

**UNIVERSIDAD DE LA HABANA
CENTRO DE ESTUDIO DE SALUD Y BIENESTAR HUMANOS**

LA SANOLOGIA HOY

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques
Miembro activo de "The New York Academy of Sciences"

Diciembre de 1996

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques, 1997

A Marian, Jorge y Beatriz

INDICE

<u>Sanología: paradigma alternativo</u>	1
<u>Medicalización de la vejez: peligro evitable</u>	7
<u>Políticas de salud-bienestar y tareas de la epidemiología</u>	10
<u>Una reflexión amiga</u>	15
<u>El segundo milagro cubano de salud</u>	23
<u>El manifiesto humanista, más allá de sanología</u>	26

SANOLOGIA: PARADIGMA ALTERNATIVO

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques

Sanología: (palabra inexistente en el idioma español) es un proyecto interdisciplinario académico y de servicios del Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos la Universidad de La Habana con un lustro de existencia.

Es un marco conceptual holístico orientado a la búsqueda de nuevos conocimientos sobre el aspecto olvidado del Proceso de Salud-Enfermedad humano: la salud.¹ Comienza a ser teoría y práctica para la protección, fomento y generación de la vitalidad positiva de los individuos sanos o enfermos y las colectividades.

Aspira a ser una nueva cultura humanista, vector reformador de las políticas públicas y los sistemas sanitarios y educacionales. Comienza a erigirse en ideología saludable y loable utopía en la alborada del próximo milenio, fundamento de políticas de salud más allá de la atención sanitaria tradicional, rasgo de la futura era post-médica.

Sanología es, en síntesis una metaconcepción humanista con un componente médico consecuente con el principio dialéctico de que no hay nada mejor para la práctica que una buena teoría. Tiene un tronco martiano y su orientación rectora estratégica es el desarrollo de la salud de los sanos, priorizando a las nuevas generaciones.²

Sanología posee cuatro funciones rectoras:

- ◆ Teórico-crítica, de redimensionamiento del ser humano.
- ◆ Epistemológica, al hacer su contribución a la creación de la ciencia única del hombre anunciada ya por Marx en sus escritos tempranos de naturaleza multi-inter y transdisciplinaria,
- ◆ Práctica liberadora, por contribuir al suicidio de la medicalización enajenante al materializar la idea de Martí de que cada vez más cada uno sea médico de sí mismo y los suyos.
- ◆ Antihegemónica, porque es un mensaje desde el Sur para el Norte y el Sur de la humanidad, en etapa de globalización de los poseedores y reflujos revolucionario que se anuncia prolongado. Con otras palabras, es ingrediente indispensable de la globalización solidaria de los pretéridos.

La categoría central de la **Sanología** es Proceso Salud Enfermedad (PSE), expresión de la relación histórico concreta y cultural específica del sujeto individual o colectivo y su medio vital, así como reflejo de la vitalidad del hombre en su grado correspondiente de libertad.³

Consecuente con este redimensionamiento del PSE, **Sanología**, vértebra su ideal higiénico humanista a través del desarrollo de racionalidades sociales saludables con justicia social y desarrollo sustentable, forjadoras de panoramas más ecológicos que tecnológicos, mediante políticas de salud más allá de la atención sanitaria tradicional.

Este ideal higiénico humanista incluye no sólo el bienestar físico, síquico y social individual, sino también el desarrollo multilateral de personalidades salubérrimas. Con palabras de los griegos *mente sana en cuerpo sano*, vinculado a familias estables, ambientes seguros, necesidades básicas satisfechas y comodidades, trabajos creativos y accesibles, despliegue de la solidaridad y la colectividad, grupos sociales de apoyo vita-

les, posibilidades de elección de estilos de vida saludables, eliminación de la pobreza, servicios de salud reformados con orientación rectora, promocional y preventiva, eficientes, eficaces y efectivos, descentralizados pero no desarticulados y con amplia participación comunitaria.

Importantes son los problemas conceptuales y metodológicos vinculados a la determinación del PSE. Su modelo es diamante, sistema en el que existen refuerzos mutuos entre sus elementos constitutivos a través de una tupida red no lineal de causa-efecto y en el que el efecto positivo o negativo de uno de ellos, depende del estado y provoca a su vez, efecto en los demás.⁴ Tal enfoque no debe prescindir de la consideración de que el núcleo duro, del modelo diamante de la determinación es la relación del sujeto y su medio vital, así como debe aproximarse a la modelación matemática de su dialéctica, que incluye, como es lógico, la dinámica del vínculo entre las regularidades del PSE colectivo y el individual.

Uno de los campos particulares en los que se multiplica la **Sanología** es la sanoclínica que es el marco conceptual y metodológico de síntesis para el estudio del individuo presuntamente sano,⁵ como también se desarrollan la Sanoepidemiología, Sanología, Sanoeconomía, Sanocultura, Sanomediología, etc.

Comienza a ser la teoría y la práctica para el autoconocimiento, diagnóstico, pronóstico e intervención para la protección y el florecimiento de la vitalidad de sanos y enfermos. Investiga y promueve los factores sanógenos de naturaleza socio, sico, biológicos, medioambiental y médico-sanitarios, más allá del riesgo que resultó de la epidemiología moderna.

Sanoclínica entiende la salud como futuro estado natural del hombre en términos de vitalidad libre, mas allá del imprescindible bienestar individual y no sólo como ausencia de enfermedades, lesiones, discapacidades o de minusvalías.

También desarrolla la idea de Henry Sigerist sobre la salud del individuo de naturaleza homeostásica:

"Buen balance entre cuerpo y mente y buen ajuste a su entorno físico y social. El está en total control de sus facultades físicas y mentales y puede adaptarse a los cambios del ambiente tanto como ellos no excedan los límites permisibles. Contribuye al bienestar de la sociedad acorde a sus habilidades. Salud es, por lo tanto, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación consciente de las responsabilidades que la vida pone sobre el individuo".⁶

Sanoclínica operacionaliza al individuo presuntamente sano como aquel que armoniza el sentirse bien, el desempeño social racionalmente activo y una clínica saludable. PSE es un "continuum" de diferentes grados de vitalidad, donde incluso la salud puede ser desarrollada.⁷

Con economía de palabras, sanoclínica es:

- ◆ Rescate del humanismo secular de la medicina y de la importancia de la clínica.
- ◆ Estudio de la armonía del individuo y su medio vital e intervención participativa y democrática.
- ◆ Prioridad de la totalidad sistémica sobre la parte orgánica.



El marco institucional de la **Sanología** es de naturaleza educativo, cultural e intersectorial, incluye, entre otros los instrumentos de servicio de sanoclínica: clínica del sano o servicios de sanoclínica, según las posibilidades de servicio.

Estos instrumentos se fundamentan en la interacción con toda persona que quiera sentirse mejor a través del desarrollo de relaciones intersubjetivas y no objetuales (RIS: relación individuo-sanólogo), no tratan médicamente las enfermedades aunque canalizan su atención y se apoyan en el uso de medios automatizados que permiten computarizar la historia clínica sanológica documento rector y base de datos para investigaciones retrospectivas, transversales y prospectivas sobre la salud humana.

El *know how* de la clínica del sano o de los servicios de sanoclínica se concreta en:⁸

1ra. fase: Autoevaluación del estilo de vida y el riesgo de un evento coronario u obstétrico computarizada e interactiva.

2da fase: Examen clínico por la enfermera sanóloga (interrogatorio) y el médico integralista sanólogo (examen físico e historia sico-social); realización de prueba de aptitud física y eritrosedimentación, además de otros complementarios, estos últimos cuando por el examen clínico se considere imprescindible. Conclusión diagnóstica de presunción de lo sano con o sin riesgo (en diferentes niveles) o enfermos, en discusión colectiva del equipo sanológico (médico y enfermera). Determinación del pronóstico y la ruta individual de la salud como guía para la acción y no como dogma, más como opciones que como decretos, mediante el consenso del individuo y el equipo sanológico.

3ra. fase: Segundo nivel profesional no obligado a seguir, tan diverso como permitan las posibilidades. Como mínimo se ofrecerán dinámica de grupo por personal especializado que aborden educativamente los factores sanógenos y de riesgo de conjunto o por separado.

La clínica del sano o el servicio de sanoclínica mantendrá la supervisión preventiva sobre los usuarios una vez al año, mediante la visita personal de este o la comunicación sea oral o escrita. Los instrumentos de sanoclínica complementarán su actividad con:

- ◆ Centros de documentación y librerías de la salud.
- ◆ Videotecas.
- ◆ Cafeterías orientadas a la alimentación sanogenética.
- ◆ Salas de música.
- ◆ Farmacias de productos naturales.
- ◆ Servicios de técnicas orientalistas.
- ◆ Gimnasios terapéuticos y servicios de belleza.
- ◆ Baños de vapor y saunas.
- ◆ Ventas de equipos médicos sencillos y de cultura física, así como posibilidades de enseñanza para su uso correcto.
- ◆ Clubes de sanos y otras formas de agrupación informal (ejemplo: Sociedad de No Fumadores) .
- ◆ Buroes de turismo de salud con opciones de playas, centros recreativos, centros anti-distrés, etc.

Se analiza la posibilidad de crear Instituciones de estancia diurna educativo culturales de corta estadía.

PRINCIPALES RESULTADOS DEL PROYECTO SANOLOGIA DEL CESBH

- ◆ Trabajo del grupo interdisciplinario en la Universidad de La Habana.
- ◆ Actividades de educación postgraduada: Taller Nacional, materia de cursos de Medicina.
- ◆ Social en Cuba y el extranjero (México) y Conferencias Magistrales (ídem).
- ◆ Publicaciones nacionales: "Sanología como Proyecto", "Temas de Sanología" y "Salud es mucho más". En prensa, "Cuadernos de Sanología".
- ◆ Publicaciones Internacionales: "Sanoclínica", revista Panorama, Colombia,
- ◆ Aproximaciones al marco conceptual de la **Sanología**, revista Interciencia, Venezuela.
- ◆ Trabajos periodísticos en Granma Internacional Juventud Rebelde, Prensa Latina, Ahora, ¡Por Esto! y Notimex.
- ◆ Preparación de especialistas de Medicina General Integral de los Policlínicos Turcios Lima y Luyanó e inicio de los servicios de sanoclínica.
- ◆ Introducción de la **Sanología** en el curriculum de estudios de la carrera de medicina.
- ◆ Preparación del programa de la **Sanología** como asignatura optativa de todas las carreras de la Universidad de La Habana.
- ◆ Automatización de la historia clínica del individuo presuntamente sano (segunda versión).
- ◆ Resultados del estudio sanoclínico de 100 adultos sanos de un sector del médico de la familia:
 - Sólo un 28 % tienen un Estilo de Vida (E.V.) salubérrimo y un 33 % un E.V. no saludable.
 - Más de 80 % poseen nutrición no higiénica y más de 60 % no son físicamente activos (\pm mujeres).
 - Fuman y beben (esto último no en exceso) aproximadamente 50 % al igual que con afectación de la autoestima, sí como más de 30 % tiene problemas de sueño y distrés (\pm mujeres).
 - Declaran vida desordenada, incluidos los aspectos sexuales, más de 20 % (\pm hombres).
- ◆ Tiene un riesgo coronario discreto 70 %, sin evaluación de colesterol.
- ◆ Tiene antecedentes de longevidad familiar 75 % y pertenecen a familias funcionales más del 85 %.
- ◆ El reexamen clínico fue negativo en el 100 %.
- ◆ Se confirma la paradoja de la salud: 32 % tiene la percepción que su estado de salud es regular o malo (la mayoría hombres).
- ◆ Debates científicos multidisciplinarios con nuevos interlocutores físicos teóricos, biólogos sistemáticos, antropólogos, matemáticos no lineales, historiadores, artistas, etc.
- ◆ Pasos iniciales para emprender proyectos académicos y de servicios a pequeña escala en el Hospital C.Q. Docente Joaquín Albarrán y el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular así como en Instituciones de la capital.

- ◆ Vertebración de un gran proyecto bilateral académico y de servicios entre la Universidad de La Habana y el Instituto Superior Politécnico "José Antonio Echeverría" en el cual **Sanología** incorpora a su debate en marcha, los aspectos ingenieriles.
- ◆ Búsqueda de nuevos horizontes con la relación con la Medrología (abrazo de meta-concepciones sobre problemas del hombre en el marco de la epistemología de la complejidad) y de nuevos espacios en la comunidad con la multifacética actividad religiosa.
- ◆ Autofinanciamiento por vías diversas en Cuba y el extranjero.

