

La salud pública en período de crisis *

Public health in a crisis time

Jorge Cardona O.

Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Resumen

Se revisan los conceptos de salud pública y de crisis para concluir que no hay una sola definición de cada uno de ellos sino que hay diferentes significados históricos. Ante la pregunta de si existe la salud pública, se responde afirmativamente, si se entiende como un proceso inacabado e imperfecto, con diferencias notables dadas por la formación económico-social en la cual se inserte dicha salud pública.

Ante la pregunta de si estamos en crisis, igualmente la respuesta es positiva pero se diferencia no solo el tipo de crisis sino las condiciones de la sociedad en que aquélla se da.

Ante la pregunta de si existe una crisis de la salud pública, se responde que hasta el presente la salud pública siempre ha estado en crisis, con diferencias notables entre un país y otro, porque nunca ha logrado satisfacer plenamente lo que pretende con sus funciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación.

Se pregunta qué debe hacer la salud pública en época de crisis y la respuesta es que lo primero es identificar y cuantificar la magnitud de la crisis para saber si se trata de una crisis de Estado —cuya salida está por fuera de las que pueda lograr el sector salud— o de una crisis parcial o sectorial, en cuyo caso las reformas propuestas pueden tener algo de validez.

Finalmente, se utiliza el análisis anterior para aplicarlo a la situación concreta de la crisis en la salud pública cubana, y se concluye que las situaciones de crisis pueden tener también efectos positivos como en el caso de la mejor utilización de medicamentos y medicinas alternativas de cualificación del recurso humano, el aumento del ejercicio y la dieta, estas dos últimas con indiscutible influencia en la salud individual y colectiva.

* Ponencia presentada en el VI Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud. Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba. Noviembre 25 de 1997.

Palabras clave

Salud pública, salud pública cubana.

Abstract

The concepts of public health and crisis are reviewed to conclude that there is not only one definition for each one but also every one has different historical meanings. It is questioned if public health exists and the answer is affirmative if it is understood as an unfinished and imperfect process with remarkable differences given by the sociological and economical formation in which public health is inserted.

The answer to the question concerning whether we are in crisis is affirmative as well. However, in this case, not only the sort of crisis is differentiated but also the condition of the society facing the crisis.

When it is questioned if public health is in crisis, the answer states that public health has always been in crisis to date, with important differences from one country to another, since it has never succeeded in fully satisfying with it tries for with its promotion, prevention, treatment, rehabilitation and investigation functions.

The answer to the question about what public health should do in crisis times, consists in identifying and quantifying primarily the crisis magnitude in order to know whether it is a crisis of the State –whose solution is out of what the health sector can do– or it may be a partial or sectorial crisis. If so, the proposed reforms may be somewhat worthy.

Finally, the former analysis is applied to the specific situation of crisis in the Cuban public health, concluding that the crisis situation may also have positive effects as in the case of the best utilization of alternative medicines and medicaments, human resource qualification and the increase of physical exercise and diet. The last two have undeniable influences for the individual and for the group health.

Key words

Public health, Cuban public health.

Introducción

Dos conceptos importantes tienen que ver con el objeto fundamental de esta ponencia: los conceptos de salud pública y de crisis. La salud pública se ha entendido de diferentes formas y no es este el espacio para debatirlas todas. Sólo queremos sustentar que, para los propósitos de esta ponencia, la salud pública es –en palabras del salubrista latinoamericano

Gustavo Molina– “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud. Es sinónima de administración sanitaria”.¹

Existen muchas otras definiciones de salud pública. Podría decirse que tantas cuantos autores escriben al respecto. Mencionemos sólo unas cuantas: “Salud pública es la aplicación de los conocimientos médicos y científicos para asegurar condiciones sanas de vida al individuo miembro de una comunidad”;² “Salud pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”.³ Para Milton Terris,⁴ “La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud⁵ afirma que salud pública es “la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad”. Obsérvese pues la similitud de todas las definiciones y muy especialmente entre la primera —del doctor Molina— y la última, de la OMS.

