquémica, y 26 % de las defunciones por enfermedad cerebro-vascular (Varona, 2009). Un

estimado de 12 000 muertes fueron atribuibles al uso de tabaco en el año 1986, lo que representó 16 % del total de fallecidos. Estimaciones posteriores muestran que esto no ha disminuido (OPS, CDC, 2010).

La prevalencia del consumo de tabaco en Cuba se informa por la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos de la OMS, en cifras de 43 % para hombres y 29 % para mujeres (OPS/CDC, 2010). Sucesivas encuestas demuestran, como el informe citado, una prevalencia alta (Suárez Lugo, 2015).

Las prohibiciones de fumar se ignoran con regularidad. Se visibiliza propaganda de los productos del tabaco, enmascaradas como noticias.

La exposición al humo ambiental del tabaco en Cuba es alta, más de la mitad de las familias cubanas, 55 % de los niños, 51 % de las embarazadas, 60 % de los adolescentes, están expuestos a este agente contaminante lo que ubica al país en el lugar 22 de los de mayor prevalencia de tabaquismo pasivo en el hogar de los 98 que enviaron datos a la OMS y el tercer lugar de los 26 países de América que informaron este dato (Suárez Lugo, 2015).

Mis conclusiones, estamos perdiendo la batalla contra el tabaquismo.

Esta adicción es la que afecta a mayor número de personas en el mundo. Es lícita, impune y al parecer inmune. Además de la sensible pérdida de la salud y la vida, tiene un alto costo económico, para el fumador y para el servicio de salud en la atención de enfermos crónicos como los de las EPOC y la de los que finalmente fallecen, como muchos de los que sufren cáncer.

Los muchos que tienen esta adicción (o la disfrutan según criterio erróneo), se suman a los “conectados” a ordenadores y celulares ya mencionados y a los que añadiremos víctimas de otra adicción, el alcoholismo. Con la visión catastrófica de un macro problema de salud mental, al que todavía debemos añadir algo más.

El consumo de alcohol presente en los pacientes alcohólicos y en el resto de la población adulta, con la excepción de los abstemios y los verdaderos bebedores sociales, determina cada año a nivel mundial: 32 % de todos los fallecimientos, 12 años de reducción promedio de la esperanza de vida y 40 % del total de años productivos perdidos (Roses, 2005).

Otros planteamientos:

Es importante destacar que la repercusión del uso indebido del alcohol y el consumo del resto de las drogas duras sobre

la salud de quienes conviven con el consumidor, no se limita a los accidentes o lesiones infligidas, al incesto, violaciones, abuso de menores, trastornos de estrés post traumático, ansiedad, depresión y suicidios, sino que trasciende dichos efectos para determinar también discapacidades y muertes vinculadas a afecciones predominantemente somáticas. De hecho dichas drogas reproducen el patrón descrito en los fumadores pasivos, con la diferencia de que ahora el agente patógeno en los convivientes no es el humo indirecto, sino la ansiedad mantenida, que al derivarse mediante las vías vegetativas, endocrino-metabólicas y cráneo, espinales determinan hipertensión, arritmias cardíacas, obesidad, hiperlipidemia, accidentes tromboticos coronarios, encefálicos, hipertiroidismo, diabetes, alopecia, liquen plano, psoriasis, úlceras gastroduodenales con notable potencialidades de malignización, así como afecciones oncológicas secundarias a la depresión inmunológica y los trastornos nutricionales implícitos en el sufrimiento mantenido (González Menéndez, 2011).

A estos grupos de millares de adictos al tabaco, alcohol y los ordenadores y celulares, se añaden las adicciones a las llamadas drogas duras, que suele ser de las que más se comenta, fueron las primeras reconocidas y estudiadas y a las que se les atribuye ser más dañinas. Incluyo una peligrosa por ser anunciada como benéfica por atribuírsele propiedades medicinales y haber desatado campañas, exitosas en algunas sociedades para declarar su consumo legal. En Cuba es prohibida y es necesario combatir la idea de convertirla en un cigarrillo, me refiero a la marihuana o mariguana. Se cultiva fácilmente su planta.

Las más mencionadas y antiguas de este grupo son el opio y sus derivados, a los que se han añadido los de síntesis, con mayor poder de adicción y daño. Su efectivo combate las tiene limitada en su consumo en Cuba, pero es necesario mantener y mejorar su control hasta la erradicación.

Finalmente, el abarcador universo de los trastornos mentales se completa con una larga lista de entidades bien conocidas, de variable gravedad y dificultades terapéuticas que ocupan numerosos códigos en la Clasificación Internacional de Enfermedades. El rasgo más común que las caracteriza es el rechazo social,

discriminación que suelen sufrir, como ocurre en epilépticos, mongólicos, autistas y otros.

La estrategia de salud mental en Cuba se ha desarrollado desde una orientación basada en el daño hasta un modelo promotor-preventivo con enfoque comunitario, interdisciplinario, intersectorial que acerca la atención especializada (psicólogos y psiquiatras) a la atención primaria de salud (Castell-Florit, 2019).

## **Escasez de profesionales y técnicos en los sistemas de salud**

El problema que se trata en este décimo asunto como algo relevante a nivel internacional no atañe a todos los países del mundo y entre los más alejados de la escasez de profesionales y técnicos está Cuba.

Este año (2019) se alcanzó el índice de 9,0 médicos por 1000 habitantes (Granma, 2019c). Se dice es el más alto del mundo, pero cuando se examina el problema integralmente comprendemos que no es suficiente tener muchos médicos para ser evaluados con alta calificación. Es necesario contar con buen número de enfermeros, de estomatólogos, de científicos básicos (matemáticos, físicos y químicos), científicos sociales (antropólogos, sociólogos), ingenieros y arquitectos y otros. Estamos bien cubiertos, tal vez alguna especialidad deba fortalecerse.

Pero esto no es lo que ocurre en una buena parte del planeta. El África Subsahariana y América Latina son áreas con países en franca crisis.

Se ha estimado un déficit de 18 millones de profesionales en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible respecto a lo necesario para los servicios de salud.

Cuba en su política de cooperación internacional ha privilegiado la cooperación en salud. En 2019 prestaban servicio en 65 países 29 000 colaboradores (Granma 2019c). Un programa internacional que ha alcanzado varios países, denominado “Misión Milagro” ha tratado exitosamente mediante cirugía, principalmente por cataratas y pterigion, a miles de personas. Estos cirujanos son especialistas en oftalmología. Otro grupo para tarea especializada de cooperantes internacionalistas es el Contingente Internacional de Médicos Especializados en el



Enfrentamiento a Desastres y Grandes Epidemias “Henry Reeve”. Han actuado entre otras situaciones frente a la epidemia de fiebre de Ébola en África Occidental, el fuerte terremoto de Haití y el de Pakistán.

La cooperación cubana en salud ha sido relevante también en la formación de personal, sobre todo médicos en Cuba y en Universidades de varios países. Una escuela en Cuba, la Escuela Latinoamericana de Medicina, ha graduado miles de médicos, en el 2019 se graduaron 500.

En el 2016, el Secretario General de las Naciones Unidas designó una Comisión de Alto Nivel a la que encargó estudiar el problema de la escasez de personal de salud y el asociado con la emigración de este personal de los países en déficit (incluso en situación crítica) a los países del llamado primer mundo.

En su Informe al Secretario General, la Comisión formuló 10 recomendaciones, todas ellas eran ya hechos en Cuba, algunas más de 50 años atrás. Veamos tres ejemplos a partir de tres recomendaciones.

Recomendación primera: “Estimular inversiones para la creación de empleos decentes en el sector de la salud, especialmente para las mujeres y la juventud, en un número suficiente y en los destinos adecuados” (OMS, 2017).

De esto se ocupó la salud pública revolucionaria cubana hace ya 60 años cuando en enero de 1960 promulgó la Ley que creó el Servicio Social de Postgraduados para médicos (después generalizado a todos los graduados universitarios). Esta Ley aseguró trabajo inmediato a cada recién graduado, con un salario satisfactorio y destino adecuado. Todos eran jóvenes y no excluyó mujeres. Años después la profesión se “feminizaría” (en 2017 el 71 % de los trabajadores del sector eran mujeres), hace años se gradúan más mujeres como médicas o estomatólogas que hombres. Para todos después del servicio social postgraduado se ofrece diversas opciones de especialización. No hay en Cuba desempleo de profesionales y técnicos de la salud. Ninguno hace práctica privada, el Estado financia al Sistema Nacional de Salud que los emplea.

Recomendación cuarta: “Reformar los modelos de prestación de servicios que giran alrededor de la atención hospitalaria y centrarse en la prevención y en la prestación eficaz de atención primaria y ambulatoria de calidad, asequible, integrada, basada en

la comunidad y centrada en las personas, prestando una atención especial a las zonas poco atendidas” (OMS, 2017).

El texto es de una recomendación, formulada en el quinquenio 2015-2019. Pero antes fue una acción de contenido político, económico, social y cultural del gobierno revolucionario que se inició en el quinquenio 1960-1964 con los servicios rurales de salud y cristalizó en todo lo que propuso la recomendación alrededor de 2010. La recomendación es una síntesis del desarrollo de la APS en Cuba hasta su modelo basado en el Consultorio de Medicina Familiar y su enlace con el policlínico, centro de salud para un territorio o área de salud. También nos adelantamos varios quinquenios.

Recomendación octava: “Promover la colaboración intersectorial en el ámbito nacional, regional e internacional; lograr la participación de la sociedad civil, los sindicatos y otras organizaciones de trabajadores de la salud y el sector privado; y alinear la cooperación internacional para apoyar las inversiones en el personal de salud, como parte de estrategias y planes nacionales de salud y educación” (OMS, 2017).

Todo lo recomendado se ha hecho en Cuba, excepto acudir al sector privado en salud, que no existe. La sociedad civil ha concurrido en apoyo del sistema de modo sistemático: Federación de Mujeres Cubanas, Comités de Defensa de la Revolución, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, sociedades científicas médicas, estomatológicas y la de enfermería. En lo internacional el Club Rotario Internacional (México), *Medical Education Cooperation with Cuba* (MEDICC de EE. UU.) y universidades de varios países.

En la esfera internacional lo más notable, que se sostiene por más de medio siglo, es la colaboración con personal de salud, en especial médicos y principalmente en el nivel de la APS de los servicios de salud y en la educación médica, además de la ayuda emergente en caso de catástrofes o epidemias. Ya se refirió esto.

De modo que, de larga experiencia cubana es la realización de las recomendaciones recientes de la Comisión de Alto Nivel que designó, para estudiar el problema, el Secretario General de las Naciones Unidas.

Entre las numerosas discusiones en torno a lo mencionado que ha dado origen a las recomendaciones comentadas y que se resumen en los documentos citados (OMS, 2010; OMS, 2017),

también se ha dedicado espacio a la migración internacional de personal sanitario.

En la Asamblea Mundial de la Salud del 2004 se discutió y aprobó una resolución titulada “Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo”. En la Resolución se llamó a los gobiernos de los países que participan (o se hacen presentes) en la Asamblea, prácticamente todos los países del mundo a adoptar estrategias que aliviaran los efectos negativos de la migración de personal de salud. De acuerdo a la experiencia cubana relatada no es eso lo que se debe hacer. Lo necesario es la formación ampliada de personal y su inserción en los servicios como trabajadores adecuadamente remunerados (Álvarez Sintés, 2014).