ULTILOGO

No hay epílogo, porque **Sanología** no es sólo un punto de llegada⁹ sino que también es un punto de partida para una larga carrera de resistencia por la felicidad humana, orientada a transformar la conciencia cotidiana sobre el valor de la salud vinculando en un haz la responsabilidad personal y social para con ésta.

Con solo 30 años José Martí (1853-1895) apóstol y maestro escribió ideas como éstas:

"Se dan clases de Geografía Antigua, de reglas de retórica y de antañerías semejantes; pues en su lugar deberían darse cátedras de salud, consejos de higiene, consejos prácticos, enseñanza clara y sencilla del cuerpo humano, sus elementos, sus funciones, los modos de ajustar aquellos a estas y ceñir éstas a aquellas, y economizar las fuerzas y dirigir las bien para que no haya después que repararlas. Y lo que falta no es ansia de aprender a los discípulos; lo que falta es un cuerpo de maestros capaces de enseñar los elementos siquiera de las ciencias indispensables en este mundo nuevo".¹⁰

Tal misión es la rectora de **Sanología** la educativo cultural vinculando los sueños humanos al realismo económico, político y sanitario.

Montreal, Junio 14 de 1996.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldereguía, J.: La Sanología como proyecto. Universidad de La Habana, 1992.
2. Aldereguía, J.: Sanología, Sanoclínica y Medicina Interna. Rev. Finlay (en prensa), 1994.
3. Aldereguía, J.: Problemas de Higiene Social y Organización de Salud Pública. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de La Habana, 1990.
4. Porter, M.E.: La ventaja competitiva de las naciones. Revista Facetas, No. 1, 1991; Estados Unidos de América.
5. Aldereguía, J.: Sanoclínica. Revista Panorama, No.1, 1993, Colombia.
6. Sigerist, H.: Citado por M.,Terris en "Estilos de vida saludables: perspectivas de la epidemiología" Rev. Finlay, vol. 5, No. 4,1991, Cienfuegos, Cuba.
7. Terris, M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Editorial Siglo XX, 2da. Edición. México, 1982.
8. Aldereguía, J. Meditaciones sobre la salud del individuo (inédito). Ciudad de La Habana, 1995.
9. Aldereguía, J. y Núñez J.: Aproximaciones al marco conceptual de la Sanología. Rev. Inter-ciencia, No.2, 1992, Venezuela.
10. Martí, J. Citado por Aldereguía, J. et al en Cuadernos de Sanología. ECIMED, 1996. Ciudad de La Habana, Cuba (en prensa).

MEDICALIZACION DE LA VEJEZ: PELIGRO EVITABLE

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques y Prof. Cándido López Pardo

La regularidad demográfica mundial de la tendencia al envejecimiento de la población plantea a las políticas de salud y sanitarias evitar los peligros inherentes a la medicalización de la tercera edad, no sólo ya por sus costos elevados si no también por los problemas humanos, médicos y éticos asociados. El análisis teórico conceptual del problema es de trascendental importancia. Es posible lograr vitalidad, bienestar y desempeño positivo en la vejez con políticas sanógenas que se inician desde la infancia y continúan a lo largo de la vida.

El proceso salud-enfermedad en la tercera edad, requiere de consideraciones particulares y dinámicas en la relación a lo normal y lo patológico.

La inevitable involución de estructuras y funciones con el tiempo del organismo humano no es sinónimo de enfermedad crónica degenerativa. El indiscutible lugar de la medicina en la atención de los problemas de la vejez no rivaliza con el protagonismo de la preocupación y ocupación de toda la colectividad social.

En Cuba diversos factores, tanto de índole demográfica como económico, político y social, han determinado un envejecimiento de su estructura poblacional, cambios que se han acentuado en los últimos años. Actualmente más de uno de cada diez habitantes rebasa los 60 años. Existe el consenso entre especialistas que en Cuba el principal problema demográfico prevalente es el acelerado envejecimiento de la población.

Este tránsito de la estructura de la población hacia las edades más avanzadas impacta en diversos ámbitos, entre ellos el Estado de Salud de la Población (ESP) de este segmento poblacional como consecuencia de múltiples causas y factores asociados a su bienestar.

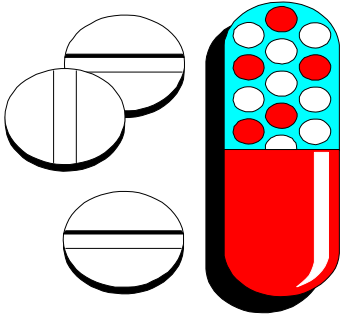
En Cuba el problema se ha tornado singular vinculado al deterioro económico y al complejo desarrollo social que ha caracterizado al país, esencialmente en el último lustro.

El envejecimiento poblacional es por otra parte un proceso indetenible. Luego el problema requiere una profunda reflexión desde el ángulo del ESP.

En el caso que nos ocupa, aún más ante la aparatología moderna y la medicalización creciente de la sociedad contemporánea, podría cuestionarse ¿qué anciano está sano? Como también, ¿hay ocultas aspiraciones de inmortalidad individual del ser humano? En nuestra consideración si hay y puede haber viejos sanos, aunque sea incuestionable la mortalidad del ser humano.

Tales respuestas exigen un replanteamiento conceptual, metodológico, práctico y cultural del PSE en la tercera edad cuestión que se torna vital por la creciente tendencia objetiva al envejecimiento de la población incluida la feminización de la vejez y su alienación, tanto en el Norte como en el Sur.¹

La evolución biológica dotó a nuestra especie (*homo sapiens*) de potencialidades para tramontar la vida más allá de su fase reproductora y depositó la semilla de su inmortalidad.



dad en la vida de su descendencia. En complemento con ello, la forma social de movimiento limito como mecanismo evolutivo a la selección natural y estructuró cada vez mejor la selección social así como junto a la información genética, a la transmisión cultural de la información.

Se ha conformado la interesante hipótesis de base cibernética que entre nuestros antepasados, junto a la información hereditaria más estable, fue primero el mecanismo "haz como yo" y después el mecanismo "maestro" los que aseguraron el traspaso generacional de la cultura. Fue necesario que la evolución

biológica redujera el tamaño del cerebro y con ello la agresividad intraespecífica de nuestra especie, lo que contribuyó a gestar el altruismo como cualidad genuinamente humana que permitió la subsistencia de los viejos entre los débiles, en los cuales y hasta el nacimiento de formas institucionales como la escuela, asentó el mecanismo "maestro" de transmisión de la cultura.

Con economía de palabras, la vejez es mucho más que prolongación de la vida en el tiempo; es posibilidad y realidad de continuidad vital en la educación de nuestra filialidad; es mecanismo para la transmisión de la cultura y es también venerable, porque resultado del altruismo y la solidaridad del que tanto necesita impregnarse el comportamiento humano contemporáneo.²

Ese probable altruismo entre los homínidos, social y biológicamente condicionado, hoy exige nuevas formas de expresión más evolucionadas y modernas.

El paradigma medicalizador es por su naturaleza misma cercenador de la libertad y plenitud humana porque:

- ◆ Enajena la salud de su dueño, el ser humano de la tercera edad, al hacerlo medicodependiente y desarrollar la medico dicción.
- ◆ Fundamenta el diagnóstico del PSE más en una relación objetual médico-aparato-paciente) que en una intersubjetiva.
- ◆ Hiperboliza la taxonomía anatomo patológica sobre la funcional volitiva.³
- ◆ Evalúa el proceso de envejecimiento más como enfermedad o conjunto de ellas que como involución, más como solución de continuidad que como declinación.
- ◆ Puede jerarquizar equivocadamente la determinación del PSE por los estilos de vida o los servicios de salud (nadie niega su trascendencia) sobre la genética, los ambientes peligrosos, la alienación, la falta de acceso a las necesidades básicas y las comodidades, los trabajos despersonalizados y monótonos, y la pobreza.⁴
- ◆ Sobrestima el papel de las instituciones médicas sobre las sociales de atención al anciano, del médico sobre la familia.⁵
- ◆ Subutiliza el papel social y cultural de las personas de la tercera edad en la protección y el fomento de la salud de la familia, los grupos sociales, la comunidad y la sociedad en general.

Una estrategia sanológica no medicalizadora entre los ancianos es una nueva forma de altruismo, un nuevo humanismo en la alborada del siglo XXI. Su objetivo liberador es la involución saludable, donde hay lugar para el bienestar y la felicidad personal y tiene su punto de partida en la protección y fomento de la salud de los sanos desde la concep-

ción y en las edades tempranas. Cuando no es posible la involución saludable entonces se aspira a la máxima posposición posible de las enfermedades crónico degenerativas, a que impidan cada vez menos el funcionamiento social restrictivo del anciano y afecten lo menos posible la calidad de la vida. Cada día más la muerte a su momento correspondiente deberá ser un hecho natural y no un acto de sufrida despedida.

Son grandes las dificultades por la cultura médica y popular dominante para romper con los estereotipos que identifican a los ancianos como pasivos, crónicamente enfermos, con sexualidad disminuida, etc. Es un problema crucial de la gerontología y la geriatría delimitar mejor la tercera y la cuarta edad y continuar dilucidando la correlación de lo normal y lo patológico entre los sesenta y ochenta años. Aquí se conjugan varios factores:

- ◆ En las Américas, por ejemplo, los mayores de 85 años crecerán del 7,70 % de la población al 12,40 % y los mayores de 80 años del 1,50% de la población al 2,30%, según los pronósticos entre el 1990 y 2025. Pero en Canadá, por ejemplo, ello será del 11,50 al 18,60 % y del 2,40 al 4,10%, respectivamente.
- ◆ La diferenciación que se establece entre la normalidad fisiológica y la estadística, donde abundan las definiciones rígidas y el no tratar variables como la tensión arterial o el colesterol sérico como un "continuum".
- ◆ El promedio de duración de la vida humana que Fries ha estimado en unos 85 años, con variaciones interindividuales entre 70 y 100 años.⁷
- ◆ La adecuada correlación de lo normal y lo patológico por la no renovación en los individuos de las células del músculo cardíaco, del SNC, del colágeno o de proteínas como la del cristalino, entre otras.

Para la protección y el fomento de la salud en la tercera edad se vuelven trascendentes nuevos enfoques para la medición de la salud, dominados hasta el presente por la evaluación más o menos sofisticada de la morbilidad y la mortalidad.

La posesión de un cuadro global de los conocimientos, valores, actitudes, comportamientos e intenciones de las personas para con su salud es asequible por la autoevaluación del estado de salud. Un ejemplo de ello lo fue el *The Active Health Report*.⁸ La medición subjetiva no compite sino que complementa la evaluación por indicadores tradicionales porque nos aporta nuevas dimensiones de la información sobre la salud. Hay que tomar en cuenta al menos tres elementos en cuanto a la autoevaluación de la salud en la tercera edad: el primero, la necesidad del trabajo interdisciplinario por las complejidades metodológicas del proceso lo que induce a la más amplia participación de los científicos sociales, el segundo, la distancia existente entre lo que las personas piensan hacer sobre su salud y lo que realmente hacen; y el tercero, la marcada tendencia de las personas de la tercera edad a devaluar su estado de salud actual al compararlo con experiencias juveniles.

Otro enfoque prometedor a causa del fenómeno del envejecimiento lo es la creciente importancia de los resultados funcionales de la salud. Aquí no resulta tan protagónica la tenencia de morbilidad crónica sino la evaluación del desempeño activo en la vida cotidiana a lo que contribuye la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Un relativo nuevo indicador llamado esperanza de salud creado en 1982, en Canadá, por R. Wilkins y O. Adams calcula la esperanza de vida ajustada para tener en cuenta los años de discapacidad, estimados según encuesta nacional y evalúa por ello junto a la extensión, la calidad de la vida.