El otro concepto fundamental que enmarca esta ponencia es el de *crisis*. Según Testa,⁶ “toda crisis no es otra cosa que una crisis de Estado, objetivada y parcializada a veces como crisis sectorial o transitoria, cuya resolución no admite soluciones parciales o coyunturales”. Pero para llegar a esta concepción de Testa, es bueno comenzar por la acepción inicial que tuvo esta palabra en la Grecia clásica, ya que la palabra es de indudable origen griego: *krisis*, de *krinein*, que significa ‘juzgar’, y que se aplicó en la medicina hipocrática al cambio favorable o desfavorable sobrevenido en una enfermedad.⁷ Luego, por extensión, se aplicó a toda situación difícil y tensa en la vida de una persona, empresa o colectividad, de cuyo fin depende la reanudación de la normalidad.⁸

El concepto de crisis es utilizado por historiadores, sociólogos, politólogos, médicos, salubristas y psicólogos, sin que haya aportado gran cosa a la elaboración de un conocimiento sistemático de los fenómenos sociales. Sigue siendo pues un término vulgar, que aspira a alcanzar significado científico, y su uso no se restringe a una sola acepción, sino que se utiliza, desde su concepción más elemental, a toda situación difícil y tensa en la vida de una persona, empresa o colectividad, hasta la crisis de estado que menciona Matus.

En este contexto, surgen varias preguntas. La primera de ellas es: ¿existe la Salud Pública? En el sentido de nuestra definición, podemos decir que la salud pública ha ido configurándose en un proceso histórico desde el comienzo de la humanidad, hasta alcanzar una expresión clara con la Revolución Francesa, que amplió el ámbito de las medidas de salud pública y las enfocó para toda la comunidad.

La investigación científica y el interés de los franceses por todos los aspectos de la salud pública y no sólo por las epidemias –por ejemplo los estudios de Villermé acerca de las condiciones de trabajo de los obreros franceses y la relación existente entre la situación económica y la mortalidad–, distanciaron la visión de la salud pública francesa de la de los demás países europeos. Los médicos franceses, miembros de la Asamblea Constituyente de la Revolución Francesa, se propusieron crear un sistema de salud estatal, para lo cual fundaron el Comité de Salud, de indiscutibles repercusiones en toda Europa.

Las ideas de la Revolución Francesa terminaron por imponerse en Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos, en donde se crearon sistemas de salud con repercusiones en la salud de sus poblaciones. De todas maneras, ante el fracaso parcial del ideario de la Revolución Francesa y el hegemonismo del modelo capitalista liberal, todos los países fueron asimilando la idea de una salud pública que se encontraba ante el dilema diferencial de dos clases antagónicas con dos sistemas diferentes de atención en salud.

Esto sucedía también exactamente en la Rusia zarista, capitalista; obsérvese cómo Lenin exponía el problema de salud entonces existente en los siguientes términos: “Miles y decenas de miles de personas que trabajan toda la vida creando una riqueza ajena, mueren de hambre y de la desnutrición permanente, fallecen prematuramente a causa de las enfermedades engendradas por las repugnantes condiciones de trabajo, viviendas miserables y el insuficiente descanso”.¹¹

En 1913, el año más favorable desde el punto de vista del nivel de desarrollo de la economía y del estado sanitario del país, la mortalidad general en Rusia fue de 29,1 por cada 1.000 habitantes, es decir, 2 a 2,5 veces superior a la de los países económicamente desarrollados. La mortalidad infantil fue de 268,6 por cada 1.000 nacidos vivos, o sea que el 25% de los niños –la cuarta parte de los nacidos vivos– murieron antes de cumplir un año, en especial por enfermedades infectocontagiosas.

La expectativa de vida, según datos del censo de población de 1896-1897, era de 32 años. Existían 28.000 médicos, a cada uno de los cuales le correspondían 5.655 habitantes en promedio, pero el dato es engañoso pues la mayoría de ellos estaban concentrados en las grandes ciudades. Se disponía de 208.000 camas, o sea 13 camas por 10.000 habitantes. Prácticamente no existía industria médica ni servicios estatales sanitarios.

Las sumas asignadas del presupuesto estatal para la asistencia médica alcanzaron en 1913 su más alta cuota: 91 cópecs per cápita (menos de un rublo por cápita). De esta cifra, solamente cinco cópecs se destinaban para medidas sanitario-epidémicas.