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2006 se presentó oficialmente la “Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario”, la Alianza dio prioridad en sus acciones a la Iniciativa sobre Política de Migración de Personal de Salud. A esto siguió el Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Se han efectuado ya cuatro foros. Como sentencia un viejo aforismo “nada es nuevo bajo el sol”, con esto reflejo que no se alcanzan resultados positivos que frenen la migración perjudicial.

En la Asamblea Mundial de la Salud del 2010 se aprobó el “Código de Prácticas mundiales de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud” (OMS, 2010). ¿Que establecía el código?

En su Artículo 1. Objetivos:

- a) Establecer y promover principios y prácticas voluntarias en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigra.
- b) Servir de referencia.
- c) Proporcionar orientación.
- d) Facilitar y promover.

Artículo 2. Naturaleza y alcance:

- a) El código voluntario.

Comentaré lo que he escrito hasta aquí del documento que estoy citando (OMS 2010).

En el acostumbrado lenguaje edulcorado, burocrático propio de los organismos internacionales, donde se insinúa el origen

del problema (la iniquidad económica entre países y regiones, la pobreza del tercer mundo y se propone un código voluntario a quienes han desarrollado políticas que se han conocido como de “robo de cerebros”).

Se espera realmente una “contratación internacional ética” de gobiernos como el de los EE. UU., donde su ejecutivo es bien calificado de racista, xenófobo y machista, además, otros atributos que lo hacen peligroso y nunca confiable, es obvio que estoy refiriéndome a Trump; con iguales características al Jefe de Gobierno de Brasil (Bolsonaro).

En todas las conferencias mencionadas, numerosas entre 2004 y 2017, o antes desde 1959, no hace mención de la política del Gobierno de EE. UU., que propicia la migración de profesionales y técnicos de Cuba a ese país, con privilegios frente a los migrantes de otros países. No se condena esa política; se ignora.

Como se expresa a comienzo del problema 10, la escasez de personal de salud, no es un problema en Cuba. Pero si lo es la agresión durante décadas que promueve la migración de personal profesional y técnico calificado. Cuba ha derrotado esa política. Indicador concreto 9,0 médicos por 1000 habitantes.

## Conquistas a defender, metas a alcanzar

Numerosas y trascendentales son las conquistas en materia de salud de la población que ha logrado la Revolución Cubana en 60 años, también son numerosas e importantes las nuevas metas que debe alcanzar.

Se hará un resumen a propósito de estas tareas, solo de las que se destacan de modo sobresaliente. Un inventario exhaustivo sería demasiado extenso.

### Las conquistas

#### Sistema Nacional de Salud

El que escribe siempre ha considerado la mayor conquista de la Revolución en salud la creación, desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud, único, planificado, organizado, dirigido y controlado por el Estado, financiado por este con fondos fiscales, de cobertura y acceso universal, sin pago por el servicio que se presta en una unidad del Sistema, integral en los contenidos de sus acciones, promoción, prevención, atención y rehabilitación, que fundamenta su desarrollo en los resultados de la ciencia y la técnica, que promueve la participación popular, practica la solidaridad entre nacionales y con otros pueblos y comparte el indispensable trabajo intersectorial en la solución de numerosos problemas.

La creación del Sistema se emprendió desde fecha temprana con la formación del gobierno revolucionario, fue un trabajo duro, al que se oponían las ideas conservadoras de la burguesía

nacional y el capital extranjero. Pero se logró consolidarlo alrededor de finales de la década de los años 60 del siglo xx y ha seguido a esto un continuo desarrollo y perfeccionamiento.

Todo lo anterior alcanzó el 10 de abril de 2019, al proclamarse vigente la Constitución aprobada en referendo por voto ampliamente mayoritario de la población, su consolidación como el Sistema de Salud de un Estado de Derecho Socialista, es por tanto un Sistema Socialista de Salud.

En su capítulo II. Derechos, Artículo 46 de la Constitución, se dispone: “Todas las personas tienen derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz, la salud, la educación, la cultura, la recreación, el deporte y a su desarrollo integral”.

En su artículo 69 dispone:

“El Estado garantiza el derecho a la seguridad y salud en el trabajo mediante la adopción de medidas adecuadas para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales”.

“Las personas que sufren un accidente del trabajo o contraen una enfermedad profesional tiene derecho a la atención médica, a subsidio o jubilación en los casos de incapacidad temporal o permanente de trabajo o a otras formas de protección de la seguridad social”.

En el artículo 72:

“La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y localidad de los servicios de atención, protección y recuperación”.

El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias. La ley define el modo en que los servicios se prestan.

En estos artículos de la Constitución quedan consagradas las ideas, concepciones y disposiciones que desde el Moncada y la Sierra permitieron la creación, desarrollo y consolidación del Sistema, que fue tarea prioritizada del Jefe de la Revolución Comandante Fidel Castro Ruz. Este es uno de sus más valiosos legados. Por largo tiempo se asegura el permanente desarrollo y perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud.

## Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud

Una consecuencia del desarrollo del Sistema, la APS, es otra de las notables conquistas de la Salud Pública Revolucionaria cubana. Después del diseño de la estructura general del Sistema siguió una idea ya conocida y probada, organizar los servicios según niveles dados por la complejidad del servicio: primero, segundo y tercer nivel. El primero, el de menos complejidad era también el que abarcaba mayor número de acciones y atendía mayor número de personas.

Desde fecha muy temprana se percibió la importancia del primer nivel de atención. Se hablaba de la atención ambulatoria (la hospitalaria sería el segundo nivel), todavía no había surgido la denominación de Atención Primaria de Salud (APS).

El primer programa (que no se llamó programa) en el espacio de la APS fue la creación del Servicio Social de Post Graduados, luego Servicio Médico Social Rural, creado por la Ley 723 de 1960.

Este servicio fue la primera acción regular, estable, para atención de la población rural en Cuba. Nunca antes hubo nada similar. Servicio médico asistencial preventivo, a cargo de médicos, gratuito, sin barreras de acceso, que añadía la entrega de los medicamentos necesitados por los pacientes. Su desarrollo fue impetuoso, se construyeron consultorios y hospitales adecuados, en 1962 llegaron al servicio los estomatólogos. Ya se disponía de auxiliares de enfermería y de laboratorio. En 1965 las consultas médicas rebasaron la cifra de 1,2 millones (Rojas Ochoa, 2016a).

La organización de la atención primaria de la población urbana se concretó según lo dispuesto en la Resolución No. 369 del Ministro de Salud Pública, José R. Machado Ventura, en agosto de 1961, que crea un área de demostración y adiestramiento para el desarrollo y adquisición de experiencias, que al concluir el experimento en 1964 dio lugar a la instauración del primer Policlínico, como centro ejecutor de las acciones de salud pública, para lo que se definió como su área de salud un territorio bien delimitado, con una población dentro de determinados límites, dividida el área en sectores y organizado su trabajo en programas específicos, denominados "Programas Básicos del Área de Salud." (Hernández Elías, 1971)

Este trabajo se hizo en el policlínico Aleida Fernández Chardiet en La Lisa, Ciudad de La Habana. Fue una notable investigación

para la época y la importancia de sus resultados confirman que hoy el policlínico, con las necesarias innovaciones tecnológicas aplicadas y los cambios en el perfil de salud de la población, conserva su concepción y estructura básica original. Esto se logra cuando se investiga, no cuando se improvisa.

El policlínico fue después objeto de un nuevo estudio, que lo perfeccionó. En 1974 las innovaciones motivaron el cambio de nombre de Policlínico Integral a Policlínico Comunitario. La investigación tuvo como centro el Policlínico de Alamar, hoy con el nombre de “Mario Escalona Reguera”, que fue quien dirigiera el estudio que definió los cambios.

Un tercer experimento, 1984, realizado en el Policlínico Lawton, condujo a una tercera innovación, que llamamos Modelo del Médico y Enfermera de la Familia (MEF). El estudio se prolongó por un año, con la atención personal del Comandante. Fidel Castro, que fue el principal generador de las ideas nuevas a introducir en el área de salud y en el policlínico para asegurar la total cobertura y acceso de la población a los servicios. Este experimento incluyó la más importante innovación, la creación del Médico Especialista en medicina general integral (MGI) como guardián de la salud, que trabaja brindando atención integral y continua al grupo de población adscrito al consultorio, lo que realiza junto a una enfermera y con respaldo de medios de diagnóstico e interconsulta con especialistas diversos del policlínico con el que se relaciona.

Los problemas que movieron al nuevo enfoque en la APS fueron otros: la fragmentación de la atención entre varias especialidades, la despersonalización en el trato al usuario, mal uso y abuso de procedimientos tecnológicos novedosos, programas verticales que interferían con los básicos del área, predominio del pensamiento médico biologicista, deficiente aplicación del método clínico (González Cárdenas, 2018; Sansó, 2005).

Este modelo de APS, que se ha llamado Modelo de Médico y Enfermera de la Familia, también se ha llamado “Plan del Médico de las 120 Familias”, “Médicos de la Comunidad”. El modelo se extendió del medio urbano al rural e igualó la atención en estas dos poblaciones.

En el modelo, a partir de los programas básicos del área de salud se fueron aplicando innovaciones a partir de las experiencias prácticas. Se crearon los círculos de abuelos, se introdujo el ingreso domiciliario, los policlínicos desarrollaron servicios de rehabilitación neuromuscular.



Los programas nacionales verticales se excedieron en sus demandas al consultorio y rebasaron sus posibilidades, también exageró la solicitud de información para investigaciones o controles que no eran el trabajo cotidiano del médico y la enfermera.

La profunda crisis económica de 1990 a 1994, que llamamos Período Especial afectaron el modelo MEF duramente:

- La crisis repercutió en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de la salud.
- La replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio.
- La falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios.
- El progresivo deterioro de la aplicación del método clínico.
- La crítica escasez de reactivos de laboratorio e insumos de radiología (Sansó, 2005; Márquez, 2011).

En 1994 y años sucesivos comenzó el proceso de recuperación del período especial. Fueron momentos importantes para esta recuperación, el desarrollo del I Congreso Nacional de Medicina Familiar, el 1er. Centro Nacional de Debate sobre Medicina Familiar y los sucesivos seminarios internacionales de Atención Primaria de Salud, que organizaba el Profesor Cosme Ordóñez Cancellor; a ellos concurría en las sesiones de la tarde, el Comandante Fidel Castro Ruz, intervenía con frecuencia y clausuraba el evento. Esto favoreció una rápida recuperación, que en 2003 se profundizó con el Proyecto Revolución, que acometió la reparación capital de los inmuebles, la capacitación para el manejo de nuevos recursos que dispondrían los consultorios y policlínicos: ultrasonido, servicios de rehabilitación, algunas endoscopías, optometría y pruebas de laboratorio clínico.

Más cercano al momento que se escriben estas páginas, se aplicaron las medidas llamadas de compactación de los servicios, se cerraron por fusión numerosos consultorios y se llega a algunos con más de 2000 personas a su cargo. Esto provoca pérdida de cobertura y acceso por imposibilidad de ejecutar todas las acciones del programa básico del área. El trabajo de terreno se reduce o no se hace. El ingreso domiciliario se reduce también.

Se dejó libertad de acción a los aficionados a la llamada medicina natural y tradicional (MNT), lo que permitió aplicar procedimientos carentes de base científica como las pirámides

y la transposición de manos. Esto lo reforzó una resolución ministerial que autoriza proceder a no evaluados científicamente como la terapia floral.