Un procedimiento importante es la evaluación del funcionamiento de la comunidad y las familias a través de la medición de variables como su compromiso con las personas de la tercera edad; su capacidad para percibir las situaciones con claridad, expresarlas, frenar los conflictos y adaptarse, el grado de participación de la comunidad y las familias en sus asuntos y sus manejos de las relaciones con la sociedad en general, entre otros. En pocas palabras, evaluar sus capacidades intrínsecas de asumir el control de sus intereses con las personas de la tercera edad y producir cambios favorables que los integren a su funcionamiento general.⁹

La mayor vulnerabilidad de los ancianos a la afectación de su salud exigen una evaluación detallada del macro-medio social en que se desenvuelven. El nivel de satisfacción de las necesidades básicas y una adecuada evaluación de los niveles de equidad social tienen un lugar protagónico, en especial la distribución, control y eliminación de la pobreza.

Hemos intentado una aproximación medico social y epidemiológica a los problemas del PSE en la tercera edad y su atención por la sociedad y la salud pública así como una clarinada contra su medicalización enajenante, económicamente insostenible, socialmente adictiva y humanamente no altruista. Las soluciones no son fáciles pero dependen de nosotros mismos con políticas de salud equitativas y sanógenas, más allá de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldereguía, J. y Y. Komarov: Tendencias contemporáneas de la salud de la población. p. 10-13. Editorial U.A.Y. Mérida, Yucatán, 1991.
2. Aldereguía, J.: La Sanología como proyecto. P 26. Universidad de La Habana, 1992.
3. Espinosa, A. et al: Guías y procedimientos de prevención, diagnóstico y atención medica Marcadores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Vol. 8 No. 1; p. 57-66. Cienfuegos, 1994 (Revista Finlay).
4. Buck, C.: Después de Lalonde: hacia la generación de salud. Boletín de la OPS, p. 10-14 Washington, 1984.
5. O.P.S.: Las condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica 549. Vol. 1 p. 90-101. Washington, 1994.
6. Naciones Unidas. World Population Prospects: The 1992 Revisión. Nueva York, 1993.
7. O.P.S.: El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación Científica 505, p.166, Washington, 1988.
8. Epp, J.: The Active Health Report Ottawa. Departamento Nacional de Salud y Asistencia Social, 1987.
9. White, K.: La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva canadiense. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 108 (1). Washington, 1990.

POLITICAS DE SALUD-BIENESTAR Y TAREAS DE LA EPIDEMIOLOGIA

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques y Prof. Cándido López Pardo

Más allá de la atención sanitaria y sin romper su vínculo orgánico con ésta, las nuevas políticas de salud exigen de un fundamento científico. A él hará una contribución protagónica la epidemiología de fuerte contenido médico social asegurando su desarrollo futuro como ciencia, a través del carácter integral e interdisciplinario de sus investigaciones sobre la salud de la población en todas sus dimensiones, su autonomía y vínculo con la clínica y la armonización de teoría y práctica en su existencia profesional y educativa. Líneas maestras de esta proyección pudieran ser la epistemológica, como por ejemplo, la reconceptualización del proceso salud-enfermedad y sus determinantes de salud nuevos o aún mal comprendidos, así como la mejor precisión de riesgos y grupos más vulnerables; del impacto sobre la salud de la población y sus individuos de los servicios de salud, incluidas las tecnologías preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.

Las nuevas políticas de salud emergen en un contexto muy complejo, caracterizado por el establecimiento de un Nuevo Orden Mundial en lo económico y lo político, la agudización de las iniquidades sociales, el desarrollo científico y tecnológico vertiginoso, la exacerbación de nacionalismos étnicos, religiosos e históricos con sus consecuencias negativas para la paz, el deterioro del medio ambiente y la imposición de prácticas neoliberales. Surgen también cuando existe un reconocimiento generalizado de la crisis de la salud pública contemporánea por la incapacidad de la mayoría de las sociedades de proteger y promover su salud en forma sostenida y por la necesidad del tránsito de la salud pública del espacio actual al que se afirma al nuevo espacio potencial que debe ocupar.¹

Comprender las complejidades del contexto, sus amenazas y oportunidades, contribuye decisivamente al propósito que debe animar las políticas de salud de dar un rostro más humano al próximo siglo porque su misión es la mejoría creciente y sostenida de la salud de la población y sus diferentes grupos sociales como ingrediente sustancial del bienestar de la sociedad y sus individuos, mediante un sistema coherente y perfectible de medidas económicas y sociales y médico sanitarias ajustado a las condiciones histórico concretas y cultural específicas.

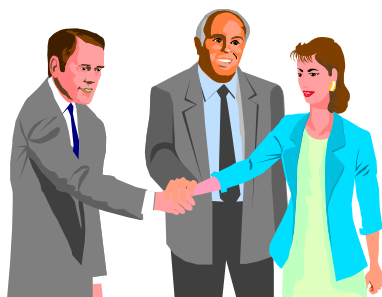
Tal misión humanista presupone la identificación de los problemas prioritarios de salud colectiva y de los fundamentos científicos de una plataforma de acción sobre los mismos. La epidemiología con una historia mas que centenaria acumula sobradas experiencias y potencialidades para contribuir decisivamente a estas exigencias. El presente trabajo tiene como objetivo contribuir al necesario redimensionamiento de la epidemiología futura en su vínculo con las políticas de salud más allá de la atención sanitaria.

La epidemiología como ciencia posee un objeto de estudio, la salud de la población y sus determinantes, un método de naturaleza médica-estadística-social y una práctica asociada, la salud pública. Acorde a la amplia misión enunciada de las políticas de salud la epidemiología debería transitar de la parcialidad orientada a la enfermedad y el riesgo, a una mejor comprensión de la totalidad del proceso salud-enfermedad colectivos como

componente del fortalecimiento de la interdisciplinariedad de su método integrando más, en primer lugar, las ciencias sociales y a la búsqueda de un balance más adecuado de lo social y lo médico en la nueva salud pública.

Las prioridades de las políticas de salud, deberían ser:

- ◆ Reducir las iniquidades sociales minimizando progresivamente las brechas entre países del Norte y el Sur, y el Sur y el Sur, así como las existentes al interior de los países.
- ◆ Transformar positivamente las condiciones y el modo de vida para crear racionalidades sociales saludables que permitan la elección de estilos de vida.
- ◆ Difundir la adopción de estilos de vida sanos por los individuos capaces de proteger y generar salud.
- ◆ Proteger el medio ambiente de su contaminación y degradación.
- ◆ Reordenar los servicios de salud para hacerlos más accesibles, calificados, eficaces, eficientes, efectivos y humanos sobre la base de la atención primaria de salud.



Las evidencias acumuladas del alcance limitado de la atención médica para el mejoramiento de la salud de la población llevan a concebir el ámbito de actuación de las políticas de salud en el marco de racionalidades sociales saludables que promueven sistemas funcionales articuladores de lo económico social, político, jurídico, ideoespiritual, cultural y médico sanitario que derriben las barreras sectoriales tradicionales, posibiliten la elección de estilos de vida sanos, el cuidado del medio ambiente y la equidad en la vida social y la práctica de los servicios de salud. En función de estas prioridades, la epidemiología futura deberá evidenciar las grandes causas vinculadas al desarrollo social que determinan el proceso salud-enfermedad. En esta dirección son incluíbles, por ejemplo, la utilización de categorías como clases social, grupo ocupacional, modo de vida urbano y rural, ambientes peligrosos, necesidades básicas y comodidades, desempleo, trabajos distresantes y despersonalizadores, aislamiento y alienación, así como su operacionalización interdisciplinaria como variables.

También lo es, el desarrollo de una epidemiología de las iniquidades donde la categoría pobreza ocupa un lugar principal, no sólo ya en su comprensión limitada de falta de condiciones de vida para una existencia digna sino en una concepción más amplia que la hace equivalente a una inyección de veneno que insensibiliza gradualmente las facultades del individuo, lo vuelve incapaz de discernir con claridad las mejores cualidades de su propia personalidad, lo despoja del sentido de iniciativa, erosiona su confianza y le impide proyectar sus rasgos esenciales hacia el mundo que lo rodea. Desequilibra al hombre en la dirección equivocada, saturando su vida con las condiciones ineludibles de la miseria, de lo mezquino y de la actitud de desaliento del de abajo.² Esta caracterización de Rollo Walter Brown se refiere a la pobreza crónica, la que también es capaz de crear rasgos similares en la psicología social de las poblaciones preteridas. La pobreza, por tanto, sintetiza elementos nocivos para el proceso salud-enfermedad de índole socio-psico-biológicos, medio ambientales y médico-sanitarios y no es solo expresión de la precariedad de los ingresos y el consumo; es una permanente amenaza a la estabilidad social y la paz del mundo y los países.

Macro-objetivos de las políticas de salud han de ser la progresiva disminución de la mortalidad y la discapacidad prematuras, la morbilidad así como el mejoramiento del crecimiento y desarrollo físico y funcional normales, de la capacidad de rendimiento, de la planificación familiar y el bienestar integral de las personas. Tal orientación elude la limitación que impone el reduccionismo de objetivos relacionados con la prestación de servicios a la población, incluidos los de atención médica, práctica común en la salud pública tradicional y sitúa las políticas de salud de cara a su finalidad el mejoramiento de la salud de la población y sus diferentes grupos sociales.

Corresponderá a la epidemiología ofrecer elementos científicos para cuantificar estos objetivos por los principales grupos de edades y sexo con un enfoque de género, interpretar el proceso salud-enfermedad como un continuum, expresión de diferentes grados de vitalidad, bienestar y desempeño activos; intensificar los estudios de las enfermedades aún mal comprendidas, como por ejemplo las mentales y las llamadas mal comprendidas, como por ejemplos, las mentales y las psicosomáticas, así como la investigación de nuevos riesgos ocupacionales, ambientales y los factores constructivos de salud positiva. El enfoque de género ya mencionado crecerá en su importancia como también lo será la identificación de nuevos grupos de población expuestos a mayor riesgo.³

De mucha trascendencia es el campo científico de la medición del estado de salud de la población. Sin querer establecer dicotomías irracionales, hasta el presente han dominado los enfoques de la calidad de la muerte sobre los de la vida, de evaluación de la discapacidad sobre el rendimiento y la felicidad, de la morbilidad sobre la sanidad y de la expresión parcial del proceso salud-enfermedad sobre su totalidad. De gran perspectiva es aquí, por ejemplo, una sustancial relación entre la epidemiología y la clínica con un vínculo capaz de articularlas en la promoción o la prevención, el diagnóstico y el pronóstico en el proceso salud-enfermedad.

Las políticas de salud pueden ejecutarse con la ayuda de diferentes instrumentos entre los cuales se destacan la programación del desarrollo económico y social que incorpore, junto a los reguladores tradicionales, los higiénicos en condiciones de equidad; los impuestos a productos nocivos para elevar su precio y disminuir su consumo; las subvenciones en dos direcciones: lograr precios asequibles de los productos más saludables y disminuir progresivamente la producción de los nocivos reconvirtiendo sus bases agrícolas e industriales con el aseguramiento debido a sus productores; las regulaciones administrativas que prohíben prácticas nocivas a la salud en lugares públicos y daños al medio ambiente; la seguridad social para todos; un reordenamiento de los servicios de salud hacia su universalidad y orientación preventiva; el desarrollo educacional general y en particular, la educación en salud y la estimulación económica y moral a los resultados saludables de los individuos, las familias, las instituciones y las localidades.

Es un reto para la epidemiología en la búsqueda de la mayor racionalidad de las acciones de la política de salud, no perder de vista el objetivo central de sus funciones: la evaluación del impacto sobre la salud de los diferentes programas y procedimientos y no de sus aspectos puramente económicos, sociológicos y administrativos. Un ejemplo de ello, lo es el reordenamiento de los servicios de salud en condiciones de equidad. Las respuestas de la investigación epidemiológica acerca del impacto sobre la salud son básicas para la adecuada planificación, organización, dirección y control de los programas de atención primaria, secundaria y terciaria, pública y privada, de las diferentes formas de descentralización y participación comunitaria así como de atención médica y de enfermería. En el contexto de la revolución científico-técnica se debe también evaluar el impacto

de las nuevas tecnologías preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación para así contribuir a que tenga un basamento científico su asimilación a la práctica de la salud pública excluyendo influencias coyunturales injustificadas. Si ello es importante para todos los países, lo es en primer lugar para los del Sur agobiados por complejos problemas de salud, escasos de financiamiento y necesitados de adoptar las decisiones más racionales, del mayor beneficio y el menor costo.