Pero con el triunfo de la revolución del 25 de octubre de 1917, surgió otro tipo de medicina y de salud pública con un objetivo muy bien definido: integrarse a la ley económica fundamental del socialismo, dirigida a la satisfacción máxima de las crecientes necesidades materiales y culturales de los trabajadores. En este sentido, la medicina y la salud pública socialista debían satisfacer las necesidades crecientes de salud de los trabajadores y del

pueblo en general. El Partido Comunista y el gobierno soviético, una vez triunfó la revolución, dedicaron gran atención a la organización de la asistencia médica. Lenin firmó personalmente cerca de un centenar de decretos referentes a la asistencia sanitaria y al seguro de enfermedad, entre otros.

En las durísimas condiciones de la guerra civil, es decir en plena crisis, se fueron creando los primeros órganos e instituciones populares de esta nueva salud pública, sin precedentes en la historia. Instituciones de este tipo fueron las secciones médico-sanitarias anexas a los órganos locales del poder. A raíz de la insurrección armada, el 26 de octubre de 1917 se creó la sección médico-sanitaria adjunta al Comité Militar Revolucionario de Petrogrado, encabezada por el médico M. Barzukov. A esta Sección, que fue el primer organismo central de salud pública de la república de los soviets, no solo se le confió la ayuda médica a los insurrectos sino también la reestructuración de todo el sistema de sanidad.

En enero de 1918 fue creado, por un decreto del gobierno, el Consejo de Colegios Médicos —como órgano superior de la sanidad pública del país—, que unió la actividad de todos los departamentos de medicina o médico-sanitarios de los diferentes comisariados del pueblo, equivalentes a ministerios. Inicialmente no se creó un comisariado del pueblo de sanidad, por la oposición de muchos médicos a la estatización.

En junio de 1918 se convocó el primer congreso de mayor representatividad de trabajadores de la sanidad pública —un congreso de las secciones médico- sanitarias—, en el cual se aprobó una resolución especial acerca de la conveniencia de crear el Comisariado del Pueblo de Sanidad. Pero sólo el 11 de julio de 1918 Lenin firmó el decreto de constitución del Comisariado del Pueblo de Sanidad y, adjunto a éste, el Consejo Médico-Sanitario Central, organismo en el que los representantes de las distintas organizaciones sociales, así como de los obreros, campesinos y otras capas de la población, participaban en el examen de las cuestiones sanitarias. Surgía así por primera vez, no solo en la república de los soviets sino también, en el mundo, un órgano sanitario central de todo el pueblo.

En calidad de órgano consultivo se organizó, anexo al Comisariado del Pueblo de Sanidad, el Consejo de Medicina, que desempeñó un relevante papel en la unificación de las fuerzas científico-médicas del país, unificación dirigida a resolver las urgentes tareas prácticas de la sanidad.

En el VIII Congreso del Partido Comunista de Rusia, celebrado en marzo de 1918, se aprobó el programa del Partido, elaborado bajo la dirección de Lenin, y en el que se introducía por primera vez un apartado especial acerca de la sanidad.

En el VII Congreso de los Soviets, reunido en diciembre de 1919, se definieron los tres enemigos más peligrosos para el socialismo: la guerra, el hambre y los piojos, según lo que se dijo entonces: “O los piojos vencen al socialismo o el socialismo vencerá a los piojos”. Y en el II congreso de los trabajadores de la medicina, reunido el 5 de marzo de 1920, dijo Lenin: “La cooperación de los representantes de la ciencia y de los obreros, y solamente esta cooperación, podrá aniquilar la plaga de la miseria, las enfermedades y la suciedad”. Y

agregó: “Hemos comenzado una gran guerra que no terminaremos pronto: una guerra por una Rusia instruida, luminosa, saciada y sana. Espero que en esta guerra los médicos vayan, conjuntamente con el maestro y el agrónomo, en las primeras filas”.¹¹

En 1949 triunfa la Revolución China, a partir de la cual se exponen rápidamente los principios generales que regirían para el sector de la salud:

- La medicina debe estar al servicio de los obreros, los campesinos y los soldados, que antes no tenían servicios.
- Se debe dar preferencia a la medicina preventiva.
- Se deben integrar la medicina tradicional y la medicina científica occidental.
- La labor sanitaria deberá llevarse a cabo con participación de las masas.