Otro aspecto que ha debilitado la fuerza original del modelo de APS con el MEF es la magnitud de especialistas en MGI que se les permite, incluso se les invita, a pasar una segunda especialidad. Son notables las excepciones de los fieles a MGI, existen y los que conozco con 20 años y más son excelentes profesionales y magníficas personas. Me refiero a los que permanecen en consultorios o policlínicos. Esto vulnera la concepción de Fidel de defender y lograr la creación de la especialidad. El MGI en su consultorio MEF es el médico más importante del Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad todo el mundo parece estar de acuerdo con la cobertura universal de salud. Sin embargo, existen al menos dos formas de entender esta noción. La hegemónica es la “Cobertura Universal de Salud” (UHC, por sus siglas en inglés) promovida entre otros por el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller, el Foro Económico Mundial, la revista *The Lancet*, y parcialmente por la OMS. Su noción es la de un modelo de aseguramiento con un paquete básico y explícito, frecuentemente muy restringido, y una pluralidad de administradoras de fondos/compradores de servicios y proveedores, públicos y privados, con pagos de acuerdo al ingreso. La otra noción es la de un sistema único y público de salud financiado con recursos fiscales y conducidos con el principio de acceso igual a los servicios ante la misma necesidad. Lo que está en juego es optar por la lógica de un sistema de salud basado en la competencia y la mercantilización o la lógica de un sistema de salud guiado por las necesidades de salud (Laurell, 2014).

Así se despeja el problema, el magno problema que limita hoy la cobertura, y deja sin ella a millones de personas, incluso en las economías nacionales más fuertes. Ese asunto fue resuelto en Cuba desde hace ya casi medio siglo. Laurell dice en la cita anterior: “[...] un sistema único y público de salud financiado con recursos fiscales y conducido por el principio de acceso igual a los servicios ante la misma necesidad” (Laurell, 2014).

Esa fue la opción que tomó de la Revolución cubana en 1960 cuando se estableció por primera vez un servicio de cobertura amplia para la población rural, sin pago alguno por servicio, incluido la entrega gratuita de medicamentos. Esto fue extendiéndose con variantes específicas para algunas condiciones, como el pago del salario completo al paciente tuberculoso por el período que lo indicara su médico.

Hoy no discutimos casos de enfermedades catastróficas, a pesar de crisis económica, bloqueo del imperio, desastres ambientales y otras contingencias.

Hoy la necesidad de encontrar quien pague, ante la imposibilidad de hacerlo afecta a millones de desempleados en Europa, a los desplazados por la violencia en África, a las víctimas de reformas neoliberales en América Latina, o a los que no pueden pagar un seguro en los EE. UU.

En estas difíciles circunstancias y bajo la supervisión del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y otros rectores de la economía capitalista, sí es necesario dedicarse a buscar quien paga y precisar que paga. Todos los esfuerzos son válidos, aun aquellos que se limitan a los llamados “paquetes” que alguien ha llamado con acierto “paquetes para pobres”. Esto no es cobertura, es lo que el sistema ofrece como hoja de parra para cubrir sus deficiencias.

### **Programa de Atención Materno-Infantil**

Entre los programas desarrollados en seis décadas por el Sistema destaco dos como las joyas de una gran corona: el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), o las vacunas como es popularmente conocido. Otros también han sido exitosos, pero no han obtenido resultados tan notables como estos dos; menciono algunos: el Programa de Erradicación del Paludismo (o Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – SNEP), que eliminó la enfermedad hace más de 50 años y controló después con vigilancia activa para evitar que los casos introducidos en el país no se reprodujeran; el de Control de la Tuberculosis, exitoso también; los de Control del Cáncer y las Enfermedades Cardio- y Cerebrovasculares, el de Atención al Diabético, Control del Parasitismo Intestinal y el dedicado a la Atención al Asmático, enfermedad dispensarizada junto a la hipertensión arterial y la diabetes.

Pero me detengo en el PAMI entre otras razones, por ser de los pioneros de la Salud Pública Revolucionaria cubana, por dar atención a una población que es el futuro ya presente entre nosotros, la mujer en edad fértil y los niños; esta es la población que si sufre, nos hace sufrir a todos, es la que más proporciona alegrías y felicidad, la que despierta nuestra espiritualidad. Es el programa siempre dirigido sobre bases científicas, que ha promovido y realizado investigaciones relevantes (Crecimiento y Desarrollo Humano, Mortalidad Perinatal, Cuidados Intensivos Neonatales, en la notable red de servicios de Neonatología) sobre políticas y prácticas anticonceptivas, educación sexual, transmisión materno fetal del VIH-sida (eliminada), aplicaciones del surfactante pulmonar y otras. Los logros del Programa, (Tabla 3.1) son los más destacados de nuestra historia sanitaria: mortalidad infantil sostenida ya desde 2008 con tasa menor de 5 por 1000 nacidos vivos, porcentaje de sobrevivencia a los 5 años de edad de 99,5 en 2017. La cobertura del parto institucional ya era superior al 90 % en los últimos años de la década de los años 60 del siglo xx, hoy es de 99,9 % (2017). Fue importante la introducción del Hogar Materno para escalar estas cifras (Dirección, 2017).

**Tabla 3.1.** Indicadores seleccionados del PAMI, Cuba, 2017

Mortalidad infantil (x 1000 nacidos vivos)	4,0
Mortalidad de 1-4 años de edad (x 1000 hab.)	0,3
Sobrevivencia a los 5 años de edad (%)	99,5
Mortalidad (por 1000 hab.)	10,2
Nacidos vivos institucionales sobre el total (%)	99,9
Ingresos en hogares maternos por 100 nacidos vivos	55,0
Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)	1,61
Tasa bruta de reproducción (hijas x mujer)	0,77
Cobertura anticoncepcional*	77,1

\*Por 100 mujeres en edad fértil con pareja.

Fuente: (Dirección, 2017).

El índice bajo peso al nacer ha descendido de 11,7 a 5,1 % entre 1975 y 2017. No ha sido tan favorable el descenso de la mortalidad materna, de 70,5 en 1970 a 38,3 en 2017, por 10 000 nacidos vivos (Dirección, 2017).

Las acciones en la atención al recién nacido incluyen las pruebas de tamizaje metabólico para el diagnóstico del hipertiroidismo congénito (en recién nacidos), la fenilcetonuria, el déficit de biotinidasa, la galactosemia, la hiperplasia adrenal congénita, la fibrosis quística y la alfafetoproteína; esta última como programa desde 1981 (Granma, 2019d); (Santana, 2018 *et al*); (Sánchez y Gorry, 2013). Las técnicas para estos diagnósticos se han desarrollado en Cuba.

El PAMI ha unificado algunos programas y acciones que surgieron separados, como el del Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA), Atención a la Mujer, Atención al Niño, Hogares de Recuperación Nutricional, Campamentos de Niños Diabéticos y de Niños Asmáticos. Pero como la amplitud de los problemas, las investigaciones e innovaciones tecnológicas son tan variadas y complejas persisten instituciones y programas que complementan al PAMI, algunos interdisciplinarios e intersectoriales.

Enumero y comento brevemente algunos: fue mencionado antes la red de hogares maternos, pilar en el alcance óptimo de la cobertura del parto institucional. No se ha explicado porque se redujo su número de 336 a 143 (57 % de reducción) entre 2010 y 2011. Solo he escuchado atribuir el hecho a la compactación. Frase críptica, porque la compactación se aplica a plantillas infladas, servicios o camas inutilizados y otros despilfarros, pero no parece que pueda afectar a más de la mitad de la red de Hogares, después de décadas de elogios.

Una acción importante, de varias anteriores es la “madre acompañante” de nuestros servicios de pediatría: reconoce el derecho materno, protege la salud de los componentes mental y espiritual de la madre y su hijo, ayuda al personal de enfermería a veces escaso y abrumado de trabajo.

Más reciente es el establecimiento de bancos de leche humana.

En 1980 se fundó el Centro Nacional de Genética Médica, se desarrolló el Programa Nacional de Diagnóstico Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos,

se creó una red nacional de servicios de genética que cubriera con el Programa todo el país. Fue necesario la formación especializada de personal. Se creó también el Registro Nacional de Malformaciones Congénitas (Marcheco, 2009).

En 1986 se fundó el Cardiocentro Pediátrico William Soler, que coordina una red nacional cardiopediátrica, que da cobertura a toda la población del país y asegura diagnóstico precoz, tratamiento integral y rehabilitación a los niños y niñas con cardiopatías (Casanova, 2010).

Un programa con gran significación en la protección de la salud en la esfera psíquica, social y espiritual, es el dedicado a la atención de la pareja infertil. Interrumpido durante el período especial ha recuperado su vigencia con resultados satisfactorios. Es un programa de fuerte inspiración humanitaria, de gran significación para la mujer y también su pareja y la familia. Es costoso, pero es necesario. No ayudará a recuperar la tasa de natalidad, pero dará salud y felicidad.

### **Programa Ampliado de Inmunizaciones**

El otro programa muy notable, realmente relevante, ha sido en las seis décadas iniciadas en 1960, el de las campañas o el programa de inmunizaciones. Sin embargo, debemos recordar que en Cuba se practicó la inmunización por primera vez en 1803 por el médico habanero Tomás Romay Chacón. El aprovechó un hecho casual, la llegada a La Habana de unos niños con pústula en plena madurez generada por vacuna previamente recibida. Tomó de dichas pústulas el pus, que era a su vez la vacuna y lo inoculó en sus hijos y en una niña que servía en la casa.

En días sucesivos otras personas fueron vacunadas y ya eran un grupo cuando llegó a Cuba la Expedición Balmis, por el nombre de su jefe, enviado por el Rey Carlos IV a inmunizar a sus súbditos de las colonias del reino dispersas por el mundo; llegan a Cuba en 1804, un año después de haber iniciado Romay la vacunación en La Habana (López Sánchez, 2011).

En 1901, las autoridades del gobierno que ocupaba militarmente a Cuba dispusieron la vacunación obligatoria contra la viruela.

La vacuna antirrábica se había introducido en 1887, se introduce la antitífica en 1921 y el BCG entre 1928-1930.

En el 1955 se informa en el IX Congreso Médico Nacional que además de las antes mencionadas se empleaban en Cuba ese año las vacunas antidiftérica y antitetánica (Delgado, 2011).

Estos resultados anteriores a 1959 fueron en gran medida obtenidos por los esfuerzos personales de médicos más interesados en el problema, que en la intervención del gobierno colonial español, en el problema de la ocupación militar por parte de EE. UU. o de los gobiernos de la República burguesa.

Fue en 1960 y 1961 que se iniciaron las acciones vacunatorias del incipiente sistema de salud. En 1960 desde unidades urbanas a población vulnerable y desde 1961 en el área rural, lo que se ejecutó por el Servicio Médico Social Rural, no fueron campañas, ni programas.

En 1962 se llevaron a cabo dos campañas que alcanzaron cobertura nacional y resultados positivos, las de vacunación contra la poliomielitis y contra difteria, tétanos y tosferina.

Para la poliomielitis se utilizó la vacuna oral trivalente de virus atenuado de Sabin, en forma de caramelo congelado producido en la Unión Soviética. La campaña tuvo dos fases de una semana de duración cada una en febrero y abril de 1962.

La morbilidad y mortalidad por la poliomielitis tres años antes, el año de la primera campaña (1962) y tres años después, se presenta en la Tabla 3.2.