Las políticas de salud deberán ser definidas por las instituciones estatales al más alto nivel como resultado de una práctica democrática que asegure la búsqueda del consenso y la activa participación de la población. A este proceso deberá hacer una contribución decisiva el sector salud, sus instituciones y su personal calificado. La formulación general de las políticas de salud se complementa con su adecuación a la realidad concreta de las localidades asegurando la participación comunitaria. Su ejecución la hacen las diferentes estructuras gubernamentales y no gubernamentales, las instituciones de todo tipo, las comunidades, las familias y los individuos mediante el adecuado balance de sus responsabilidades específicas. No hay recetas universales pero si experiencias de lo perjudicial de prácticas privatizadoras o estatizadoras a ultranza.

Al proceso de definición y ejecución de las políticas de salud la epidemiología deberá hacer un aporte sustancial como, por ejemplo, reafirmando evidencias y brindando otras nuevas que enriquezcan las potencialidades de la educación en salud en su dimensión real. Esto es la transmisión de información para todos que fomente hábitos y valores que generen comportamientos saludables, y como recurso movilizador de apoyo a las políticas de salud propiciando el consenso y la participación activa de la comunidad. Todo ello se apoyará en el trabajo de los medios masivos de comunicación y la integración de la educación en salud a todo el sistema educativo, incluida la enseñanza universitaria. En vínculo con lo anterior está también la creciente tarea de la epidemiología en una formación de profesionales y técnicos de las políticas de salud, función en la cual deberá lograrse una adecuada relación de teoría y práctica e intensificarse la enseñanza activa, por ejemplo, mediante la solución de problemas de salud.

Las políticas de salud mas allá de la atención sanitaria son un desafío para la epidemiología como ciencia, materia de enseñanza y actividad profesional. El hecho de que las sociedades se dispongan a estadíos superiores en la lucha por su salud, no centrada en la atención médica sino en el funcionamiento social integral, es una oportunidad que no puede ser desaprovechada. Enfocar el redimensionamiento de la epidemiología es vincular su acción de hoy con la revitalización de elementos de su rica historia y la adopción de nuevos enfoques para las exigencias que se abren paso. Superar barreras medicalizadoras no es desvincularse del humanismo secular de la medicina. Apoyar el movimiento hacia políticas de salud es abrir nuevas posibilidades a la epidemiología fortaleciendo su naturaleza social y su proyección humanista.

BIBLIOGRAFIA

1. O.P.S. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación científica No. 540 p. 237-243. Washington DC, 1992.
2. Brown, R.W.: Travel by train. NewYork. Appleton Cantury. 1939.
3. O.P.S. El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica No. 505 p. 1055-1073. Washington DC, 1988.

UNA REFLEXION AMIGA

Sobre la política de Salud y Bienestar de Quebec (a propósito del 9no. Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud coauspiciado por la Universidad de Montreal).

"... En el fuego y la ternura la persistencia de la entidad local que vive de lo humano con sus métodos y fines propios y no se acomoda a los ajenos sino para estancarse y desaparecer. Lo del libertador San Martín es la verdad: "Serás lo que debes ser, o si no, no serás nada". El Canadá francés ni inglés quiere ser, ni norteamericano: quiere ser francés"

José Martí en carta a Gonzalo de Quesada (1892)

OBERTURA

Mi abuelo paterno y mi padre, ilustres médicos sociales y revolucionarios, me descubrieron el Canadá y su sistema de salud en los 60 y los 70, respectivamente. Antes, de niño, mi abuelo materno, inglés, me lo había mencionado.

En el 11no. Festival Mundial de la Juventud y los Estudiantes en La Habana, tuve el honor de ser designado para hablar, a nombre de la juventud cubana, en la actividad con las delegaciones de América del Norte. Fidel Castro hizo el resumen. Al Canadá solidario fueron nuestros saludos.

Ya en mis tareas de dirección salubrista (finales de los 70 y los 80) siempre suscitó interés el modelo canadiense de servicios de salud. Las inspiraciones fueron varias:

- ◆ La majestuosidad de sus indicadores sanitarios en comparación de los países del Norte, situación que hacia al Canadá un punto obligado de referencia mundial.
- ◆ La influencia que tuvo en mi pensamiento médico social el asesor ruso del Ministerio de Salud Pública, Dr. C. Med. Yuri Mijailovich Komarov, el que paradójicamente y antes de la *perestroika*, tenía un pensamiento avanzado con fuerte impronta canadiense y europea occidental.
- ◆ Mi relación de trabajo con el profesor Milton Terris en el "Journal of Public Health Policy" así como la compilación que realicé de su obra, a fines de los 80, donde incorporé su trabajo "Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses. Más allá del informe realizado por M. Lalonde"
- ◆ Los interesantes artículos de F. White publicados en el boletín OPS "La epidemiología y fomento de la salud: Una perspectiva canadiense" así como el de Carol Buck "Después de Lalonde: hacia la generación de salud".

Ya en los 90 y en medio de la crisis económica y social que desató en Cuba el derrumbe de la ex-URSS y los países de Europa Oriental así como el arreciamiento del bloqueo norteamericano, retorné a la Colina Universitaria, trabajando primero en el Centro de Estudios de Economía Cubana (CEEC) y después en el Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos (CESBH).



En el CEEC el modelo socio-económico canadiense fue uno de los puntos de referencia para la interpretación de la crisis del "Socialismo Real" así como en la línea de investigación de calidad de Vida, a través de los informes de desarrollo humano de la ONU pude ver ascender a Canadá al primer lugar mundial.

En el CESBH el desarrollo autóctono de una teoría social con un componente médico, orientado al aspecto olvidado del proceso salud-enfermedad, la Salud (lo denominamos en 1992 **Sanología**) también era un mensaje desde el

Sur para el Norte y el Sur de la humanidad.

Sanología tiene entre sus fuentes internacionales al movimiento Lalondiano, la Carta de Ottawa de 1986 y a la política de salud y bienestar de Quebec.

CANADA Y CUBA EN LA VANGUARDIA

Entre los países del Norte, Canadá está en la punta del desarrollo social y sanitario. Igual ocurre con Cuba entre los países del III Mundo.

Intentaremos una comparación amplia de indicadores sociales y sanitarios seleccionados, utilizando como fuentes de referencia "Las condiciones de salud en las Américas" de OPS (94) y el "Social Indicators of development" del Banco Mundial (95), haciendo una interpretación explicativa que de pie a una aproximación crítica a la Política de Salud y Bienestar de Quebec (PSBQ).

No me detendré a hacer un análisis comparativo pormenorizado de los indicadores presentados, lo que dejo a los lectores. Solo diré que estamos comparando un país de muy alto desarrollo económico y social con un país de desarrollo medio bajo, si utilizamos la categorización del Banco Mundial, con diamantes de desarrollo por sus distancias, no comparables. Pudiéramos hacer un símil con una comparación entre un individuo perteneciente a la clase social 1 y otro a la clase 4. El PNB p.c. de Canadá es aproximadamente 20 veces mayor que el cubano.

A pesar de ello no ocurre lo que pudiera esperarse, o sea, que exista un abismo entre los indicadores de desarrollo social de Canadá y Cuba (ver Anexo).

La E.V. al nacer con dinámicas de crecimiento similares después de los 70, solo se diferencia en aproximadamente dos años. Las tasas de fecundidad son ahora similares.

Las tasas de mortalidad infantil y del menor de 5 años, no llegan a ser distantes dos veces y la dinámica de reducción de la primera en Cuba ha sido mayor.

Respecto a las principales causas de muerte son similares las tasas ajustadas por edad del aparato circulatorio; Cuba tiene mejores resultados en tumores malignos y peores en accidentes y violencia. Cuba tiene también mucho mejor resultado en el programa de control del SIDA.

Aunque es similar el acceso de la población a los servicios de salud en ambos países y los índices de escolarización son parecidos (algo mejores en Canadá), los cubanos tienen más aseguramiento de médicos por habitantes, también de enfermeras y mejor dinámica de ambos indicadores en las últimas décadas.

No hay que remarcar que el desarrollo económico que sustenta estos avances sociales es muy superior en Canadá, significativamente menor el porcentaje de población dedicada a las tareas agrícolas (5 % en Canadá y 29 % en Cuba) así como el mayor financiamiento absoluto que el país solidario del Norte dedica a la organización de los servicios de salud, a pesar que ambos países tienen políticas sociales activas y paradigmáticas.

El "milagro cubano de salud" es un hecho reconocido por amigos y hasta por enemigos. Independientemente del papel protagónico que desde 1959 y en forme creciente ha jugado el sector salud en la consecución de estos resultados asombrosos para un país del III Mundo, una visión salubrista moderna no puede explicarlo, medicalizándolo.

Una racionalidad social como la cubana fundamentada en la justicia social y la solidaridad humana, es la legítima explicación del "milagro cubano de salud", en última instancia conducido por una voluntad política ineludible de engrandecimiento y defensa de las conquistas populares, incluso en las difíciles condiciones de la crisis económica y contracción del bienestar (vinculados al arreciamiento del cruel bloqueo norteamericano y el derrumbe del "Socialismo Real" en los 90) donde el PIB cayó al 34 %, el PIB p.c. a menos del 40 % y el producto nacional neto a cifras superiores al 60 %.

APROXIMACION CRITICA A LA POLITICA DE SALUD Y EL BIENESTAR DEL ESTADO DE QUEBEC

No puede haber una mirada responsable que deje de reconocer el papel protagónico del movimiento canadiense por la salud y el bienestar en el último cuarto de siglo. Los momentos Lalonde (1974), Ottawa (1986) y en los 90 el de las ciudades saludables, son tres coordenadas básicas de este desarrollo histórico.

Expresión de la continuidad histórica, aunque con perfiles propios, es la Política de Salud y Bienestar del Estado de Quebec a la que se le reconocen tres antecedentes:

- ◆ La "Reforma centrada en el cuidado de los servicios sanitarios y sociales" implantada entre el 1990 y el 1992.
- ◆ La actualización de la legislación sanitaria y de los servicios sociales, artífice de la descentralización y de ofrecer mayor participación y derecho a los usuarios (1991).
- ◆ "Un financiamiento equitativo al alcance de nuestros medios" capaz de preservar los elementos básicos y proteger a los desfavorecidos a la vez que se racionalizan y alivian las finanzas públicas y se incrementa la eficacia.

Como escribió Marc-Yvan Coté, ex Ministro quebequense, faltaba entonces la Política de Salud y Bienestar (PSBQ) diseñada para un decenio, en pos de la significativa reducción de los problemas sanitarios y sociales. La PSBQ resultado del trabajo de más de 200 especialistas renombrados de diversas instituciones y disciplinas junto a funcionarios gubernamentales y representantes de territorios.

Merece reseñarse brevemente la estructura y contenido de la PSBQ por constituir un ejemplo de materialización de una voluntad política sostenida de cambio superador.

La PSBQ está encabezada por tres convicciones sucintamente explicitadas: interacción entre el individuo y su medio, el reparto equilibrado de responsabilidades entre el individuo, las familias, el entorno cotidiano, los poderes públicos y el conjunto de sectores activos de la vida colectiva, así como la consideración de que la salud y el bienestar de la población representa a priori una inversión para la sociedad.

Estas tres convicciones implican en la alborada del siglo XXI dos grandes desafíos, estos últimos más ampliamente argumentados:

- ◆ Una mejor salud: nuevos problemas y diferencias que persisten (cambio en la mortalidad y la morbilidad, cambios sociales y diferencias de género, disparidades sociales y territoriales).
- ◆ El sistema sanitario y de servicios sociales: sus triunfos y sus límites (el servicio no solo como un medio sino como un valor en sí mismo), la intersectorialidad, el liderazgo de los Ministerios de Salud y Asuntos Sociales; el individuo no solo como beneficiario sino como actor.

Hasta aquí el marco conceptual de la PSBQ que enfatiza que hasta ahora el sistema sanitario y de servicios sociales no había sido capaz de actuar sobre las reales causas de los problemas.

El marco conceptual esbozado lo remata un breve examen de los factores en la raíz de los problemas: los conocimientos y los valores evolucionan.