En América, en 1953, tras el ataque al Cuartel Moncada en Santiago de Cuba, Fidel Castro es sometido a un juicio en el salón de enfermería del Hospital Saturnino Lora, lo que le dio pie para afirmar: “La justicia en Cuba está tan enferma, que los juicios deben celebrarse en hospitales y no en juzgados”. Es entonces cuando enuncia su famoso alegato conocido como “La Historia me absolverá”,¹² para describir descarnadamente la situación de salud de los cubanos y para exponer cómo, de haber triunfado en su intento, una de las seis primeras prioridades hubiera sido la salud.

En 1959 triunfa la Revolución Cubana y rápidamente se pone en práctica el Programa del Moncada que, en relación con la salud, parte de unos principios generales muy sencillos:

- La salud de la población es responsabilidad del Estado.
- Los servicios de salud son gratuitos y están al alcance de toda la población y llegan a cualquier ciudadano en el lugar y en el momento necesario.
- Los servicios de salud tienen un carácter integral preventivo-curativo.
- Los servicios de salud son planificados e integrados al Plan de Desarrollo Económico Social del país, de acuerdo con los adelantos de la ciencia.

Así, en los diferentes países que adoptan la vía de desarrollo socialista, cada uno con sus propias modalidades de establecer sus sistemas según sus circunstancias concretas, se van configurando algunos principios comunes de la salud pública socialista, como son:

- Su carácter partidista, que responde a determinados intereses de clase que son el reflejo de la salud como fenómeno social vinculado a la lucha por la construcción del socialismo y el comunismo.

- La interpretación materialista dialéctica del fenómeno salud-enfermedad en el hombre.
- La unidad de la teoría y la práctica y la relación de la higiene social con la organización de la salud pública socialista, con un profundo contenido humanista.
- La orientación fundamentalmente preventiva sin olvidar lo curativo.
- La resolución del problema metodológico central de la medicina acerca de la relación de lo biológico y lo social, que define que entre éstos no existe un vínculo estructural inmediato, ya que el individuo no es un ser propiamente biológico sino un ser biosocial, en donde lo biológico no actúa como biológico puro sino como biológico mediatizado por lo social.
- La participación activa de las masas organizadas dependiente de la línea de masas del Partido Comunista.
- La creación de sistemas únicos de salud bajo el comando de un ministerio de salud.
- El carácter planificado de la salud como parte del plan único de la economía nacional.
- La desaparición de los servicios de salud como mercancías, ya que la inmensa mayoría son gratuitos y su costo es absorbido por el Estado.
- La total accesibilidad, continuidad, integridad y cobertura.
- La importancia dada al medio ambiente.
- El internacionalismo proletario.

He sido un poco prolijo en describir la situación de la salud pública en el socialismo porque me interesa diferenciarla de la salud pública en el capitalismo, y observar cómo el máximo desarrollo se ha logrado en países socialistas independientemente de que su desarrollo fuera inferior al de países capitalistas. O sea que la respuesta a la pregunta de que si existe la salud pública es afirmativa, si se entiende como proceso inacabado e imperfecto, con diferencias notables dadas por la formación económico social en la cual se inserte esa salud pública.

La segunda pregunta es: ¿Estamos en situación de crisis? Y la respuesta es positiva, si consideramos que estamos viviendo una *situación difícil y tensa en la colectividad humana*, dependiente de múltiples factores de diverso origen. Es negativa o positiva en algunos casos, si adoptamos la crisis de estado de Matus.

No debe olvidarse, por supuesto, la caracterización de la formación económico-social en la cual se da la crisis porque tanto su origen como su fin, del cual depende *la reanudación de la normalidad*, son diferentes en cada uno de ellos.

La crisis de la formación económico-social capitalista no es la misma que la de la formación económico-social socialista. Mientras en la primera prevalece la contradicción máxima de una producción cada vez social y una apropiación cada vez más individual — como muy bien lo ejemplifica el resultado del neoliberalismo actual—, en la segunda, al desaparecer esa contradicción fundamental, entran a jugar parte una serie importante de factores, muchos de ellos coyunturales pero que, por supuesto, no dejan de plantear una crisis en el sentido en que venimos analizándola.