**Tabla 3.2.** Casos y tasas, defunciones y tasas de poliomielitis, cobertura de inmunizaciones según años, 1959-1965

Año	Casos	Tasa	Defunciones	Tasa	Cobertura
1959	288	4,2	32	0,5	...
1960	330	4,8	32	0,5	...
1961	342	4,9	26	0,4	...
1962	46	0,7	7	0,1	84,9
1963	1	0,0	0	0,0	76,8
1964	1	0,0	0	0,0	83,9
1965	0	0,0	0	0,0	86,4

Tasa: por 100 000 hab.; cobertura: % población blanco; casos 1963-1964: reacciones posvacunal. *Fuente:* (Rojas Ochoa, 2011).

Era evidente el aumento, por primera vez de más de 200 casos por años en tres años sucesivos. Los 46 casos en menos de dos meses de 1962 anunciaban un pronóstico de más de 170 casos ese año, esto sin tener en cuenta que los primeros meses del año eran los de morbilidad más bajo, cuando los de mayor número de casos eran junio, julio y agosto.

Después de la campaña (abril), no se registraron más casos ese año. Le epidemia se detuvo. No tengo conocimiento de un hecho semejante, aunque supongo ha ocurrido.

Desde 1963 la poliomielitis se encuentra eliminada en Cuba, aunque el Certificado de Erradicación se otorgó por la OPS/OMS en 1994 cuando se declaró este hecho para Las Américas. Nos adelantamos 31 años.

Se añaden algunas bajo control, con tasas muy bajas ( $\leq 0,1$  por millón).

Se muestra la historia de las enfermedades eliminadas por las campañas y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) entre 1962 y 2018 (Tabla 3.3).

La incorporación sucesiva de vacunas que se muestra en la tabla 3.3 refleja la fusión de campañas y esquemas de aplicación sistemática de vacunas que conformaron el PAI. Se fueron sumando nuevas vacunas, que se añadieron a las que estaban en uso, en algunos casos originaron fórmulas tetra o pentavalentes en un solo producto, así redujeron dosis y facilitaron el trabajo de campo (López Ambrón et al, 2018).

La meningitis por meningococo venía aumentando su incidencia y mortalidad desde 1979, hasta alcanzar frecuencia de epidemia en 1982 (12,8 y 2,0 por 100 000 habitantes en incidencia y mortalidad).

Se creó una fuerza de tarea específica, que obtuvo una vacuna efectiva, la que se aplicó en el programa de control. La tasa de incidencia máxima de la enfermedad fue de 14,3 por 100 000 habitantes en 1983, al año siguiente la tasa más alta de mortalidad fue de 2,2 por 100 000 habitantes. En 2008 la incidencia fue de 0,1 por 100 000 habitantes. La vacuna fue resultado del trabajo cubano de investigación y desarrollo (Sotolongo, 2011).

Siguiendo las recomendaciones de la OMS se incluyó la vacunación contra la hepatitis B en el PAI. Se aplicó a todos los menores de 1 año, dos años antes de lo previsto por la OMS. Se hizo con una vacuna cubana obtenida por métodos ADN recombinante, se registró como HEBERBIOVAC HB. La vacunación universal 24 h después del nacimiento se cumplió 19 años antes de la meta fijada (Muzio, 2011).



**Tabla 3.3.** Año de intervención y de impacto, duración e impacto final de la vacunación, por enfermedad, en Cuba

Enfermedad	Año de intervención	Año de Impacto	Tiempo	Impacto final
Poliomielitis	1962	1962	4 meses	Eliminación
Tos ferina	1962	1997	35 años	Eliminación
Tétanos neonatal	1962	1972	10 años	Eliminación
Tétanos	1962	1987	25 años	Eliminación
Difteria	1962	1979	17 años	Eliminación
Sarampión	1971	1993	22 años	Eliminación
Rubéola	1982	1995	13 años	Eliminación
Parotiditis	1986	1995	9 años	Eliminación
Síndrome de la rubéola congénita	1986	1989	3 años	Eliminación
Meningitis posparotiditis	1986	1989	3 años	Eliminación
Meningitis tuberculosa	1962	1972	10 años	Eliminación
Meningitis por <i>H. influenzae</i> tipo b	1999	2001	2 años	Tasa < 0,1 x 10 <sup>5</sup> hab.
Hepatitis B en menores de 20 años	1992	2001	9 años	Tasa < 0,1 x 10 <sup>5</sup> hab.
Meningitis meningocócica BC	1988	1993	5 años	Tasa < 0,1 x 10 <sup>5</sup> hab.
Fiebre tifoidea	1962	2005	43 años	Tasa < 0,1 x 10 <sup>5</sup> hab.

Fuente: (López Ambrón et al, 2018).

Para mejorar y ampliar el programa de inmunizaciones se introdujo la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib). En 2003 se registró y comercializó la vacuna cubana (Quimi-Hib) obtenida por síntesis química, la primera en el mundo de este tipo (Vérez, 2011).

Entre las metas del PAI se encuentra la de reducir el número de inoculaciones y dosis que han de conservarse en la cadena de frío, por lo que las vacunas combinadas han sido una piedra angular en esta estrategia (CDC, 2017). La formulación cubana tetravalente DTP-Hepatitis B (Trivas-HB) se incluyó en el PAI y se sustituyó un año después por la pentavalente (Heberpenta-L), que aporta a las anteriores un antígeno de síntesis del *Haemophilus influenzae* tipo b (Muzio, 2011).

Un resultado importante de ensayo clínico que incide en el Programa de Erradicación de la Poliomielitis (OMS) es la administración de dos dosis fraccionadas por vía intradérmica, más inmunogénica en los lactantes mayores de 4 meses de edad. El inyector sin aguja es seguro. Además, una dosis reducida refuerza la respuesta inmune en adultos previamente inmunizados con la vacuna oral (OPV). Se demostró por primera vez la capacidad de inducción de la sensibilidad inmunológica después de la administración de una dosis de IPV, de forma fraccionada o completa (Resik, 2010; Resik, 2013; Resik, 2015; Resik, 2017).

A partir de estos resultados aportados por Cuba, la 66 Asamblea Mundial de la Salud aprobó en marzo de 2013, el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la fase final en 2013-2018 (López Ambrón et al, 2018).

Las vacunas contra la gripe estacional se aplican cada año a niños menores de 2 años y a adultos mayores de 65 años y a grupos de riesgo seleccionados anualmente (López Ambrón et al, 2018).

Desde el punto de vista económico, la producción nacional de vacunas tuvo un costo de 70,83 dólares de EE. UU. por niño vacunado hasta los 14 años de edad, en tanto para el esquema de referencia considerando las vacunas importadas, se estimó el costo en 109,34 dólares de EE. UU. por niño vacunado. Lo anterior demuestra lo rentable de ser productores de vacunas, que además son exportables (López Ambrón et al, 2018).

Los principales logros identificados en la evaluación internacional del año 2004 fueron en primer lugar la garantía de la vacunación como derecho universal de todos los cubanos con iguales oportunidades, equidad y gratuidad total y con un sistema integral de salud. Asimismo, se reconoce la APS y la participación comunitaria como elementos decisivos de los resultados obtenidos con la vacunación, así como la responsabilidad gubernamental en la financiación de la vacunación en coordinación con organizaciones internacionales (López Ambrón

*et al*, 2018). La tabla 3.4 resume el esquema oficial de vacunación infantil en Cuba.

**Tabla 3.4.** Esquema oficial de vacunación infantil en Cuba

Vacuna	Protege contra	Fecha de inicio	Lugar de aplicación
B.C.G	Formas graves de tuberculosis	24 horas después del nacimiento	Maternidad
Hepatitis B <sup>®</sup>	Hepatitis B	24 horas después del nacimiento	Maternidad
Heberpenta-L (D.P.T, HB, HIB)	Difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	2, 4 y 6 meses después del nacimiento	Policlínico
DwP.T	Difteria, tos ferina y tétanos	18 meses de edad (reactivación)	Policlínico
Quimi-Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	18 meses de edad (reactivación)	Policlínico
Va-mengoc-BC	Meningococo B y C	3 y 5 meses después del nacimiento	Policlínico
PRS	Parotiditis, rubéola y sarampión	12 meses y 6 años de edad (reactivación)	Policlínico y escuela
DT	Difteria y tétanos	6 años de edad	Escuela
Vax Tyvl	Fiebre tifoidea	10, 13 y 16 años de edad	Escuela
TT	Tétanos	14 años de edad	Escuela
IPV	Poliomielitis	4 meses de edad	Policlínico
POV b	Poliomielitis	Campañas anuales	Policlínico

\*El hijo de madre positiva al antígeno de superficie de la hepatitis B tiene otro esquema de vacunación, recibirá cuatro dosis de vacuna: al nacer, al primer mes, al segundo mes y al año.

Fuente: Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.42, abril 2018. (López Ambrón *et al*, 2018).

## Formación de profesionales y técnicos de la salud

La diversidad ideológica y metodológica ha influido en las políticas y modelo de formación calificada de personal para los servicios de salud. Desde el establecimiento de la República las ideas del estadounidense Flexner (Flexner, 1910), la Reforma de Córdoba, en 1918; la Declaración de Alma Ata, Kasajstan, en 1978, la Conferencia Regional de Educación Superior de América Latina y el Caribe, en 2008 y el pensamiento y acción continuada desde los primeros años de la década de los años 60 del siglo xx, sobre todo en lo concerniente al desarrollo de la APS, del Comandante Fidel Castro Ruz (Vela, 2018).

Durante el gobierno militar de ocupación del país en 1898 se implantó un nuevo plan de estudios (Orden Militar No. 212 de 4 de noviembre). El plan se le conoce como Plan Lanuza, ya que era Secretario de Justicia e Instrucción Pública José A. González Lanuza, quien dispuso la adopción del plan (Delgado, 2009).

En 1900, con el nombramiento de un pedagogo y filósofo Enrique José. Varona y Pera, se elaboró un nuevo plan, que se conocería como plan Varona. Rectificó los errores del Plan Lanuza, adherido a las concepciones en boga del positivismo, modernizó los métodos de enseñanza, privilegió la práctica. El plan estuvo vigente hasta 1919, con varios cambios parciales, mal de todas las épocas y que ha afectado todos los planes.

Un nuevo plan se aprueba en 1919, con fuerte influencia de Flexner. Después de dura lucha estudiantil (Julio A. Mella) y de profesores (Eusebio Hernández) se adopta un nuevo plan en 1924. En él se encuentran algunas ideas de la reforma de Córdoba, en Argentina. Sin embargo, predominaban las ideas del norte. El enfoque social y salubrista no tomaba fuerza.

La dictadura de Gerardo Machado, con el cierre prolongado de la universidad y el pueblo en enfrentamiento contra la dictadura que no termina hasta 1933, marca este período. De estas luchas se obtienen progresos, como la autonomía universitaria y un nuevo plan que se aplica en 1934. Otro plan surge en 1937, pero no es hasta 1943 que se consolida el Hospital General Calixto García como hospital universitario gobernado por una junta formada por siete profesores elegidos por el claustro de la Facultad de Medicina. Luego se incorporarían otros hospitales docentes, aunque no con dependencia total de la universidad. (Delgado, 2009)

En 1941 se aprobó un nuevo plan. Aunque en las décadas de los años 40 y 50 del siglo xx, se fundaron numerosas universidades

en Cuba (se incluían las privadas), ninguna contenía carreras propias del sector de la salud, con excepción de psicología.

El 10 de marzo de 1952 se inicia una nueva etapa de dictadura, sangrienta, particularmente represiva contra la universidad, que cierra sus escuelas hasta el triunfo de la Revolución en 1959.

Todos los planes mencionados eran predominantemente teóricos, esencialmente asistenciales curativos, la enseñanza se centraba en lo biológico, preparaba al profesional para la práctica privada de la medicina y carecía de enfoque social en la salud (Vela, 2018).