En el mismo se examinan de manera contemporánea los peliagudos problemas de la determinación del proceso salud-enfermedad y del bienestar asociado y se expresa la fragilidad de una concepción Newtoniana (ecuación una causa - un problema - una solución) aceptándose una más holística (el haz de factores).

Se examina con claridad el papel protagónico de los factores socio-económicos y las estrechas relaciones entre condiciones de vida, biología y hábitos personales. Sin dudas el marco conceptual del PSB de Quebec llegó más allá del momento Lalonde y la Carta de Ottawa.

No me puedo sustraer a la motivación científica de enumerar las disparidades sociales que con valentía se mencionan:

1. Emergencia de nuevas formas de pobreza: la de las familias monoparentales, la de los jóvenes sin empleo y los mendigos itinerantes.
2. La E.V. de los hombres es de 7 años inferior a la de las mujeres y los primeros corren más riesgo de morir prematuramente (accidentes, suicidios y cáncer de las vías respiratorias). Mayor consumo de alcohol entre los hombres, factor de riesgo asociado a múltiples desenlaces fatales. Igual ocurre con los cigarrillos.

Por lo general las mujeres tienen peor salud que los hombres a excepción de las menores de 15 años y para todos los grupos socio-económicos. Entre los 10 problemas de salud identificados por la Encuesta Santé Québec (1987), nueve conciernen principalmente a mujeres (artrosis, artritis, cefaleas y problemas mentales). La violencia conyugal, las agresiones y los abusos sexuales afectan más a mujeres.

3. Un foso profundo separa aún en Quebec a los pobres de los otros grupos. Las personas de 45 a 64 años de entornos desfavorecidos presentan un estado de salud similar a los de 65 y +, de entornos más holgados. Los pobres mueren aún 9 años antes que los ricos. Como era de esperar los de entornos más empobrecidos fuman dos veces más, hacen menos ejercicios físicos y consumen más medicamentos, en particular tranquilizantes. Según la Encuesta Santé Québec la pobreza implica un doble riesgo: más situaciones estresantes y más sufrimientos por ellas. En situación de pobreza hay más embarazos en la adolescencia y más violencia física. Los niños que allí emergen corren el riesgo incrementado de conocer acontecimientos más estresantes y padecerlos con mayor rigor.
4. Prosiguen las disparidades espaciales entre:
 - Centro de la ciudad y barrios populares respecto a los suburbios.

- En los barrios pobres de Montreal la esperanza de vida con buena salud es de 14 años menos que en otras partes y son más numerosos los problemas psicológicos y mentales.
- Diferencias entre ciudades que ofrecen productos (actividades mineras o forestales) y las que ofrecen servicios. La E.V. llega a ser en las primeras hasta 10 años menos.

En algunos pueblos retirados la situación es a veces más dramática: porcentajes de incapacidades dos veces superior y exagerado consumo de medicamentos. Entre regiones hay diferencias; las de la periferia, por ejemplo, tienen tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, neo de pulmón, EPOC y traumatismos superiores; las del centro tienen más mendicidad itinerante, toxicomanía y SIDA.

Si me he detenido en este panorama social del proceso salud-enfermedad (PSE) del estado de Quebec es por dos razones básicas; la primera, para que los científicos sociales y salubristas cubanos aprendan cómo se hace un macrodiagnóstico social del PSE con valentía política y rigurosidad científica, del que nosotros comenzamos a estar cada día más necesitados, en medio de la crisis económico social en la que nos debatimos y la heterogeneidad social que se abre paso en Cuba.

La segunda razón (como investigador martiano y marxista) es para constatar expresiones sanitarias de "disbienestar" social en Quebec, importantísima región del Canadá solidario, reflejo de las contradicciones del alto desarrollo capitalista, incapaz de superar la deuda social al interior de estos países modernizados e informatizados, incluso allí donde existen políticas más o menos probienestar que han sentado pautas a la contemporaneidad.

Retomamos la PSB de Quebec: fueron formulados 19 objetivos (cada uno rigurosamente precisado, argumentado socioepidemiológicamente y examinada la plataforma de acción social sanitaria, incluida la investigación).

Estos 19 objetivos fueron agrupados bajo los rubros de Adaptación Social (por ejemplo, la mendicidad itinerante, el alcoholismo y abuso de sicotrópicos), salud física (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y el cáncer, salud pública (por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual y el SIDA así como las enfermedades infecciosas), salud mental (por ejemplo, enfermedades mentales y suicidio) e Integración Social (por ejemplo, ancianos y minusválidos).

Por último, la PSB de Quebec identifica como prioridades 6 estrategias a largo plazo:

1. Favorecer el afianzamiento del potencial de la persona humana.
2. Apoyar el entorno cotidiano y desarrollar ambientes sanos y seguros.
3. Mejorar las condiciones de vida.
4. Actuar a favor de los grupos vulnerables implicándolos en la acción.
5. Armonizar la política general y las acciones concretas a favor de la salud y el bienestar.
6. Orientar el sistema sanitario y de servicios sociales hacia la búsqueda de soluciones más eficaces y menos costosas.

Este valioso documento posee una parte conclusiva que resalta como el "el desarrollo social y económico de Quebec exige que nos centremos en la mejora de la salud y el bienestar de todos los grupos de población" así como "el desafío: ofrecer los servicios adecuados, en el sitio adecuado y en el momento adecuado". Insiste en que la fuerza fundamental de un país es su mano de obra y que hay que romper la reproducción intergeneracional de las dificultades de integración y los problemas sanitarios.

Inicio entonces mi reflexión amiga sobre la PSB de Quebec. Si el maestro Milton Terris calificó en su momento con razón al "Healthy People" norteamericano (1979) como una joya de la medicina preventiva yo me atrevo a considerar a la PSB de Quebec un diamante de las políticas de salud, más allá de la atención sanitaria.

Por la razón anterior haré una primera aproximación crítica a la PSBQ con un profundo respeto y sólo desde la posición martiana de que "criticar es amar".

No voy a insistir mucho en los aspectos ideológicos del asunto que los considero en la médula explicativa de las limitaciones de clases de la PSBQ. Si pretendiera convertirse en un paradigma renovador para el mundo no podría serlo entre otras cosas, porque su formulación es inoperante para la gran mayoría del III Mundo, países que se debaten no ya en el dilema del bienestar y la enfermedad sino que lo hacen lamentablemente, en el más dramático dilema de la enfermedad y la muerte.

La PSBQ confirmó uno de mis pronósticos heterodoxos cuando allá por los 80, dije y escribí que "Las ideas simplificadas de que el capitalismo es la enfermedad y la curación y el socialismo la salud y la prevención han sido ya superadas por la vida. Los exponentes contemporáneos más altos del desarrollo de la prevención están en Occidente y es que el desarrollo de la civilización y su ingrediente de racionalidad económica y desarrollo cultural se acompañan de manera natural en la salud pública, de la orientación profiláctica gestadora a progresivamente de una equidad social, aún no liberadora".

Tales ideas me permitieron no asombrarme primero y creer después en la voluntad política que empuja la PSB de Quebec.

Las convicciones y los desafíos de la PSBQ son precisamente la parte menos lograda de este valioso documento. "No hay nada mejor para la práctica que una buena teoría" dijo Lenin en su momento y a la PSBQ le falta plataforma conceptual y metodológica renovadora.

Nuestra **Sanología**, paradigma alternativo autóctono desde el Sur para el Norte y para el Sur con un lustro de existencia, es ya un marco conceptual de síntesis socio, psico, biológico, medio ambiental y médico sanitario para la búsqueda de nuevos conocimientos sobre el aspecto olvidado del PSE: la salud de los sanos y la vitalidad positiva de los enfermos. Con economía de palabras, una teoría social con un componente médico sobre la dialéctica compleja de la salud y el bienestar humanos.

Para **Sanología** una buena prueba son estas reflexiones amigas y por el momento ella nos permite decir:

- ◆ La convicción de las relaciones entre el individuo y su medio como bases de la salud y el bienestar son inobjetables pero dentro de la dialéctica sociedad-naturaleza, histórico-concreta y cultural-específica que ayuda a enriquecer y comprender mejor las mas circunscritas del individuo y su medio.
- ◆ Salud y bienestar son dos caras de la misma moneda es correcto; pero si identificamos la esencia y peculiaridades de "la moneda"; hasta aquí la PSBQ no llega y para el siglo XXI esto es trascendente.
- ◆ Decir además que salud y bienestar significan mas bien "La capacidad física, psíquica y social de una persona para actuar en su entorno y llevar a cabo las funciones que entienda asumir, de una manera aceptable para ella misma y para los grupos de los cuales forma parte" también es adecuado. Pero incluso el epónimo Henry Sigerist, en la primera mitad del siglo XX, nos legó definiciones más enriquecedoras de salud individual. Si hablamos de salud y bienestar, **Sanología** en su redimensionamiento del PSE los interpreta como vitalidad libre resultado de la intervenculación del sujeto in-

dividual y colectivo con su medio vital; o sea, categorías hermanadas mas por la relación que por la cosa en sí y por ello (su carácter relacional) con potencialidades para penetrar en la esencia de la dialéctica salud-enfermedad.

- ◆ Respecto a la convicción de las responsabilidades compartidas nos parece armonizadora, optimista y racional; también antimedicalizadora y no paternalista como tampoco neoliberalizadora. Es momento ya de armonizar la responsabilidad del individuo, las familias, los grupos sociales y el aparato estatal-administrativo. Solo un detalle: para que el individuo pueda elegir estilos de vida hacen falta espacios geográficos saludables, necesidades básicas satisfechas y opciones alcanzables a las comodidades, trabajo creativo, no alienación humana, eliminación de la pobreza, práctica democráticas, estado de derecho y alta escolarización cuando menos, junto a servicios sanitarios y sociales accesibles y reformados.
- ◆ No puedo dejar de decir que Canadá como Cuba tienen responsabilidades inalienables con la humanidad preterida y en particular con América Latina. Sueño con un nuevo panamericanismo no hegemonizado por el imperialismo yanqui y con una futura globalización orientada a la equidad social, universal cuando menos. La integración latinoamericana no debía prescindir de un nuevo panamericanismo y de hecho así está sucediendo, aunque a marcha lenta. A la globalización de los poderosos hay que oponer la globalización de los preteridos suprimidora del colonialismo y la explotación neo-colonial, el intercambio desigual, la pobreza, la marginación y el hambre. Existe la posibilidad, por lo que el asunto es luchar por su materialización para lo cual Canadá y Cuba pueden hacer un gran aporte.
- ◆ La declaración de la incapacidad del sistema sanitario y de los servicios sociales para actuar directamente sobre las causas de los problemas como el gran desafío es muy valiente y acertada políticamente. Desde principios de los 90, en mis cursos de postgrado "La Medicina Social ante los desafíos del XXI", examino con los participantes en Cuba y el extranjero, la disociación entre los costos crecientes y los rendimientos decrecientes de los servicios de salud lo que simbolizó en una gráfica que en el transcurso del siglo XX asemeja a un curva de tensión de la física o de disolución de la química-física Remato la presentación significando que hasta ahora la salud publica tradicional ha dedicado sus esfuerzos a las enfermedades y a los enfermos, en el mejor de los casos con acceso universal. Se trata pues de marchar de la enfermedad y los enfermos a la salud de los sanos, de unos servicios de salud de retaguardia a otros sanitarios y sociales en "la línea del frente" y de lo médico a lo económico, social, cultural y medio-ambiental, dando prioridad a las nuevas generaciones Con otras palabras, tramontar la era medica tecnológica dando paso a la era post-médica mas humana y ecológica.
- ◆ Es muy interesante la pauta del documento de la PSB de Quebec que examina los factores en la raíz de los problemas: comprensión del haz de factores en la causalidad del PSE, gran importancia de los factores socio-económicos, integridad de lo socio-psico-biológico en el individuo y su estrecha relación con el bienestar.

No me ruboriza escribir que la cubana **Sanología** podría ofrecer una valiosa ayuda teórica y metodológica a la PSBQ así como también pudiera enriquecerse, aprendiendo de una realidad del Norte, amiga y solidaria como Canadá.

Con propiedad hace 20 años venimos hablando y enriqueciendo la determinación social del PSE. Hace 8 años venimos enseñando en medicina social la importancia de la psico-neuro-endocrino-inmunología. Con **Sanología** además de lo anterior aún más des-

plegado, hemos retomado al individuo y las complejidades de su mundo interior (a veces indescifrables), el redimensionamiento de la genética y del medio vital del sujeto individual y colectivo.