La tercera pregunta es: ¿existe una crisis de la salud pública? Yo diría que la salud pública, entendida desde la definición de Molina y también desde cualquiera otra de las definiciones, siempre ha estado en crisis porque, por diversos motivos, nunca ha logrado cumplir completamente con todos los requerimientos de la definición. Apenas ahora comienza a tenerse en cuenta el solo fomento de la salud en las políticas de los diferentes países, con menor o mayor éxito en cada uno de ellos —y digo ahora refiriéndome a unas pocas decenas de años que no significan nada en la historia de la humanidad—. Basta solo analizar la protección de la salud desde el punto de vista de las enfermedades inmunoprevisibles e infectocontagiosas, para saber el aporte que éstas tienen en la morbilidad mundial cuando se consideran todos los países; y la reparación de la salud, esa fracción de la que no quisiéramos hablar desde la visión de la salud pública pero para la cual se sigue destinando la parte más importante de los presupuestos de salud, alcanza cifras exorbitantes, aún en países altamente desarrollados, como es el caso de la Gran Bretaña. Esto, para no hablar de la parte de la crisis de la salud debida a la falta de participación comunitaria o de los altos costos dependientes de las consultas, hospitalizaciones, medicamentos y tecnología. O de la falta de políticas claras en salud en los diferentes países en donde las prioridades son otras y en donde muchas veces se privilegian los presupuestos de guerra, destinados a producir más muertos y enfermos. Y aquí sí que encontramos categorías explicativas de acuerdo con cada modo de producción.

¿Existirá un gran interés en el sistema capitalista para terminar con la práctica privada de la medicina, que se nutre de la parte reparadora de la salud pública? ¿Se pretenderá disminuir el consumismo de tecnología médica y de medicamentos costosos? ¿Se concibe un especialista de la medicina capitalista empeñado en educar a su clientela para que no se enferme? Por ejemplo, ¿cabe en la cabeza de alguien la idea de un ortopedista de un país capitalista, que abogue porque la gente no tenga fracturas? Y por el contrario, ¿existe algo menos rentable que una persona enferma en el sistema socialista? Para la sociedad socialista en su conjunto, ¿es preferible tener a su población sana o que una buena porción de ella esté enferma? ¿Existe un mínimo interés, para un médico de un país socialista, en que las personas a su cargo se enfermen? Y con esto, llegamos a la parte final de la ponencia: ¿qué debe hacer la salud pública en época de crisis?

Si partimos del presupuesto de que la salud pública siempre está en crisis, se trata entonces de identificar y cuantificar la magnitud de la crisis, porque ésta puede estar dependiendo de una crisis de estado, en los términos expresados por Matus. En ese caso, poco se podrá hacer hasta no encontrar una salida a esa crisis de estado, la cual podrá resolverse por medio de una revolución —como de hecho a ocurrido en la historia— (caso de la Revolución Francesa, la Revolución de Octubre, la Revolución China, la Revolución Cubana, la Revolución Vietnamita, etc.), o por una reforma de fondo, como inicialmente se hizo en la Gran Bretaña, en otros países europeos o en Costa Rica, para hablar de un caso latinoamericano.

También son posibles reformas coyunturales que dependen ya no de crisis totales de estado sino de crisis parciales, bien sea del Estado o, más corrientemente, del sector de la salud, como es el caso de Colombia o de Chile en América Latina. O del sector económico, como es el caso de Cuba, con cuyo análisis finalizo esta ponencia.

Dudo mucho que exista una sola persona que considere la crisis de la salud pública cubana como producto de una crisis del estado cubano. No hay la más mínima duda, excepto para mentes recalcitrantes, de la legitimidad del estado cubano. Es probable que afronte algún grado de falta de credibilidad, imposible de cuantificar en el momento actual, pero es casi imposible de encontrar un solo estado que no tenga algún grado de falta de credibilidad.

Si se revisan los principios de la salud pública socialista, puede deducirse perfectamente que la crisis del sistema de salud cubano no es una crisis de principios. Quién lo creyera, pero en unas condiciones económicas tan difíciles como las que tiene Cuba, se han conservado esos principios.