Para resolver la escasez aguda de personal profesional y técnico de la salud en la década de los años 60 del siglo xx se crea una red de instituciones docentes de cobertura nacional, se convoca a la formación masiva y toda la actividad se apoya en la gratuidad de los estudios para los educandos y en un sistema de becas, para la alta especialización becas al extranjero. En la actualidad el personal en el Sistema Nacional de Salud, ha crecido sustancialmente (Tabla 3.5).

**Tabla 3.5.** Indicadores seleccionados de personal en el Sistema Nacional de Salud. Cuba, 2019

<b>Profesionales y estudiantes</b>	<b>Indicadores</b>
Trabajadores de SNS	485 479
Profesionales de la salud formados entre 01/01/59 y 19/07/2019	376 608
De ellos son médicos	171 362
Graduados en 2019	10 114
De ellos son médicos	7 677
Médicos en servicio en 2019	101 619
Médicos por 1000 habitantes	9,0
Residentes cursando especialidades	27 573
De otras nacionalidades	2 328
Estudiantes de 141 países graduados en universidades cubanas	35 787
Colaboradores internacionalistas en 65 países	29 000
Estomatólogos por 1000 habitantes (2017)	1,6
Personal de enfermería por 1000 habitantes (2017)	7,7

*Fuente:* Discurso del Ministro de Salud Pública de 18 de julio de 2019 en el acto de graduación de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (Granma, julio 22 de 2019 c, pag.8, col.4).

Desde 1959 la educación médica cubana ha estado ligada al desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La declaración de Alma Ata fortaleció la dirección que ya sostenía Cuba respecto al desarrollo como eje del sistema de APS. La atención que prestó a este asunto el Jefe de Estado y Gobierno Comandante Fidel Castro Ruz permitió materializar sus ideas en un nuevo modelo de APS, con su figura central, el médico especialista en medicina general integral en su consultorio de médico y enfermera (Vela Valdés, 2018).

Son principios didácticos que rigen la formación del personal de salud:

- La integración asistencia-docencia-investigación en los servicios.
- El carácter científico del proceso de formación en lo filosófico, pedagógico y temático.
- La combinación de la teoría con la práctica que se realiza en el estudio-trabajo, en los servicios y la comunidad.
- Los procesos formativos se sustentan en los modelos pedagógicos de la actividad (aprender-haciendo) y en la comunicación (relación maestro-alumno y alumno-paciente-familia).
- La educación en el trabajo es el principio rector de la educación médica cubana (Vela Valdés, 2018).

En el largo período que se comenta tropezamos con numerosos problemas y deficiencias en la formación de personal: las elevadas matrículas que surgieron de la formación masiva que fue necesario acometer, la sobrecarga de la infraestructura de servicios, la escasez de profesores y la improvisación de muchos sin la adecuada formación, la decisión en un momento que sí pareció necesario, de subordinar las instituciones docentes al Ministerio de Salud Pública, que lógicamente da prioridad a lo asistencial. Las universidades por su nombre genérico evocan universo. Una universidad unidisciplinaria o monotemática no es una verdadera universidad.

Compárese el estilo, la profesionalidad, la historia, los resultados en investigación, la fortaleza intelectual y la contribución multilateral de instituciones como la Universidad de La Habana o la Marta Abreu de Villa Clara y nuestros centros universitarios de perfil unisectorial o monodisciplinario. He entendido como muy positiva la agrupación o regreso de algunos institutos superiores a universidades multiperfil. Pero se ha detenido sin llegar a La Habana y se ha excluido a las universidades médicas. La rectificación no ha alcanzado lo que creo muy necesario.

En resumen, los grandes logros son ciertamente extraordinarios. Han desbordado nuestras fronteras: Escuela Latinoamericana de Medicina, apoyo a escuelas de América Latina y África, becarios extranjeros en Cuba, siempre aspirando a más y mejor, el progreso no puede detenerse. Vamos por más.

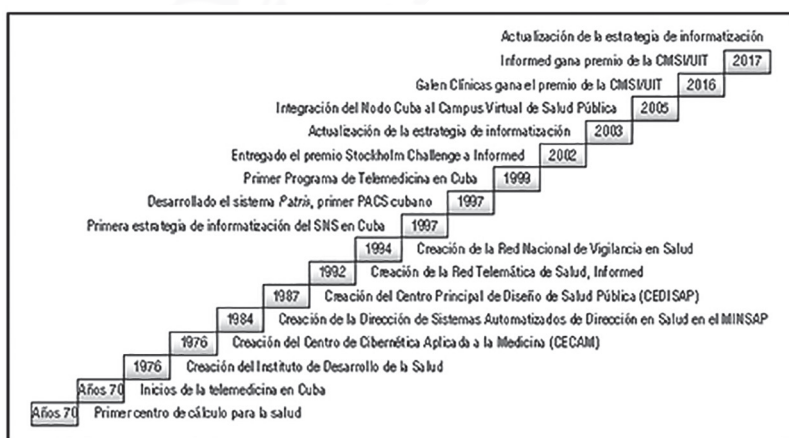
Aunque las metas a alcanzar, al igual que las conquistas, son muy numerosas, no pueden tratarse en este texto todas. Las conquistas se redujeron a cinco muy sobresalientes, por ahí andaremos en las metas.

## Las metas

### La informatización del Sistema Nacional de Salud

Se ha propuesto en 2018 como alta prioridad en la política de gobierno: la informatización. Si bien ahora llegamos a prioridad, este tema tiene historia. Sin lo ya hecho no podríamos encarar la magna tarea de informatizar la gestión de gobierno, el comercio electrónico, la tele-transmisión de información científica en gran volumen y otros.

En un artículo muy documentado se sintetiza la historia a que se ha hecho referencia, presentándola en la figura 3.1 que reproducimos (Vialart *et al*, 2018).



**Fig. 3.1.** Hitos de la informatización de la salud en Cuba.

CMCI: Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información; UIT: Unión Internacional de Telecomunicaciones; PACS: Picture Archiving and Communications System; SNS: Sistema Nacional de Salud; MINSAP: Ministerio de Salud Pública. *Fuente:* (Vialart *et al*, 2018).

Noté una ausencia en la figura, no se menciona lo que llamamos nuestra primera computadora construida en Cuba, la CID 201 (tal vez fue 101 o 102). El autor fue usuario de ella. La apreció como útil por lo que se aprendió al hacerla y utilizarla.

En 2018 se ha insistido al más alto nivel de Gobierno en la importancia y prioridad de avanzar en la informatización. En abril de 2019 se ha anunciado que se concluyó la primera etapa del gobierno electrónico y ahora corresponde desarrollar la etapa de interactividad con la población (Puig, 2019).

También se destaca el premio otorgado por la Unión Internacional de Telecomunicaciones al Portal del Ciudadano, como medio dedicado a la comunicación con la población de un territorio y sus entidades de gobierno. Los ganadores son de la provincia de Pinar del Río.

En una presentación en *Power Point* editada en la Escuela Nacional de Salud Pública se presenta un resumen (Recuadro 3.1) de las estrategias de informatización del sector salud. (Cuba 2017-2021) (Vidal, 2019).

### **Recuadro 3.1.** Estrategias de Informatización del Sector Salud. Cuba 2017-2021

Sistema de Información de Salud Registros médicos Registros económicos Registros docentes Referencia y contra referencia
Historia clínica (HC) digitalizada HC hospitalaria HC individual HC de salud familiar
Telemedicina T de información T de consulta T de educación
Vigilancia en salud

Fuente: (Vidal, 2019).



## Ciencia, técnica e innovación

En segundo lugar, coloco las metas en el área de la ciencia, técnica e innovación. El centro del asunto es la investigación científica: políticas, prioridades, estrategias. La informatización es parte de esto, parte decisiva, la separo para destacar su importancia y porque en su desarrollo están los cimientos de lo que típico como área científico-técnica.

El Sistema Nacional de Salud es un sistema abierto, que encuentra numerosos problemas y sus soluciones fuera de lo que consideramos comúnmente como el sistema: sus instituciones, recursos, acciones.

Por lo anterior, cuando se habla de ciencias de la salud no reconozco que tengan una frontera definida. Donde más he percibido esta permeabilidad de los límites de estas ciencias es en la APS. Tal vez por algún sesgo en mi pensamiento ya que presto más atención a la APS que a otros espacios del sistema.

Los sistemas de salud y de ciencia y técnica tienen gran fortaleza, se apoyan en el baluarte de nuestra formación política, económica y social. Somos, y lo ha refrendado la Constitución recientemente promulgada, un Estado de Derecho Socialista. De ahí nuestra fuerza, nuestra capacidad de lucha y resistencia.

La investigación organizada y financiada por el Estado en el Sistema Nacional de Salud comenzó desde los primeros años de la década de los 60 del siglo xx, pero diría que fue al principio “en tono menor”. Fueron un resultado importante los modelos de tratamiento difundidos en la atención a los pacientes de EDA y ERA que afectaban con alta tasa de morbilidad y mortalidad a la población infantil.

En estos años tempranos de la administración revolucionaria se realizó una investigación de gran trascendencia para la creación del sistema de salud único y la organización de los servicios. Se hizo por disposición de la Resolución No. 369 de agosto de 1961 del ministro José R. Machado Ventura, que dispuso la creación en el municipio de Marianao de un área de demostración y adiestramiento para el desarrollo y adquisición de experiencias en el funcionamiento de policlínicos.

La investigación, verdadero experimento, concluyó en mayo de 1964, presentados los resultados al Ministro, quien mediante nueva resolución dispuso que todos los policlínicos se organizaran según lo propuesto. Así surgió conceptual y operativamente la institución que es la columna central del Sistema Nacional

de Salud y escenario mayor de la APS, que hoy se extiende a los consultorios MEF, con especialistas en MGI. Se llamó Policlínico Integral al modelo, luego sin apartarse de lo esencial (el área de salud, el sector, los programas básicos del área) se han hecho cambios necesarios para afrontar nuevas situaciones: transición demográfica, transición epidemiológica, mayor disponibilidad de personal profesional y técnico, nuevas técnicas, docencia en el policlínico. Así conocimos años después el Policlínico Comunitario y más tarde el Modelo Médico y Enfermera de la Familia.

El éxito. No se improvisó, se investigó. No se dijo “no se puede esperar”, no se dijo “según mi experiencia”, no se copió del extranjero.

Esto ha sido al juicio de quien escribe la más importante y provechosa investigación realizada en Cuba en el área de la administración de servicios de salud.

De oportuna trascendencia fue la investigación que precedió la primera campaña de vacunación contra la poliomielitis y que permitió la formación del primer virólogo cubano. Resultado de esto: polio eliminada. Todas estas acciones son de los primeros años. Ya en la década de los años 70, siglo xx, volamos más alto.

Dos grandes proyectos que alcanzaron fuerte repercusión internacional se ejecutaron entre 1971-1974. La Investigación Nacional de Crecimiento y Desarrollo que con apoyo del Ministerio de Salud Pública y fuerte asesoría internacional realizó el Instituto de la Infancia, con apoyo personal de Vilma Espín Guillois y decisivo de Fidel Castro Ruz. Fue un trabajo de alta perfección, de un resultado muy específico: la Tabla de Crecimiento y Desarrollo de los cubanos, primeras logradadas a escala nacional en Las Américas. La otra investigación fue titulada Investigación Perinatal, que estudió la morbilidad y mortalidad del periodo perinatal de todos los nacimientos del país durante una semana, seguidos hasta 3 meses de edad. Contó con fuerte asesoría extranjera. Se hizo bajo la Dirección del Programa Materno Infantil y la Dirección de Estadística del Minsap. Sus resultados fueron de aplicación en el PAMI.