Nos fuimos apartando del objetivo economicista de un marxismo vulgarizado que nos legaron los "ex-socialistas", y con **Sanología** llegamos al modelo diamante de la determinación que va más allá de la comprensión multifactorial, esta última avanzada respecto a la unicausal newtoniana pero con un "techo" explicativo no muy elevado.

- ◆ Respecto a los 19 objetivos no me siento en condiciones de opinar con una responsabilidad elemental porque desconozco la realidad del estado de Quebec. Su lectura fue para mí muy instructiva. Considero que la agrupación de los objetivos es infeliz y contradice presupuestos conceptuales. Como, por ejemplo, se van a inscribir las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos en la salud física así como bajo el rubro de la salud pública, por ejemplo, van a casi restringirse a las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y las enfermedades infecciosas, recordando las ideas tradicionales de la vieja epidemiología o el obsoleto enfoque norteamericano. Sin embargo lo que más me preocupa de los objetivos no es lo anterior. Es el hecho de que los sanos y la salud positiva vuelven a ser aplastados por el enfermo y las enfermedades. Dicho en palabras nuestras: la patología devora la **Sanología**.
- ◆ En relación con las estrategias opino que tienen buena estructuración y enfoque multidimensional; su efectividad la dirá la práctica. Si como decía Aristóteles "la política es el arte de lo posible" las estrategias permiten transitar el camino y sus vericuetos coyunturales. Me permito sugerir cuán importante y moderno hubiera sido incorporar una séptima estrategia orientada a priorizar el redimensionamiento del PSE humano con una visión íntegra y su dialéctica compleja con el bienestar. En tal dirección son imprescindibles junto a nuestra **Sanología**, la Mediología y otras "logías" de la complejidad, verdaderas metaconcepciones que nos acercan más al conocimiento cabal del ser humano y los problemas del individuo que la estructura disciplinaria tradicional y hasta que los nobles esfuerzos multidisciplinarios

Ya termino. Me permito felicitar a Quebec y al ex-Ministro Marc Yvon Caté por la PSBQ. Aunque las condiciones y los niveles de desarrollo son diferentes, Cuba puede aprender y lo necesita de la PSB de Quebec así como aportar enfoques conceptuales enriquecedores y experiencias prácticas.

Si Wilber Penfield, ilustre científico de Quebec dijo que "el problema de la neurología es entender al hombre en sí mismo", parafraseándolo debemos decir, en la alborada del siglo XXI, que el problema del bienestar y la salud (en ese orden debe ser) es comprender la complejidad de la relación del sujeto y su entorno vital cada vez mejor y transformarla para la felicidad de la humanidad toda.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldereguía, J.: Curriculum Vitae. Universidad de La Habana, 1996.
2. Aldereguía, J. y col.: Cuadernos de Sanología (en prensa). ECIMED (1996)
3. Banco Mundial: Social Indicators of Development. Washington, 1995.
4. O.P.S. Condiciones de salud en las Américas. Washington, 1994.

ANEXO

		CANADA	CUBA
Producto Nacional Bruto p.c.(M.M)	70-75	77.10	-
	80-85	13 250	-
	88-93	19 970	1.161*
	(estimación)		
Escolarización	% de crecimiento	258.2	- 40
	70-75	H 99	126
		M 99	122
Primaria	80-85	H 106	107
		M 104	101
	(para el grupo de edad) %	H 108	103
	(estimación)		
		M 106	100
Mortalidad infantil (x 1000 N.V)	70-75	16.0	38.0
	80-85	9.0	17.0
	88-93	6.8	11.8
	(estimación)		
Mortalidad 5 años (x 1 000 N.V)	% disminución	57.5	69.0
	70-75	-	-
	80-85	-	-
	88-93	8	13
	(estimación)		
Inmunizaciones % (de población)	70-75	-	-
	Sarampión.DPT		
	80-85	- 80	80 67
	Sarampión.DPT		
	88-93	85 85	99 99
Esperanza de vida (años al nacer)	Sarampión.DPT		
	70-75	73(7.1)	71(3.3)
	(diferencia A-M)		
	80-85	76(7.2)	74(3.4)
	(ídem)		
	88-93	78(6.4)	75(3.8)
	(estimación)(ídem)		
Tasa de fecundidad total (niñas/mujer)	% crecimiento	106.8	105.6
	70-75	2.0	3.6
	80-85	1.7	1.8
	88-93	1.9	1.8
	(estimación)		
Mortalidad materna (x 1 000 000 N.V.)	% disminución	5	50
	70-75	-	-
	80-85	2	31
	88-93	-	39
	(estimación)		

RECURSOS		CANADA	CUBA
Población total	70-75	23.209 (75.6)	9.306(64.2)
(% población urbana)	80-85	25.942(76.4)	10.102(71)
M.M.Hab.	88-93	28.782(76.71)	10.862(75)
	(estimación)		
	% crecimiento	124.0	116.7
Fuerza laboral	70-75	6.30	27.28
de 15-64	80-85	5.29	29-29
(% en la agricultura	88-93	-	-
y la industria)	(estimación)		
Habitantes x médico	70-75	684-140	1.217-
Enfermera x médico	80-85	525-124	532-286
	88-93	469-	274-82
	(estimación)		
	% disminución hab.	31.5-11.5	81.5-71.4
Población x	70-75	101	-
cama hospitalaria	80-85	-	286
	88-93	67	82
	(estimación)		
	% disminución	33.7	81.4
% escolarización	70-75	91	42
secundaria	80-85	103	82
	88-93	104	88
	(estimación)		
Periódicos x habitante	70-75	210	93
(tirada x 1 000 h)	80-85	215	119
	88-93	207	122

Datos tomados de "Social Indicators of development del Banco Mundial, 1995.

	CANADA	CUBA
Tasa neta de migración	7.3%	-1.8%
Tasa bruta de nacidos (x 1 000 habitantes)	14.2	17.4
Tasa bruta de mortalidad (x 1 000 habitantes)	7.7	6.7
Edad mediana (en años)	34.7	30.10
Disponibilidad de calorías de proteínas (g)	3.447	3.130
% de población con agua potable	99	17
Urbana	100	100
Rural	-	68
Relación entre ingresos 20 % Superior y 20 % inferior	7	3
% de defunciones registradas en 5 a de: E.D.A.	-	20
I.R.A.	3	37
% de población con acceso a los servicios de salud	99	99

**Tasas de mortalidad ajustadas x edad
(x 100 000 hab.)**

Aparato	Hombres	223	209
Circulatorio	Mujeres	173	221
Tumores	Hombres	140	108
Malignos	Mujeres	115	89
Accidentes y violencia	Hombres	60	91
	Mujeres	23	45
SIDA	Casos acumulados	9.511	245
	Defunciones	6.534	148
Gasto total en salud como % PIB		9.1	10
Registro de defunciones (5)	Subregistro	1.4	-3
	Mal definidos	2	0.4

Datos tomados de las Condiciones de Salud en las Américas. OPS, 1994

EL SEGUNDO MILAGRO CUBANO DE SALUD

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques

"Hemos logrado lo posible, dennos tiempo, y alcanzaremos también lo imposible"

No han sido corrientes en la literatura médica y la prensa cubana las referencias a los logros en el campo de la salud pública como si se tratara de un milagro, pues el bien hubo en ellos mucho de extraordinario e inesperado, no tuvieron nada de místicos. Cuba se convirtió desde 1959 en un laboratorio natural para la realización de un gran experimento sanitario.

En esa fecha triunfó la revolución en la pequeña isla caribeña. Hasta 1958 miles de personas, especialmente niños, morían todos los años por enfermedades evitables y el ejercicio de la medicina se caracterizó por su incapacidad para poder garantizar la salud del pueblo, a lo cual se añadía una estructura deficiente de los servicios médicos.

Una enorme masa de ciudadanos, que no podía costearse la atención médica privada o que vivía en las regiones rurales, quedaba totalmente desprotegida, marginada.

Desde 1960 la ínsula se enfrentó al éxodo masivo de médicos y a represalias económicas y militares, por parte de Estados Unidos, al proceso político emergente.

Pero pudo conjugar una tradición del desarrollo de la medicina en el país, un sistema social que practica la justicia y busca la equidad, una voluntad política de la que emergió un pensamiento médico social avanzado y una estructura dinámica de dirección de la salud pública, así como la influencia de la salud pública socialista en su período de oro y de la medicina norteamericana, no truncada a pesar del bloqueo.

Todo ello permitió realizar lo posible, que, aunque no fácil, fue alcanzable por la sociedad cubana en la década de los años 80: situarse a la cabeza del llamado III Mundo y a los niveles de los países más desarrollados en cuanto al estado de salud de la población y la organización de los servicios de salud, legítimos antecedentes de la epopeya cubana de salud en el periodo especial (situación de crisis económica denominada así oficialmente y surgida al inicio de esta década al desaparecer el campo socialista del este de Europa, con el que la isla realizaba el 80 por ciento de su comercio exterior).

En 1989 con 10,5 millones de habitantes, Cuba tenía una tasa de natalidad de 17,6 nacidos por mil habitantes, de los cuales 99,8 por ciento venían al mundo en instituciones de salud. La esperanza de vida para ambos sexos era de 75,2 años, siendo mayor para las mujeres (77,11) que para los hombres (73,5). La tasa de mortalidad infantil fue de 11,1 por cada mil nacidos vivos, un 82 por ciento menos que en 1959.

Sólo el 1,3 por ciento de las muertes tenían causas infectocontagiosas a diferencia de 1962, en que eran de un 13,3 por ciento. Ya habían sido erradicadas la poliomielitis, el paludismo autóctono, la difteria, la meningoencefalitis tuberculosa, el tétanos neonatal y virtualmente el sarampión y la parotiditis.

Los servicios de salud daban cabida a 290 mil 800 trabajadores, de los cuales 34 mil 752 eran médicos (33,1 por cada 10 mil habitantes), contra solo seis mil 300 en 1958 (de los cuales unos tres mil abandonaron el país después del triunfo de la revolución). Había irrumpido en la escena salubrista cubana el Médico de la Familia como base de la aten-

ción primaria, programa priorizado desde 1984 que agrupaba al inicio del período especial a ocho mil 965 galenos. La red de instituciones del sistema cubano de salud pública estaba integrada por 263 hospitales (97 en 1958), 420 policlínicos (no existían anteriormente) y 163 clínicas estomatológicas (tampoco se habían creado antes de 1959), para solo citar las instituciones fundamentales del sistema.

Un particular desarrollo había tenido ya la docencia médica de pre y posgrado, cuya red de instituciones era capaz de graduar en aquel momento cerca de cuatro mil médicos y mil licenciadas en enfermería.

Si algo resalta en la evaluación de estos resultados de la salud pública cubana es que a diferencia de muchos países, incluso los del mundo desarrollado, tales estadísticas han mantenido una tendencia creciente a la homogeneidad social y territorial. Por ejemplo, en 1989, la tasa de mortalidad infantil de la capital del país fue de 10,4 por cada mil nacidos vivos y la de la provincia Guantánamo (históricamente el territorio de menor desarrollo) fue de 12 por cada mil nacidos vivos.

Con legítimo derecho, algunos denominaron a esta nueva realidad sanitaria el milagro cubano de salud. La voluntad política de la dirección de la revolución cubana planteó a mediados de los años 80 la noble idea de convertir a Cuba en una potencia médica mundial, lo cual presupone continuar elevando los niveles de la salud del pueblo y vencer en la histórica batalla iniciada en este campo en 1959 contra la voluntad de las sucesivas administraciones de Estados Unidos.

La noble idea de convertir a Cuba en una potencia médica mundial, lanzada por el presidente Fidel Castro en la década de los años 80, se basaba en una estrategia integral de desarrollo acelerado de la salud pública, a partir de los altos niveles que había alcanzado el país, y necesitaba, por tanto, de numerosos recursos financieros, materiales, técnicos y humanos.

El desmoronamiento del campo socialista en el este europeo obligó a plantearse entonces lo que para muchos parecía imposible en las condiciones de aguda crisis socioeconómica impuestas, como consecuencia de aquella debacle a la isla caribeña: la defensa de una de las conquistas más preciadas de la obra revolucionaria, el derecho de salud.