Los efectos, por supuesto, han sido serios e incluyen las condiciones de vida del recurso humano —fundamental para mantener una adecuada relación con la población—; el recurso material, fundamentalmente en lo que atañe a medicamentos y parte de la tecnología; y todo esto dependiendo del recurso financiero que necesariamente ha tenido que ser recortado.

Pero, aunque parezca paradójico, el análisis del diagnóstico de la situación de salud —y especialmente del estado de salud de la población— ha mejorado en los indicadores de salud infantil y materna (quizás los más sensibles a los cambios del desarrollo económico) y en muchos indicadores de morbimortalidad.

Por supuesto que no pueden negarse los efectos de la crisis económica en las condiciones de vida de la población, por ejemplo, en la sensible disminución del salario real ante un proceso inflacionario que tocó fondo y que poco a poco responde a las medidas económicas que se han implementado. No cabe ninguna duda acerca del desmejoramiento de los indicadores de condiciones de vida con relación a los primeros años de la década del 80, que, dentro de las mediciones tradicionales del nivel de pobreza, pueden estar abarcando una buena parte de la población cubana.

La crisis ha sido profunda y seria y ha llevado a que la población cubana llegara por vía de la obligatoriedad a dos medidas a las que todo el mundo debe llegar algún día por vía de la voluntariedad; me refiero al ejercicio y a la dieta.

El ejercicio debe ser una actividad consciente y voluntaria y cada vez gana más adeptos en todo el mundo en donde se practica, ya sea por medio de un deporte preferido, en un gimnasio o como actividad meramente particular. En Cuba, todas estas modalidades existían desde antes y, desde el punto de vista deportivo, con una gran efectividad, pero no puede hablarse de su carácter masivo; éste se logra con la utilización de la bicicleta ante los problemas del transporte derivados de la crisis económica.

En el aspecto de la dieta —es decir, la disminución de la ingesta calórica para evitar el sobrepeso que pueda producir diferentes tipos de enfermedades, especialmente cardiovasculares—, ésta se produce también en forma obligatoria, como producto igualmente de la crisis económica. El problema de esta disminución de la ingesta calórica es que no se haga con los productos que se desearían sino con los que hayan en un momento dado, pero, de todas maneras, tiene el mismo efecto benéfico en la salud de la persona.

Será necesario efectuar una evaluación cuidadosa de estos dos fenómenos para obtener conclusiones que permitan la comparación con situaciones anteriores. Y no se crea que con esto estoy haciendo una apología de la pobreza; ésta siempre ha sido, es y será una desgracia, pero la pobreza nunca ha sido —ni es ni será— una deshonra. Mucho menos cuando su causa reside en bloqueos absurdos de un país poderoso hacia otro débil o en coyunturas especiales de la finalización de términos de intercambio favorables, que ya no se dan.

La reciente Conferencia de Yakarta (Indonesia), de julio de 1997, ha definido la pobreza, por encima de todo, “como la gran amenaza para la salud”. Sin embargo —y repito que sin el más mínimo deseo de hacer apologías—, se trataría de definir si la pobreza es la carencia de cosas o, si como dice Frank Cane, “la pobreza es un estado de ánimo. No son ricos los que tienen todo en abundancia, sino los que sienten la abundancia. Solo se es rico cuando el dinero no le preocupa a uno. Si tu tienes dos pesos y no te lamentas de no tener más, eres más rico que quien tiene dos millones y no puede dormir porque no tiene cuatro. Pobreza no es carencia; es la presión de la carencia. La pobreza está en la mente, no en el bolsillo”.

Por otra parte, la crisis económica que afecta a Cuba ha puesto a prueba la creatividad y el ingenio para salir de ella y para cuestionar la utilización de recursos que se venían utilizando como si fueran los óptimos. Me refiero, por ejemplo, a la utilización de los medicamentos. En el mundo desarrollado, específicamente en los Estados Unidos, se han medido los días de hospitalización como producto de reacciones secundarias a los medicamentos y es una cifra asombrosa. La falta de medicamentos en Cuba ha hecho recurrir a diferentes formas de medicinas alternativas. Considero que ha sido un gran logro y fundamentalmente es un aspecto positivo de la crisis, porque no siempre los efectos de una crisis son negativos. Es mi impresión que tanto la crisis del socialismo como la crisis

del sector de la salud ha generado una serie de efectos positivos que precisamente actúan como catalizadores de la superación de la crisis.