Una investigación internacional que realizó la OMS en ocho países que seleccionaron incluyó a Cuba, el único que no era de alto desarrollo. Influyó en que fuéramos seleccionados la Investigación Perinatal antes mencionada ya que sus resultados fueron aceptados y el tema de la OMS era el mismo.

De los primeros años estos fueron, en el campo de la salud, los primeros trabajos de investigación de cierta relevancia. Esto fue aumentando en número de proyectos y centros que investigaban. La avanzada fueron las universidades, en particular la Universidad de La Habana.

Lo más importante fue la aparición de centros con el encargo social prioritario o importante de investigar en salud u otro sector (agricultura, educación). Se tuvo cuidado de asegurar que los nuevos centros también formaran sus cuadros, o sea sus investigadores.

El primero de estos centros en relación con salud fue la creación del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, que era parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, en 1962. En 1965 se fundó el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC), muy amplio en su temática que incluyó aspectos de salud, originalmente fue un centro de la Universidad de La Habana.

En 1966 se crearon al unísono ocho institutos de investigación. Antes de alcanzar resultados mayores de investigación resolvieron la escasez de especialistas en sus ramas en el país y prestaron los servicios asistenciales más calificados en sus áreas de competencia.

En 1986 se creó el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) y en 1987 el Centro de Inmunoensayo. Se abrieron más centros, surgieron en provincias: Cardiocentro Ernesto Che Guevara (Villa Clara), Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas (Camagüey), el Centro para la Investigación y Rehabilitación de las Ataxias Hereditarias (Holguín), entre otros.

La proliferación de centros e institutos, algunos dependientes de universidades, hizo que su número fuera elevado. Surgió entonces la política de reunirlos, orientados desde un grupo rector, cada uno mantiene su autonomía, sus tareas comunes y proyectos conjuntos de dos o más instituciones, facilita el intercambio de experiencias.

La primera de estas agrupaciones fue el Frente Biológico, presidido por la Academia de Ciencias, que reunió diversos centros que tenían como base las investigaciones biológicas en distintos sectores: salud, agricultura, ganadería y otros.

Más tarde alcanzó gran fuerza y resultados concretos el Polo Científico (de La Habana o del Oeste de La Habana), creado en

1992. Reunió numerosos centros de varios sectores. Durante largo tiempo Fidel asistió a su reunión plenaria mensual, que organizaban José M. Miyar Barruecos (Chomy) y Julián Álvarez Blanco.

Este proceso de coordinación y búsqueda de una política unitaria ante los principales problemas que encaraba el país ha conducido a la creación de una organización empresarial superior denominada BioCubaFarma. Agrupa las empresas de la industria farmacéutica, los centros del Polo y otros, en distintas provincias del país. Se aplica el concepto de “centros de investigación producción”. Toma en cuenta las necesidades de los programas de salud. Tal vez el programa más beneficiado ha sido el PAMI. El “ciclo cerrado” se ha ampliado: problema-investigación-desarrollo-aplicación-vigilancia poscomercialización. Rojo Pérez y otros, han resumido todo lo anterior de este modo:

Se organiza en programas y proyectos que favorecen la investigación básica y aplicada con un enfoque multidisciplinario intersectorial; estos son financiados mayormente por el Estado y organizados en ciclos cerrados o completos, es decir, una misma entidad se encarga del proceso desde la investigación hasta la comercialización, incluido los estudios de mercados y la vigilancia post comercialización. Las investigaciones seleccionadas evidencian la armonía entre la investigación, la generación de un resultado y su efecto en mejorar la salud y el acceso universal de la población” (Rojo et al, 2018).

Toda la agrupación de fuerzas en un solo haz que hemos descrito relativo al campo de la investigación científica en Cuba, con mención específica en lo concerniente al sector de la salud, revela una capacidad de respuesta científica, administrativa y social que es la base del resultado con notable éxito de los programas de salud que se expresan en indicadores del nivel propio de los países de alto desarrollo económico, condición que no tiene Cuba.

Esta respuesta tiene una característica que la distingue: es multidisciplinaria, intersectorial, globalizadora (todos para uno, uno para todos). El autor de este texto lo aprendió cuando era médico rural. No fueron sucesos aislados, programas independientes, fue una sola acción la reforma agraria, el servicio médico social rural

y la educación llevada al campo. Llegamos y anduvimos juntos médicos, alfabetizadores y maestros y multiplicamos nuestro esfuerzo con la ayuda del Instituto Nacional de la Reforma Agraria (INRA), el poder político y económico de la Revolución en esos momentos.

De esta historia se ha contado algo, pero debe profundizarse más en ellas (Rojas Ochoa, 2016b).

### **Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud**

Relaciono un grupo de acciones que deben proyectarse en la importante área de la APS para avanzar en el desarrollo de nuevas conquistas (Gonzalez Cárdenas et al, 2018):

- La aplicación consecuente del método clínico, que es la más poderosa técnica que está al alcance del médico y enfermera de la familia, aún en condiciones desfavorables de trabajo: escasez de insumos, desastres ambientales, interrupción de la energía eléctrica, y otros. Cada día los médicos deben esforzarse por dominar mejor este método y aplicarlo mejor.
- Fortalecer la atención con la introducción y manejo adecuado de nuevas técnicas, diagnósticas y terapéuticas.
- Elevar la capacidad resolutoria del policlínico en imagenología, laboratorio clínico (hematología y química sanguínea, heces fecales y orina), pruebas citológicas, vigilancia en higiene de los alimentos, del agua de consumo humano y control de vectores.
- Lograr la estabilidad del equipo MEF del consultorio y del Grupo Básico de Trabajo, que podrá componerse de especialistas en MGI de II Grado con posgrados adicionales.
- Para una mayor calidad de servicio, la población asignada a un consultorio no rebasará los 1 500 habitantes y asegurará el tiempo para las tareas de terreno y el ingreso domiciliario.
- Aseguramiento de la atención continua a partir de contar con un eficiente sistema de referencia y contra referencia.
- Desarrollar la informatización (equipos y entrenamiento) para la gestión de la atención y la comunicación en red con el sistema de salud y el gobierno y sociedad local.
- Partiendo de la conceptualización original del modelo MEF, enfocando los cambios que originan las transiciones demográfica y epidemiológica, adecuar acciones en los programas básicos del área de acuerdo al envejecimiento poblacional y morbilidad de enfermedades crónicas.

- Fortalecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial, así como la participación popular: profesionales y técnicos del policlínico, delegado de circunscripción, maestros y otros.
- Perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud y acentuar el estudio de los principales determinantes de la salud:
  - Ingreso y posición social.
  - Entorno físico (agua, vivienda, entre otros).
  - Educación.
  - Empleo y condiciones de trabajo.
  - Características biológicas y condición genética.
  - Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación.
  - Desarrollo del niño sano.
  - Redes de apoyo social.
  - Deporte y recreación.
  - Servicios de salud.

Recordemos, entre otras muchas ideas que: “El bien salud va más allá de la atención a enfermedades” (González Menéndez, 2004 ).

La atención a la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla (Hernández Álvarez, 2003).

El médico especialista en medicina general integral que trabaja en la Atención Primaria de Salud es el médico más importante en el Sistema de Salud (Rojas Ochoa, 2016a).

### **Atención a las consecuencias de la transición demográfica y epidemiológica: necesidad de la investigación científica**

Las consecuencias de la transición demográfica y epidemiológica es un asunto que ocupa tareas de prioridad para el avance en la solución de problemas en el área de salud pública.

En primer término, la falta de crecimiento poblacional que impide el reemplazo generacional, a lo que se añade un notable envejecimiento de la población con mayor carga de enfermedades crónicas. Para reclamar más atención en salud aparecen las enfermedades emergentes y reemergentes.

Parece necesario avanzar primero en un enfoque global del conjunto de problemas, antes de buscar soluciones a un problema específico.

Es necesario intensificar la investigación científica, multilateral, interdisciplinaria, intersectorial, no solo sobre Cuba, también en el horizonte internacional. Son muchas las condiciones

exteriores que influyen en nuestros problemas y posibilidades de solución: lo político (las presiones y agresiones del enemigo imperial), lo económico (por ahora el principal sitio de agresiones), lo social (no ceder en nuestra tradicional resistencia), lo científico (no perder lo ganado en fortaleza propia y fomentar la cooperación internacional), dar prioridad a la investigación sobre factores sociales (incluidos los económicos) en los planes de investigación, sin ceder en lo alcanzado en informatización y biotecnología.

Es en la ciencia donde tenemos las mejores opciones para alcanzar nuevas conquistas.

### **Seguridad nacional: defensa, seguridad pública, seguridad alimentaria, seguridad ambiental, seguridad informática, seguridad sanitaria**

Quinto y último elemento que consideraré entre las grandes metas a alcanzar.

Generalmente cuando se menciona el término seguridad nacional se evoca lo militar, poseer fuerzas armadas que aseguren y protejan de amenazas o agresión desde el exterior. Pero esto es solo parte del concepto, de modo que al aspecto militar se añaden otros como: seguridad sanitaria, seguridad alimentaria, seguridad ecológica-ambiental, seguridad informática.

A la seguridad armada que se mencionó se añade lo que llamo seguridad pública (orden público) también a cargo de un cuerpo armado, en este caso, la policía. Incluye el orden público, la policía económica, la prevención y erradicación del narcotráfico, la seguridad vial, el control de armas en manos de civiles, entre otros. Hoy ha tomado gran fuerza en EE. UU. y Europa considerar y tratar como un problema de seguridad nacional la migración ilegal, que alcanza cifras elevadas.

La seguridad alimentaria, decisiva respecto al aseguramiento de la salud, se encarga de proteger la producción de alimentos y su conservación, además de su calidad nutritiva y accesibilidad para la población. Cuba no ha alcanzado la soberanía alimentaria, los rendimientos agrícolas son bajos, escaso el riego y los fertilizantes. Somos vulnerables.

La seguridad ecológica-ambiental abarca un espacio muy amplio y diverso, a la vez es crítico por los pobres resultados en su desarrollo. El calentamiento global y el cambio climático

aparecen como el problema de mayor peligro, ya que el débil resultado de los acuerdos de París, que siguieron al inútil Protocolo de Kioto, lo ha desechado el gobierno de EE. UU., lo que limitará en grande lo que pudiera obtenerse. Existe la amenaza de una mayor degradación del ambiente, la extensión de la desertificación, el aumento en número e intensidad de las tormentas tropicales y huracanes, además de los desastres antropogénicos.

En Cuba, la Defensa Civil, el Instituto de Meteorología y las acciones de los organismos de la Administración Central del Estado y gobiernos locales actúan coordinadamente y ejercen un notable control sobre lo relativo a tormentas tropicales, huracanes y sequías y reducen notablemente sus efectos destructores. Otros aspectos, que requieren acciones a más largo plazo, se encaran por las entidades mencionadas bajo la rectoría del Citma en la Tarea Vida concebida para evitar o atenuar los efectos a largo plazo de hechos muy negativos, como la elevación del nivel del mar, que cubriría tierras y salinizaría el manto freático. La reducción de emisión de  $\text{CO}_2$  se incluye entre las acciones a tomar, e igual la repoblación forestal. Pero nuestro esfuerzo se pierde ante los vecinos del norte y ahora también el gran vecino del sur bajo un gobierno de perfil neonazi que coloca a Brasil al lado de los EE. UU. ¿Nos acercamos acaso a un final no imaginado de muerte y destrucción? No es aceptable, se impone en este caso la lucha política contra el imperio y la acción basada en resultados de la ciencia.