Es internacionalmente reconocida la mutua influencia del desarrollo y la organización de los servicios de salud. Por una parte, la economía crea las condiciones necesarias para el mejoramiento de la salud de la población a través de su impacto sobre la calidad de la vida, incluido un ambiente sano. Por otra, del estado de la economía depende mucho el volumen de recursos de todo tipo que soportan el desarrollo sustentable de los servicios de salud.

Se puede imaginar lo que representó de 1989 hasta la fecha para la salud pública cubana la contracción de la economía expresada en la caída del producto interno bruto. En cifras a precios constantes de 1981, significó una reducción, según datos oficiales de 19 mil 585 a 12 mil 868 millones de pesos, o sea, un 34,3 por ciento menos.

En medio del panorama neoliberalizador de América Latina y las amargas experiencias para diferentes sociedades de la aplicación de las políticas de choque del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, la Revolución Cubana ha enseñado como es posible mantener exitosos resultados en la salud de la población y una potente organización de servicios sanitarios con una voluntad



de justicia social.

En el período especial implantado en la isla para enfrentar la crisis, no se ha cerrado una sola institución de salud pública, ni se ha renunciado al carácter gratuito de la atención médica. En 1995 Cuba contaba con 11 millones de habitantes y había consolidado su tendencia al envejecimiento de la población, ya que los mayores de 60 años eran el 12 % de esa cifra. Se mantuvo también la tendencia a la universalización del parto institucional.

La esperanza de vida ascendió ligeramente a 75,48 años, incrementándose más entre las mujeres. La tasa de mortalidad infantil disminuyó a 9,4 por cada mil nacidos vivos. Este resultado se consiguió a pesar de haberse elevado discretamente el bajo peso de los niños al nacer, lo cual hace más meritorio el trabajo de los servicios obstétrico y pediátricos de la ínsula. Respecto a la mortalidad del menor de cinco años, este valioso indicador del desarrollo de un país, se redujo de 13,6 a 12,5 por cada mil nacidos vivos en los últimos seis años, manteniendo su ya histórica tendencia a la homogeneidad social, si comparamos los resultados alcanzados en los diferentes territorios.

Merecen significarse, por su importancia en las difíciles condiciones del período especial, los resultados obtenidos por los cubanos contra las enfermedades infecto contagiosas dado el deterioro de la calidad del agua de consumo, la eliminación de los residuales líquidos y sólidos y la afectación del medio ambiente.

Continúan erradicadas la poliomielitis, la difteria, el tétanos neonatal y la meningitis tuberculosa. Se incorporó a esa lista el sarampión, así como también no se reportaron casos de tosferina en 1995. Están virtualmente eliminados el tétanos del adulto, la rubéola y la parotiditis.

A pesar de lo anterior, continua la lucha contra las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, la pediculosis y escabiosis, cuya presencia en la población se incrementó en los últimos años, la leptospirosis, que bajo en comparación con 1994, pero aún es un problema, y la tuberculosis, convertida en un centro de atención mundial en los últimos años.

Las enfermedades de transmisión sexual, que son también una amenaza contemporánea, presentan en el trabajo de los cubanos éxitos y dificultades: los primeros se exhiben en la lucha contra el SIDA, que en 1995 registró una tasa en la isla de 0,8 enfermos y seropositivos por cada 100 mil habitantes.

Los problemas se concentran en el incremento de la blenorragia (10 mil 302 casos más en 1995 respecto a 1994), sífilis (dos mil 555 casos más) y condiloma acuminado (254 más), que tienen en parte su explicación en el crecimiento del turismo con una mayor presencia de extranjeros en la isla en el último año y en la mejoría progresiva de los registros sanitarios.

En 1993 el país se vio conmovido por un brote de gran magnitud de neuropatía epidémica, denominación que se le dio a los miles de casos diagnosticados de neuritis óptica, polineuritis y su forma combinada.

Cuba tuvo que dedicar importantes recursos preventivos, asistenciales, de rehabilitación e investigación científica al enfrentamiento de esta epidemia que contó con la ayuda internacional lo que hizo posible que se redujeran al mínimo sus consecuencias negativas. Aunque parece evidente la significación decisiva que tuvo en este mal el cambio nutricional cualitativo determinado por la crisis económica que alcanzó su más alta expresión en 1993, la etiología de la neuropatía epidémica fue una intrincada red causal y aun es objeto de estudio por la salud pública cubana.

En 1995 el sistema nacional de salud poseía 56 mil 925 médicos, 22 mil 273 más que en 1989. También habían nueve mil 160 estomatólogos (dos mil 678 más) y 10 mil 630 licenciadas en enfermería (ocho mil 086 más). Además, las enfermeras eran 64 mil 423 con nivel técnico y 56 mil 318 técnicos varios de salud.

Respecto a 1989 los hospitales se incrementaron en 21 y los policlínicos en 20, así como en cinco las clínicas estomatológicas. El programa del médico de la familia daba cobertura al 96 por ciento de la población con 12 mil 846 consultorios específicamente contruidos para su labor en la comunidad, así como mil 103 más en la zona serrana del oriente del país.

Se continuó perfeccionando el nuevo Plan de Estudios de Medicina cuya naturaleza ha sido capaz de salvar los riesgos a la contradicción entre los problemas prioritarios de salud y los de la enseñanza de la medicina.

Merece destacarse el conjunto de medidas que sobre la marcha hubo que ir tomando para paliar la aguda crisis de medicamentos que inevitablemente se produjo, entre las cuales se destacan la sustitución de importaciones con la consiguiente ampliación de la industria nacional y la vitalización de la medicina verde y tradicional. No puede omitirse la decisiva ayuda que representaron las donaciones solidarias de muchas latitudes.

Todo lo anterior fue alcanzado en medio del llamado periodo especial, cuando se hizo más aguda la contradicción entre el creciente universo del Sistema Nacional de Salud y las galopantes limitaciones financieras. Un ejemplo de esta idea es la reducción que se produjo en 1993 respecto a 1989 (63,3 por ciento) en la asignación de divisas para la importación de medicamentos, materias primas y material gastable. Parecen sobradas las razones, entonces, para considerar los éxitos del estado de salud de la población cubana y de su organización de servicios de salud como un segundo milagro o mejor aún, el prodigio de lo imposible.

El análisis de la década perdida en América Latina sirvió para que muchos investigadores examinaran las razones de la mejora de indicadores sociales, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida de muchos países, y las conclusiones a que llegaron ayudan a comprender mejor el segundo milagro cubano de salud: priorización de sectores menos favorecidos y estrategias comunitarias, familiares e individuales para resistir.

Pero tales análisis no pueden explicar *in extenso* lo ocurrido en esta isla caribeña después de 1989. Para el segundo prodigio de los cubanos fue determinante la voluntad política de la dirección revolucionaria de enfrentar la crisis en condiciones de equidad y sostener las conquistas del pueblo ya históricas, como el derecho a la atención médica.

También un factor subjetivo popular jugó su papel porque se recogía el fruto de la obra educacional de la revolución, así como lo beneficioso de una cultura sanitaria consolidada en las masas.

Por último, los cubanos tendrán que agradecer siempre al período especial el haber aprendido a trabajar con recursos mínimos y podido desplegar las ideas racionales de la guerra de todo el pueblo, las que obligaron a vertebrar las amenazas de las administraciones norteamericanas de Ronald Reagan y George Bush.

El comportamiento de la mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos) en países de América Latina (datos de 1995) como Brasil (56,4), Paraguay (47,0), Venezuela (32,2) y Argentina (28,8) contrastan significativamente con similares estadísticas cubanas que en este aspecto habían descendido ya a 9,4.

Si se refiere a la esperanza de vida al nacer, esas naciones presentan respectivamente 66,3 años, 67,3, 70,3 y 71,4, mientras que una breve comparación internacional de la

situación de salud cubana que sigue a la cabeza del tercer mundo y a nivel de los países de alto desarrollo económico y social se hará ahora, quizás por vez primera, con la comunidad autónoma española de Andalucía.

Andalucía recuerda a Cuba por su desarrollo y potencialidad agroalimentaria y turística, por sus más de ocho millones de habitantes (Cuba ya tiene 11 millones), por su vínculo histórico a más del quinto centenario del encuentro de las dos culturas y hasta por las similitudes del carácter del andaluz y el cubano.

En ambas regiones la primera y segunda causa de muerte en 1995 eran, respectivamente, las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos que agrupaban más del 70 por ciento del total de muertes. Las enfermedades infestocontagiosas hacían menos del dos por ciento del total.

Cuba tenía ya 51,2 médicos por 10 mil habitantes y Andalucía 34,70. Asimismo eran notables las diferencias de aseguramiento odontológico: Cuba 8,2 estomatólogos por 10 mil habitantes y Andalucía 2,92. Cuba contaba con 284 hospitales de todo tipo y la comunidad andaluza con 84. Cuba tiene 440 policlínicos y la comunidad española 238.

Los objetivos principales del Ministerio de Salud Pública cubano para 1996 se enmarcan en varias direcciones fundamentales de trabajo dentro de las que destaca el propósito de hacer más eficiente el Sistema Sanitario Nacional desarrollando las siguientes estrategias básicas: perfeccionamiento del programa del médico y la enfermera de la familia, revitalización de la red hospitalaria y del programa de medicamentos, desarrollo de la medicina natural y tradicional, rescate de programas prioridades de alta tecnología (como el de cáncer, insuficiencia renal crónica y los cardiocentros), incorporación de la tecnología médica cubana y otros adelantos de la ciencia y la técnica.

Otras áreas priorizadas son la estomatología, la asistencia social, el transporte sanitario, las ópticas y las farmacias. Los objetivos, propósitos y directrices del organismo para el año 2000, elaborados en la década de los 80, han sido en la actualidad reevaluados y redimensionados. Una salud pública como la cubana que se ha debatido en la ineludible contradicción entre el subdesarrollo económico del país y sus altos niveles de progreso científico y tecnológico en condiciones de equidad social, enfrenta importantes desafíos en la alborada del siglo XXI. Sólo se mencionarán los principales.

Cuba no puede escapar del fenómeno identificado por Barsky, a finales de los años 80, quien lo denominó paradoja de la salud. Se trata de la disociación entre el ritmo ascendente de la mejora de los indicadores sanitarios principales y el progresivo empeoramiento de la percepción por las personas de su estado de salud, lo cual se explica por factores epidemiológicos, psicológicos, comerciales y asistenciales.

Es también un reto de envergadura el que se refiere a los costos crecientes y rendimientos decrecientes de los recursos materiales, humanos, técnicos y financieros que se emplean para mejorar la salud de la población cuando se llega a un alto nivel de desarrollo en este campo.

La salud pública cubana tampoco puede eludir el nocivo fenómeno universal de la medicalización, esa nueva forma de enajenación humana en la cual los servicios médicos se apropian, aunque sea con buenas intenciones, de un bien público y privado. Se trata de la dependencia exagerada, y por tanto no justificada, que hacen las personas de la atención médica para resolver sus problemas de salud que llega en ocasiones a convertirse en una medicodicción alienable, ajena al papel protagónico del trabajo intersectorial y a la acción comunitaria, familiar e incluso individual en la lucha por niveles superiores de bienestar.

El sistema estatal sanitario cubano tiene experiencias y potencialidades para no dejarse neocolonizar por las concepciones teóricas y metodológicas occidentales, lo cual no quiere decir que no inserte en el tronco cubano lo mejor de esas experiencias, como diría José Martí. La gran masa de médicos, estomatólogos, farmacéuticos, enfermeras y técnicos que se han formado en más de 35 años de revolución, avanzada de más de 310 mil trabajadores de la salud en Cuba (más de 225 mil mujeres), gozan de una autoridad moral indiscutible dentro de la población, así como se les reconoce un alto nivel de instrucción profesional y técnica. Se trata ahora de dar la batalla compleja por el alcance de una impostergable cultura universal entre ese personal.

Pueden parecer estos y otros desafíos una vez más, metas inalcanzables para el sistema. La historia posterior a 1959 ha probado fehacientemente la capacidad de los cubanos para conquistar cimas elevadas. América Latina y el mundo lo necesitan.