Las crisis deben analizarse como en la siguiente historia china:

Un anciano labrador [...] tenía un viejo caballo para cultivar sus campos. Un día, el caballo escapó a las montañas. Cuando los vecinos del anciano labrador se acercaron para condolerse con él, y lamentar su desgracia, el labrador les replicó: ¿Mala suerte? ¿Buena suerte? ¿Quién sabe? Una semana después, el caballo volvió de las montañas trayendo consigo una manada de caballos. Entonces los vecinos felicitaron al labrador por su buena suerte. Este les respondió: ¿Buena suerte? ¿Mala suerte? ¿Quién sabe? Cuando el hijo del labrador intentó domar uno de aquellos caballos salvajes, cayó y se rompió una pierna. Todo el mundo consideró esto como una desgracia. No así el labrador, quien se limitó a decir: ¿Mala suerte? ¿Buena suerte? ¿Quién sabe? Una semana más tarde el ejercito interrumpió en el poblado y fueron reclutados todos los jóvenes que se encontraban en buenas condiciones. Cuando vieron al hijo del labrador con la pierna rota le dijeron: tranquilo. ¿Había sido buena suerte? ¿Mala suerte? ¿quién sabe? Todo lo que a primera vista parece ser un contratiempo puede ser un disfraz del bien. Y lo que parece bueno a primera vista puede ser realmente dañoso”.⁹

Otro efecto positivo, en las condiciones concretas de Cuba, es su personal de la salud: los médicos y enfermeras de la familia a quienes, parafraseando a Paul Baran¹⁰ “les ha correspondido, tanto por responsabilidad como por privilegio, salvar del exterminio la tradición del humanismo, la razón y el progreso, que constituyen el legado más valioso de toda la historia del humanidad”.

Si a ese médico y enfermera de la familia cubana unimos el resto del personal de salud en todos los países del mundo, que aceptan esa responsabilidad y tienen ese mismo privilegio, “se podría afirmar que se está identificando el trabajador de salud con un héroe; que no es razonable pedir a alguien que se resista a todas las presiones de los intereses creados y que exponga su bienestar individual a todos los peligros por amor al progreso humano. Sin embargo, la historia nos ilustra sobre muchos individuos que fueron capaces de superar sus intereses personales y egoístas y subordinarlos a los intereses de la sociedad, aún en las épocas más tenebrosas y en las circunstancias más difíciles. Siempre necesitaron de mucho valor, de mucha entereza y de gran habilidad”.¹⁰ Sólo cabe esperar que nuestros respectivos países “aporten ahora esa cuota de hombres y mujeres que defiendan la honra de los trabajadores de la salud y de los intelectuales honestos, en contra de toda la furia de los intereses dominantes y en contra de todos los embates del agnosticismo, del oscurantismo, del inhumanismo”¹⁰ y del neoliberalismo.

Bibliografía

1. Molina G. Introducción a la salud pública. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública; 1977. p. 10.
2. Frazer WM, Stallybrass CO. Text book of public health. En: Molina G. Op. cit. p. 10.
3. Winslow EA. En: Molina G. Op. cit. p. 10.
4. Terris Milton. Tomo I. En: Fundamentos de salud pública. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997.
5. Organización Mundial de la Salud. En: Molina G. Op. cit.
6. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial ; 1993. p. 99.
7. García P. , Gross R. Pequeño Larousse en color. Barcelona: Larousse; 1984.
8. Diccionario Planeta de la lengua española usual. Bogotá: Planeta ; 1988.
9. Mello A. Sadhana. España: Salterrade; 1995. p. 155.
10. Cardona J. Discurso pronunciado por el doctor Jorge Cardona Osorio en la clausura de los programas académicos de 1974 en la Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Esc Nac Salud Pública 1975; 1(2): 9-10.
11. Lenin V. Obras completas. Argentina: Cartago; 1960.
12. Castro F. La historia me absolverá: un aporte jurídico. Cuba: Política; 1993.