La seguridad informática abarca la prevención y restauración de daños en los equipos y sistemas con que se operan los procesos informáticos y que deben protegerse contra saboteadores, hackers, robos, fallos electrónicos, programas defectuosos y otros. Son bastante comunes y costosos. La protección no se ve aún fuerte, aunque se recurre a muchos procedimientos técnicos.

La seguridad en salud o sanitaria es de gran importancia y complejidad ya que abarca numerosos aspectos. El más conocido y antiguo es la seguridad contra epidemias, que actualmente tiene su arma principal en la vigilancia epidemiológica, que se complementa con inmunizaciones y medidas sanitarias generales. Fue de gran trascendencia y excelentes resultados la construcción de sistemas de suministro de agua potable, pero hoy una gran parte de la población del mundo no tiene acceso a aguas seguras.



La rapidez de las comunicaciones, que permiten llevar un viajero infestado asintomático de un lugar en epidemia a otro libre de ella y propagar allí la enfermedad es todavía un riesgo. La campaña antivacunas, generalmente surgidas de criterios científicos falsos o creencias religiosas. El contrabando de alimentos sin control sanitario. La vulneración de la investigación científica en la validación de la seguridad de un medicamento o el uso no autorizado de un producto, son origen de daños masivos a la salud de la población.

Otros, son el abuso y mal uso de los antibióticos que generan resistencia bacteriana, fallas en el control de la seguridad de las transfusiones de sangre, trasplante de órganos y tejidos. La insalubridad en general, o falta de higiene comunal es un gran riesgo para la salud de la población. El viejo aforismo “limpieza es salud” mantiene su vigencia.



## EPÍLOGO

El principal objetivo para elaborar este texto, se ha alcanzado: si se lee, estimulará el debate.

La duda y la discusión son el gran motor que impulsa a la ciencia a producir nuevos conocimientos. Ejemplo relevante: Las dudas de Carlos J. Finlay sobre las ideas reinantes en torno a las epidemias de fiebre amarilla y las décadas de duro debate hasta que se aceptó su verdad: un nuevo conocimiento.

He tratado numerosos temas, una pequeña muestra de un gran universo. Escogí los más pertinentes que considero de actualidad.

Tendré como un éxito que se propongan otros temas y se llegue a debatir si son más pertinentes.

Me esforzaré, como aquel personaje de una telenovela famosa, me esforzaré en rectificar.

Agradecido, agradecido, muy agradecido, si han leído hasta aquí.

FRANCISCO ROJAS OCHOA  
18/09/2019

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso de Armas, M. (2009): Familia y segunda transición demográfica en Cuba. En *Colectivo de Autores. Cuba Población y Desarrollo*. La Habana, Edit. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM):201-211.
- Álvarez Sintés, R., Barcos Pina, I. (2014): La formación y el perfeccionamiento de recursos humanos en el sistema nacional de salud cubano. *Rev Habanera Cienc Méd.* 13(3):368-370.
- Ángel, M. (2005): The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York, Random House.
- Banco Mundial (1993): Informe sobre el Desarrollo Mundial. *Invertir en Salud [resumen]*, Washington, D. C. BM.
- Bayarre, H.D., Álvarez Lauzurique M.E., Pérez Piñero. J. S., Almenares Rodríguez, E., Rodríguez Cabrera, A., Pría Barros, M.C., et al. (2018): Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Rev Panam Salud Pública.* 42:58-64.
- Blech, J. (2005): Los inventores de enfermedades. Como nos convierten en pacientes. Barcelona. Destino.
- Bobbio, N. [Citado por Menéndez, E.L. (1992): *Salud Pública: Sector Estatal Ciencia Aplicada e Ideología de lo Posible*]:117.
- Burton, B. (2007): Diabetes expert accuses drug company of "intimidation". *BMJ.* 335(7620):1113.
- Bonneaux, L., Damme. W. (2006): An iatrogenic pandemic of panic. *BMJ.* 332:786-8.
- Bonneaux, L., W. Damme. W. (2010): Preventing iatrogenic pandemics of panic. Do it in a NICE WAY. *BMJ.* 340:3065.
- Breilh, Paz y Miño. J., Tillería Muñoz, Y. (2009): Aceleración global y despojo en Ecuador. El reto del derecho a la salud en la era neoliberal. Universidad Andina Simón Bolívar, eds., Ediciones Abya Yala.
- Carpio, E. (2013): Inconsistencia con el manejo de la Homeopatía. *Rev Cubana Salud Pública.* 39(3):612-614.
- Casanova, R., Selman-Houssein, E., Palenzuela, H., Cárdenas, F., Carballés, J. (2010): Cuba's National Pediatric Cardiology Program. *MEDICC Rev.* 12(2):6-9.
- Castell-Florit, P. (2019): Salud mental. Responsabilidad intersectorial. *Conferencia IX Congreso Nacional de Psiquiatría*. La Habana, Edit. Consejo Nacional de Sociedades Científicas.
- CECMED (2013): Nota informativa sobre el medicamento homeopático Vidatox® 30CH. *Rev Cubana Salud Pública.* 39(3);609-611.
- Center for Disease Control and Prevention (2017): Combination vaccines information for parents. Atlanta, CDC.
- Colectivo de autores (1992): Términos de referencia. En *La Crisis de la Salud Pública; reflexiones para el debate*. OPS eds., Washington, D.C., Pub. Cient. 540: 2.

- Delgado, G. (2011): La vacunación en Cuba 1884-1958. En *Rojas Ochoa F. Vacunas Cuba 1959-2008*. (Organizador). La Habana, Edit. Ciencias Médicas:14-23.
- Delgado, G. (2009): Historia de la Enseñanza Superior de la Medicina en Cuba (1900-1962). Primera parte. En *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*. No. 105.
- Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud (2017): Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana, MINSAP/OPS/UNFPA/UNICEF:23.
- (DOR) Departamento de Orientación Revolucionaria. (1980): Vindicación de Cuba. La Habana, Editora Política.
- Doshi, P. (2011): The elusive definition of pandemic influenza. *Bull WHO*. 89:532-8.
- File, D. (2004): The medical text between biomedicine and hegemon Soc *Sci Med*. 59:1275-85.
- DOR. [s.f.]: Vindicación de Cuba. La Habana, Edit. Política.
- Flexner, A. (1910): Medical education in the United State and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Boston, Massachusetts, Bull (4). [Introduction by Henry S Pritchett, President of the Foundation].
- Forcades, T. (2012): La medicalización de los problemas sociales. *Rev Cubana Salud Pública*. 38(Supl):75-79.
- Fors, M.M. (2012): Los ensayos clínicos y su contribución a la salud pública cubana. *Rev Cubana Salud Pública*. 38(supl5):771-780.
- Freedman, R. (1966): La Revolución Demográfica Mundial, México, D.F., Edit. Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana (UTEHA). [Compilación en español].
- Frenk, J. (1992): La nueva salud pública. En *La Crisis de la Salud Pública; reflexiones para el debate*. OPS eds., Washington, D.C., Pub. Cient. 540: 75-93.
- Fukuyama, F. (1992): El fin de la historia y el último hombre. Barcelona, Planeta.
- García, J.C. (1986): Juan C. García entrevista a Juan C. García. En *Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas*. Montevideo, Edit. OPS/CIESU: 21.
- García Machín, E., Granda, A. (2013): Proposición para perfeccionar la conquista social de la seguridad y salud de los trabajadores en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 39(4):689-707.
- Gavilondo, J.V. (2014): Los caminos de un fármaco antitumoral. *Rev Cubana Salud Pública*. 40(2);215-221.
- Gérvas, J. (2014): El asunto Tamiflu/Relenza, la salud pública y algunas lecciones para la decisión y la ética. *Rev Cubana Salud Pública*. 40(4):334-348.
- Good, C.B., Kelley, C. L. (2005): The Vioxx debacle revised. *Am J Med*. 118(9):1055-6.

- González Cárdenas, L.T., Cuesta, L.C., Pérez Perea, L., Presno Labrador, M.C., Fernández Díaz, I.E., Pérez Díaz, MC, et al. (2018): El Programa del Médico y Enfermera de la Familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*. 42 abril: 66-72.
- González Menéndez, R. (2004): La unidad bio-psico-socio-cultural y espiritual en la formación médica. *Rev Hosp Psiquiátrico La Habana*. (1).
- González Menéndez, R. (2011): El uso social de alcohol como factor de riesgo oncológico. *Rev Cubana Salud Pública*. 32(Supl):80-4.
- González Menéndez, R. (2016): ¿Es la visión integral actual del ser humano suficiente? *Medisur*. 14(6):816-821.
- Granma (2019 a): Sobre el Día Mundial del agua. La Habana, 22 de marzo. p. 1.
- Granma (2019 b): La Siquiatria cubana estudia impacto de las tecnologías en la salud mental. La Habana, 16 de marzo. p. 1. [texto de Lisandra Fariñas Acosta].
- Granma (2019 c): Relato de la graduación del año en la Universidad Médica de La Habana. 22 de julio. p. 8. col.4.
- Granma (2019 d): Centro de Inmunoensayo. La Habana. 9 de septiembre. p. 2. [texto de Lisandra Fariñas Acosta].
- Hanlon, J.H. (1973): Principios de administración sanitaria. 3era ed. México, D.F., Prensa Médica Mexicana: 5.
- Harari, Y.N. (2014): Sapiens. De animales a dioses. Barcelona, Edit. Debate. Peguín Random House.
- Hernández Álvarez, M. (2000): El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev Salud Pública*. 2(2):121-144.
- Hernández Álvarez, M. (2003): El enfoque socio político para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública*. 29(3):228-235.
- Hernández Álvarez, M. (2006): El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev Salud Pública*. 10 (Supl):72-82.
- Hernández Castellón, R. (2009): Transición demográfica y envejecimiento de la población. En *Colectivo de Autores. Cuba Población y Desarrollo*. La Habana, Edit. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM):163-177.
- Hernández Elías, R. (1971): Administración de salud pública. La Habana, Ciencia y Técnica.
- Hersh, S.M. (1988): La cara oculta de J.F. Kennedy. Barcelona, Planeta.
- Homedes, N., Ugalde, A. (2005): Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 17(3):210-220.
- Iriart, C., Merhy, E.E., Waitzkin, H. (2000): La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Pública*. 16(1):95-105.
- Jefferson, T., Jones, M., Doshi, P., del Mar, C. (2009): Neuraminidare inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 339:b5106.