"Hemos hecho lo posible, denmos tiempo y alcanzaremos lo imposible"

EL MANIFIESTO HUMANISTA, MAS ALLA DE SANOLOGIA

A propósito de la emancipación del individuo con o sin emancipación social.

Dr. C. M. Jorge Aldereguía Henriques

*A José Martí Pérez, el más universal y humano de los cubanos.
A José Ingenieros, suscitador de la voluntad y la esperanza.*

OBERTURA

"Lo bueno si breve es dos veces bueno". Intentaré lo breve puedo asegurarte, respetado lector del Norte y el Sur de la humanidad, a quien me dirijo desde mi Cuba entrañable que criminalmente bloqueada alza otra vez, su voz universal autóctona y digna.

La Revolución de Fidel Castro y la epopeya del Ché Guevara, inspiradas ambas en la ideología martiano-marxista, me llevaron primero al romanticismo revolucionario de la adolescencia y después a la medicina social de izquierda, de donde emergió en los 90s **Sanología**, una metaconcepción humanista con un componente médico, tras la búsqueda de nuevos conocimientos del aspecto olvidado de la ecuación salud-enfermedad: la salud.

Sanología también una nueva cultura humanista y modelo social para la protección, fomento y generación de la vitalidad positiva de sanos y enfermos en la alborada del XXI, reafirmó en Montreal su condición de paradigma alternativo a la medicalización tecnológica enajenante, en el Noveno Congreso Mundial de Política de Salud recién concluido.

Más allá de la positiva vinculación ya planteada por Henry Sigerist en la primera mitad del XX entre salud y bienestar, **Sanología** interpreta el proceso salud-enfermedad humano como vitalidad libre o restringida, vinculados no solo al bienestar sino al desarrollo multilateral de la personalidad dentro de racionalidades sociales saludables no alienadas en el espacio, el tiempo o el movimiento social, donde "el libre desarrollo de cada una será la condición del libre desarrollo de todos" (Manifiesto Comunista) y como es lógico, viceversa.

Sanología, metaconcepción holística (socio, psico, biológica, medio-ambiental y médico sanitaria), es un camino autóctono hacia la epistemología de la complejidad, suscitadora de un rostro más humano de la ciencia del próximo milenio; es también un derrotero hacia la profecía del Prometeo de Tréveris en sus escritos tempranos, de "la ciencia única del hombre".

Sanología intenta rescatar el humanismo secular de la medicina y llenar la política, esa "medicina en gran escala", según Rudolf Virchow, de humanismo concreto y por tanto salubérrimo.

De esa **Sanología**, que en su nacimiento en el Centro de Estudio de Salud y bienestar Humanos de la Universidad de La Habana en 1991, tenía "más preguntas que respuestas" (como la poesía según Mario Benedetti) y que ya en 1996, exhibió en Canadá al menos, un núcleo duro de respuestas, nace hoy 26 de julio 1996, esta aproximación filosófica crítica a una nueva interpretación de la historia humana, conjugadora de las ideas de José Martí Pérez (1853-1895) de que "Patria es Humanidad" y de Gustavo Aldereguía Lima (1895-1970) de que "El médico se debe a dolor humano individual pero no puede ser ajeno a los dolores de su patria sin faltar a elevados principios éticos".

**LA FILOSOFIA CRITICA
HUMANISTA
DE LA EMANCIPACION
DEL INDIVIDUO, LOABLE UTOPIA
DEL PROXIMIO MILENIO**



No pretendo, amigo lector, exponer con todo rigor académico y amplitud científica lo que soporta esta nueva mundivisión autóctona, desde el Sur para el Norte y para el Sur, una expresión intelectual antihegemónica, moderna y rebelde.

Considero que no hay tarea más difícil que la emancipación del individuo, la que es realizable allí incluso, donde no se ha alcanzado la emancipación social a la que Marx aspiró.

La emancipación individual no fue posible en el "Socialismo real" de Europa del Este y la ex-URSS porque la burocratización enajenante tras el hombre, perdió al individuo.

La emancipación individual está determinada socio-psico-biológica-medioambiental y médico sanitariamente, o sea, tiene un modelo diamante de determinación dentro de la aún enigmática relación sujeto individual-colectivo y medio vital. Su determinación por eso, no es Newtoniana unicausal, ni siquiera la más avanzada probabilística multifactorial; se ajusta mejor a las concepciones Einsteinianas de la relatividad. Dentro de tal vínculo el sujeto individual y colectivo son protagónicos, por engendrados de la segunda naturaleza del hombre mediante el trabajo social y la transmisión de la cultura.

Desde los homínidos hasta hoy, la historia de la humanidad puede ser sintéticamente interpretada como la lucha muchas veces inconsciente, del sujeto individual y colectivo por su libertad, más allá de la "conciencia de la necesidad". Con economía de palabras, la libertad como conciencia y búsqueda de la felicidad racional.

El sujeto en el vínculo dialécticamente contradictorio de lo individual y lo colectivo, ha enfrentado secularmente primero la alienación del espacio que limita en cada período histórico (comunidad primitiva, esclavismo, feudalismo y capitalismo: empresarial, 1880-1945, liberal, 1945-1980, avarico 1990), la mundivisión del sujeto y su cosmopolitización. Los comunistas con su justo y hermoso llamado Proletarios de todos los países,

uníos! (Manifiesto Comunista 1848) y las Internacionales Comunistas, no pudieron trarontar la enajenación burocrática autárquica incrementada por la agresividad imperialista, por no vincular el realismo político-económico y los sueños revolucionarios. Quedan como ejemplos de símbolos paradigmáticos inconclusos, el ideal latinoamericanista de Bolívar y Martí y la ex-URSS como virtudes y defectos.

Pero la alienación del espacio es virtualmente superada en la 2da. Mitad del este siglo por la intensificación del comercio mundial y la mundialización de la política; aún más todavía, por la transnacionalización de la economía mundial y la informatización de la sociedad contemporánea (John Naisbith en "Megatrends 1984). El problema es que asistimos a una globalización de los poseedores también enajenante, hegemonizada por los imperialistas yanquis. Su antípoda utópica pero alcanzable e irrevocable, es la globalización "con todos y para el bien de todos". Sus amenazas son múltiples, en primer lugar políticas y tecnológicas fundamentalmente.

¿Qué ha pasado con la alienación del movimiento social, cuya esencia identificó el genio de Marx y Engels en la segunda mitad del siglo pasado?

Pues que la humanidad barrió esta alienación hasta un punto con la Revolución Francesa y Norteamericana (siglo XVIII) y la de Octubre y la Cubana (siglo XX). Fueron éstos, ejemplos de emancipación social del sujeto colectivo contra los enajenantes modos de producción feudoesclavista y capitalistas, respectivamente.

La inmadurez de la base de la formación socio económica capitalista condicionó, en los segundos casos la potencialización de la alienación burocrática de naturaleza neoclasista, de la cual tampoco se ha liberado el más moderno capitalismo.

No se conocen aún Racionalidades sociales conscientes o inconscientemente rectoreadas por la emancipación individual sino sólo racionalidades sociales conducidas, más o menos declaradamente, por la obtención de plusvalía lo que ha demostrado, cuando menos, ser no saludable además de injusto socialmente.

Martí y Marx volviendo a ellos, para entonces marchar a la emancipación social liberadora, tienen los códigos básicos de respuesta a esta segunda alienación, también superable.

¿Cuál entonces es la nueva alienación de la contemporaneidad, por qué y como es superable?

Desde mi punto de vista, esa nueva alienación humana cercenadora de la libertad individual, es la enajenación de la excelencia por la esclavitud del tiempo en la era de la sociedad informatizada.

No hay existencia humana fuera del espacio, el tiempo y el movimiento social. El genio humano ha violentado los ritmos sociotécnicos a niveles insospechados desde hace casi medio siglo; pero los ritmos psicofisiológicos del individuo más estables, condicionan una arritmia socio-psico-biológica para lo cual no nos prepara la sociedad, la escuela y la familia.

La modernidad del primer mundo es alienante también, a pesar del bienestar social e individual que la acompaña por dos razones cuando menos:

- ◆ No emancipa al individuo como proyecto social.
- ◆ Se olvidó de barrer la pobreza incrementada con el neoliberalismo de la Escuela de Chicago y paradigmas como el proyecto político económico del asesino del inolvidable Salvador Allende.

Las ciencias médicas y psicológicas con la psico-neuroendocrinoinmunología, el freudismo y la escuela psico-somática norteamericana; la antropología socio cultural y la

física teórica, la cibernética, la teoría de la personalidad y la genética, ésta última al borde del develamiento del genoma humano, pero también la visión eclesial, artística, y ética de la contemporaneidad vinculados todas a la comunicación social, abren puertas al ideal de emancipación individual de orientación rectora educativo cultural y homofundamentalista.

Ya he escrito en **Sanología** que para la tarea humanista de liberación individual hay que superar decididamente el estrés siempre maligno y esclavizador. Tal propósito es posible con la ayuda de la sociedad, sus instituciones, los grupos sociales de apoyo, la familia y nosotros mismos.

Lograr el eustrés que nos potencia y controlar el estrés, no son sólo tareas imprescindibles para proteger y mejorar la salud de los sanos (nueva orientación sanológica de una medicina renovadora) sino también misiones humanistas impostergables.

ULTILOGO

No hay epílogo. Una acertada dialéctica de la meta y el rumbo que considera ambas perfectibles es el camino hacia la felicidad del individuo, máxima aspiración de un proyecto humanista universal.

Me atrevo a atisbar las consideraciones finales siguientes:

- ◆ Toda persona en su paso por la tierra tiene el derecho a la felicidad y la libertad.
- ◆ La humanidad cuenta con los conocimientos y medios para hacer efectivo ese derecho barriendo la pobreza indignante, la hegemonía imperialista y la burocratización enajenante como esencia estratégica de un proyecto cultural liberador.
- ◆ En las postrimerías del siglo XX la complejidad crítica del mundo en que vivimos dificulta las necesarias acciones de preservación y cambios de la vida sobre la tierra.
- ◆ No puede existir felicidad humana sin barrer con racionalidad y audacia precavida, los diversos tipos de alienación vigentes en el espacio, el movimiento social y el tiempo.
- ◆ El proyecto cultural liberador es la tarea de un amplio frente progresista donde hay misiones para los individuos, la familia, las diversas generaciones, y los diferentes grupos socio-clasistas con el estado, sus instituciones y la sociedad civil
- ◆ Cada pueblo erigirá su propio camino para la desalienación íntegra pero su vanguardia, será la intelectualidad progresista que más que aspirar al poder político, legitimará sus diferentes proyectos históricos en la práctica social, en la búsqueda de la armonía y el consenso.
- ◆ La cosmopolitización del hombre contemporáneo engrandecerá al género humano sobre bases de justicia social y respeto a los derechos del individuo, siempre y cuando sean sublimados los valores de la honestidad, el trabajo, el fomento de la contradicción liberadora y la solidaridad altruista.
- ◆ La ciencia del XXI como sistema perfectible de juicios de realidad, barrerá la estrechez disciplinaria, mas allá incluso de la necesaria interdisciplinaria, abriendo mediante el abordaje de problemas complejos como la salud humana, la sustentabilidad del desarrollo, la comunicación social o el espacio sideral, por ejemplos, nuevos derroteros en comunión con la visión diversa de ideologías humanistas, religiosas o no.
- ◆ El abrazo para la búsqueda de la felicidad humana de ciencia, ideología y sentido común es inaplazable.

- ◆ Este proyecto cultural liberador inscribe en sus banderas desplegadas, la idea unitaria de que todo el que no está contra él, esta con él y prescinde de la idea sectaria de que todo el que no está con él, está contra él.
- ◆ No creo posible que el hombre, en su devenir histórico llegue algún día a ser libre y menos aún libérrimo de todo tipo de alienaciones, como también intuyo que si logramos tramontar las alienaciones mencionadas (del espacio, el movimiento social y el tiempo, como fue en la edad media la religiosa) no surjan otros tipos de enajenaciones, incluso más complejas. De ahí el riesgo, enigma y fuente de creatividad y lucha de la vida humana por venir.

El hombre y la mujer de cualquier latitud del mundo como seres sociales e individuales tienen derecho a la felicidad a la vez que el deber de emanciparse. Lo lograremos más temprano que tarde: **NOSOTROS MISMOS.**