- Kristensen, P., Bjerkedal, T., Irgens, I.M. (2004): Birthweighth and work participation in adulthood. *Int J Epidemiol.* 33(4):849-56. doi:10.1093/ije/dyh111.
- Laurell, Asa C. (2010): Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social.* 5(1):79-88.
- Laurell, Asa C. (2012): Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México. [Programa CLCSO-CROP de Estudios sobre Pobreza/Serie documentos breves-diciembre].
- Laurell, Asa C. (2014): La reforma del Sistema de salud en México: una historia no contada. En *La lucha por el derecho a la salud en América Latina.* San Salvador. Edit. ALAMES y People Health Movement, Cap. 10:124-31.
- Lechini, G. (2008): La globalización y el Consenso de Washington: su influencia sobre la democracia y el desarrollo en el Sur. Buenos Aires, CLCSO.
- Lenin, V.I. [s.f.]: Tres fuentes y tres partes integrantes del marxismo. En: Marx, C., Engels, F. Obras escogidas. Edit. Progreso. Moscú,19-23.
- López Ambrón L., Egües, L.I., Pérez, A., Galindo, B.M., Galindo, M.A. (2018): Experiencia cubana en inmunización, 1962-2016. *Rev Panam Salud Pública.* 42:40-48.
- López Sánchez, J. (2011): Introducción, propagación y conservación de la vacuna antivirólica. La Habana, Edit. Ciencias Médicas: 4-18. [Reproducido de Vida y obra del sabio Tomás Romay Chacón, La Habana, Edit. Científico Técnica. Cap. VIII: 70-101].
- Machín, A. (2018): Riesgo cardiovascular global en un consultorio del Policlínico 28 de enero, [inédito]. La Habana.
- Marcheco, B. (2009): Cuba's National Medical Genetic Program. *MEDICC Rev.* 11(1):11-3.
- Márquez, M., F. Sansó, P. Alonso. (2011): Medicina General-Medicina Familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana, Edit. Ciencias Médicas.
- Martí, J. (1887): Obras completas. Tomo 11. Sobre la Ciencia. Asamblea anual de la "Sociedad para el Adelanto de las Ciencias". La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975: 277.
- Melo O. de, coord. (2013): Medicina sin apellidos. Un debate sobre la medicina natural y tradicional en Cuba. La Habana, Editorial UH.
- Menéndez, E.L. (1992): Salud Pública: Sector Estatal Ciencia Aplicada e Ideología de lo Posible. En *La Crisis de la Salud Pública; reflexiones para el debate.* OPS eds., Washington, D.C., Pub. Cient. 540: 117.
- Menéndez, E.L. (2005): El modelo médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva.* 1(1):9-32.
- Menéndez, E.L. (2008): Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Salud Colectiva. Buenos Aires, Lugar Editorial.* (Notas a pie de página No. 24).

- Mesa, G., González, J., Reyes, M.C., Cintra, D., Ferreiro, Y., Betancourt, J.E. (2018): El sector de la salud frente a los desastres y el cambio climático en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*. 42:89-96.
- Mirowski, P., Van Hom, R. (2005): The Contract Research Organization and the commercialization of scientific research. *Soc Stud Sci*. 35(4):503-548.
- Muzio, V., Quiñonez, Y., Quintana, M. (2011): Vacuna cubana contra la hepatitis B, impacto de un producto biotecnológico en la salud pública. En *Rojas, F., org. Vacunas Cuba 1959-2008*. La Habana, Edit. Ciencias Médicas. Cap.11:133-137.
- Ordúñez, P.O., Cooper, R.S., Espinosa, A.D., Iraola, M.A., Bernal, J.L., La Rosa, Y. (2005): Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control. *Rev Cubana Salud Pública*. 31(4):270-84.
- OMS (2010): Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. 63ª Asamblea Mundial de la Salud.
- OMS (2013): Publicaciones seleccionadas de la sobre medicina natural y tradicional. *Rev Cubana Salud Pública*. 39(4):817-818.
- OMS (2017): Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la comisión de alto nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas. 70ª Asamblea Mundial de la Salud; Cuadro 1 (Anexo).
- OMS (2019): La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, ©2019. En: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- OPS/CDC. (2010): Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. Washington, D. C.: 4.
- Pérez, J.L., Jiménez, D. (2014): El discreto encanto de los medicamentos. *Rev Cubana Salud Pública*. 40(4):349-360.
- Phillips, D., Handelsman, D.J., Eirksson, J.G., Forsen, T., Osmond C., Barker, D.J.P. (2001): Prenatal growth and subsequent marital status: longitudinal study. *BMJ*.:322-771.
- Puig, Y. (2019): Cumplida primera etapa del Gobierno electrónico en Cuba. Granma, La Habana, miércoles 17 de abril. p. 4.
- PloS Medicine Editors. [s. f.]: Ghoswriting; the dirty little secret of medical publishing that just got bigger. *PloS med*. 6(9):e1000156. doi:101371/journals.pmed1000156.
- Real Academia Española. (2001): Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda ed. Madrid, RAE.
- Resik, S., Tejada, A., Más, P., Díaz, M., Carmenate, A. (2010): Randomized Controlled Clinical Trial of Fractional Doses of Inactivated Poliovirus Vaccine administered intradermally by Needle – free Device. *J Infecit Dis*. 201(9):1344-52.

- Resik, S., Tejada, A., Sutter, R., Díaz, M., Sarmineto, L. (2013): Priming Following a Fractional Dose of Inactivated Poliovirus Vaccine. *New Engl J Med.* 368(5):416-24.
- Resik, S., Tejada, A., Mach, O., Fonseca, M., Díaz, M. (2015): Immune response after fractional doses of inactivated poliovirus vaccine using newly developed intradermal jet injectors: A Randomized Controlled Trial in Cuba. *Vaccine.* 33(2):307-13.
- Resik, S., Tejada, A., Díaz, M., Okayasu, H., Sein, C. (2017): Booting Immune Responses Following Fractional – Dose Inactivated Poliovirus Vaccine: A Randomized Controlled Trial. *J Infect Dis.* 215(2):175-82.
- Rojas Ochoa, F., org. (2011): Vacunas Cuba 1959-2008. La Habana, Edit. Ciencias Médicas, cap.4:36-48.
- Rojas Ochoa, F., Silva, L.C., Sansó, F., Alonso, P. (2013a): El debate sobre medicina natural y tradicional y sus implicaciones para la salud pública. *Rev Cubana Salud Pública.* 39(1):107-123.
- Rojas Ochoa, F., Silva, L.C., Alonso, P., Sansó, F. (2013b): La medicina natural y tradicional y la medicina convencional no responden a paradigmas en pugna. *Rev Cubana Salud Pública.* 39(3):571-587.
- Rojas Ochoa, F. (2013c): En defensa de la medicina natural y tradicional avalada por la ciencia [editorial]. *Rev Cubana Salud Pública.* 39(4):623-626.
- Rojas Ochoa, F. (2016a): Extensión de cobertura de servicios de salud. Cuba 1960-2010. La Habana, Edit. West General Trading LTD.
- Rojas Ochoa, F. (2016b): Actor y Testigo. La Habana, Edit Lazo Adentro, cap. 4. Medicina Rural:97-131.
- Rojo, N., Valenti, C., Martínez, N., Morales, I., Martínez, E. (2018): Ciencia e innovación tecnológica en la salud en Cuba resultados en problemas seleccionados. *Rev Panam Salud Pública.* 42:98-107.doi.org/10.266.33.
- Roses, M. La salud mental. (2005): Una prioridad en salud pública en las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 18 (4-5):223-225.
- Sánchez, A., Gorry, C. (2013): Immuno-diagnostics: The convergence of bioethics and public health. *MEDICC Rev.* 15(1):7-10.
- Sansó, F. (2005): Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. *Rev Cubana Salud Pública.* 31(2):138-148.
- Santana, M.C., Esquivel, M., Herrera, V.R., Castro, B.L., Machado, M.C. (2018): Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Pública.* 42:22-30.
- Sigerist, H.E. [Citado por Terris (1992)]. *Tendencias actuales en salud pública de las Américas*. The University at the Crossroad Addresses and Essays.
- Silva, L.C. (2009): Los laberintos de la investigación biomédica. En: Defensa de la racionalidad para la ciencia del siglo XXI. Madrid, Díaz de Santos.



- Silva, L.C. (2011): La industria farmacéutica y los obstáculos para el flujo oportuno de información: consecuencias para la salud pública. *Rev Cubana Salud Pública*. 37 (Supl):51-57.
- Silva, L.C. (2012): El papel de los medios masivos de información en materia de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 38 (supl (5):759-770.
- Silva, L.C., Rojas Ochoa, F., Sansó, F., Alonso, P. (2013): Medicina convencional y medicina natural y tradicional: razones y sinrazones metodológicas. *Rev Cubana Salud Pública*. 39(1):556-570.
- Smith, R. (2003): Medical journals and pharmaceutical companies uneasy bedfellows. *BMJ*. 326(7400):1202-5.
- Smith, R. (2006): The trouble with medical journal. En *London Royal Society of Medicine Press*.
- Sotolongo, F., Campa, C., Casanueva, V. (2013): Vacuna antimeningococica cubana contra los serogrupos B y C:
- Suárez Lugo, N. (2015): El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades. 2da ed. La Habana, Editora Política.
- Terris, M. (1992): Tendencias actuales en salud pública de las Américas. En *La Crisis de la Salud Pública; reflexiones para el debate*. OPS eds., Washington, D.C., Pub. Cient. 540: 2. Washington, D. C.: 185-204..
- Varona, P., Herrera, D., García, R.G., Bonet, M., Romero, T., Venero, S.J. (2009): Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*.35(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-3466200900015&ing=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-3466200900015&ing=es&nrm=iso&tlng=es)
- Vérez, V. (2011): Vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B a partir de un antígeno sintético. En *Rojas Ochoa, F., org. Vacunas Cuba 1959-2008*. La Habana, Edit. Ciencias Médicas. cap. 12:138-142.
- Vela, J., Salas, R.S., Quintana, M.L., Pujals, N., González, J. (2018): Formación del capital humano para la salud en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*. 42:73-79.
- Vialart, M.N., Vidal, M.J., Sarduy, Y., Delgado, A., Rodríguez, A. (2018): Aplicación de la eSalud en el contexto cubano. *Rev Panam Salud Pública*.109-116. doi.org/10.26633/RPSP.2018.19.
- Vidal, M.J. (2019): Estrategias de Informatización del Sector Salud. Cuba 2017-2021. La Habana, ENSAP. [PP].
- Word press (2010): Pandemic. When did the definition change? En: <http://www.insidevaccines.com/wordpress/2010/01/24/pandemic-when-did-the-definition-change/>

En esta ocasión, el Profesor Rojas Ochoa nos entrega un libro breve pero novedoso en su contenido. Salud y Salud Pública. Teoría y Práctica, es una obra estructurada en tres capítulos. En el primero se presenta el desarrollo histórico de los conceptos salud y salud pública, de forma amena y apoyado en ilustraciones que facilitan su comprensión, la tercera es original del autor y refleja su pensamiento sobre estos aspectos sin desconocer a los salubristas clásicos, sino, a partir de ellos.

En el segundo capítulo se menciona diez problemas que afectan la salud de las personas, como son, la medicalización de la sociedad, la violencia, la corrupción, el cambio climático, las migraciones y otros. El tercer capítulo describe cinco conquistas a mantener y cinco metas a alcanzar en salud en el contexto cubano en los momentos actuales. Entre las primeras, el autor otorga el lugar cimero a la creación, desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud, y como “las joyas de una gran corona”: el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Presenta como conquista y como meta, el fortalecimiento de la atención primaria de salud. “El médico especialista en Medicina General Integral que trabaja en la Atención Primaria de Salud es el médico más importante en el Sistema de Salud”. Incorpora entre las metas, la informatización del Sistema Nacional de Salud y el desarrollo en el área de la ciencia, técnica e innovación. Se trata de un texto de consulta para salubristas y no salubristas, útil para ampliar y actualizar sus conocimientos y para descubrir razones que lo pudieran llevar, desde sus posibilidades, a realizar acciones en aras del desarrollo de la Salud Pública Revolucionaria cubana.

Francisco Rojas Ochoa es Profesor e Investigador de Mérito, Doctor en Ciencias Médicas y Académico de Mérito. Ostenta la Orden “Carlos J. Finlay”.



[www.ecimed.sld.cu](http://www.ecimed.sld.cu)

ISBN 978-959-313-766-9

