

“ La Medicina Social, la Salud Pública y el Siglo XX”¹

Dr. Jorge Aldereguía Henríques

Introducción

Pensar sobre el siglo XX es analizar la etapa del desarrollo de la humanidad de mayor dinamismo y mas profundas transformaciones económico-sociales, no exenta a la vez, de importantes calamidades, ni libre aún de peligros angustiosos que acechan el progreso ulterior del hombre.

La medicina humana alcanzó sin dudas en el siglo XX la mayoría de edad. En su vertiente básica, ha llegado hasta abrir las puertas del genoma humano y preparar su asalto. En su vertiente clínica, ha consolidado un impresionante arsenal diagnóstico y terapéutico que le permite no sólo ya aliviar el sufrimiento e impedir la gravedad inevitable de antaño, sino al mismo tiempo, curar un espectro de enfermedades nada despreciable. En su vertiente social, ha convertido la lucha por la salud del hombre en problema global, internacionalmente reconocido, del desarrollo de la humanidad y ha fijado la dimensión y la creciente efectividad de la acción profiláctica como su orientación principal hacia el futuro.

La vida del hombre en lo que a su duración se refiere, duplica ya en forma colectiva, el umbral de 30-40 años de algunos mamíferos superiores. Enfermedades de naturaleza sociobio

¹ Capítulo escrito en febrero de 1991 para libro en preparación “La medicina social y la salud pública en el siglo XXI” del propio autor.

lógica como las no transmisibles crónico degenerativas dominan, en las áreas de mayor desarrollo, el perfil de la mortalidad. La salud pública moderna es un elemento activo del progreso de la humanidad y se proyecta cada día más al todo social y la actividad vital del ser humano.

Al examen panorámico de la evolución de la medicina social en el siglo XX, tomando en cuenta sus puntos de partida y revelando sus momentos más importantes, se dirige el conjunto de ideas que se ofrecen a continuación al lector .

Antecedentes

¿ Con qué potencialidades irrumpe la medicina social en el siglo XX?

En la segunda mitad del siglo XIX puede resolverse la discusión en el campo de la medicina, del enfoque de la causalidad de las enfermedades, entre miasma y contagio. El segundo, se concretaba en medidas cuarentenables y apuntaba contra el intercambio comercial creciente y sus agentes generadores (mercaderes e industriales). Las medidas para evitar el contagio eran una de las armas del control burocrático de los señores feudales y sus representantes. De ahí que el anticontagionismo acompañó al movimiento liberal burgués contra los misticismos y limitaciones estatales. ⁽¹⁾

En Inglaterra se vinculó a la teoría miasmática, con los trabajos de Edward Chadwick y los estudios de William Farr sobre la estadística de la mortalidad por cólera, vinculada a la elevación de las aguas del río Támesis y sus emanaciones. En 1843 fue creada una comisión para estudiar el estado sanitario del país, y en 1848 fue dictada la primera ley de salud pública.

Por su parte, en Alemania se generó un movimiento liberal burgués por la reforma médica, germen fecundo de la escuela sociológica médica, que vinculó la pobreza y la desnutrición a las causas de las enfermedades.

En 1849 se sometió a la consideración de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Berlín un proyecto de ley de la salud pública que fundamentó la necesidad de asegurar la salud mental y el desarrollo físico de los ciudadanos, prevenir los peligros para la salud y controlar las enfermedades.

Entre las figuras prominentes de este movimiento revolucionario resalta la personalidad de Rudolf Virchow, anatomopatólogo epónimo, luchador social y antropólogo en los años finales de su vida, cuyo entierro movilizó decenas de miles de berlineses, en reconocimiento a su destacada labor pública.

En Francia, con Jules Guerin, se introduce en 1848 el término de medicina social y los conceptos de fisiología, patología, higiene y terapia sociales.⁽²⁾

En los años de las décadas de 1850 y 1860 se produce un importante desarrollo de la bacteriología, que aporta después de 1870 pruebas definitivas de gérmenes vinculados a enfermedades. Louis Pasteur y Robert Koch descollaron en este empeño, que fijó la plataforma de la primera revolución epidemiológica con su paradigma del modelo unicausal de las enfermedades, rector por muchos decenios del pensamiento médico y la estrategia de la salud pública.⁽³⁾

Cuando el estado de salud de la población era dominado por las enfermedades transmisibles a la par del proceso descrito del parto de la medicina social como criatura científica, en 1853-1854, vieron la luz las investigaciones de John Snow del suministro de agua y la epidemia del cólera, en Broad Street. Incorporó conocimientos biológicos, médico y social a sus averiguaciones, además del estadístico, resolviendo antes del descubrimiento del germen el asunto del cólera epidémico. Con Snow surge el instrumental metodológico indispensable de la medicina social: la epidemiología. Las historias respectivas de su desenvolvimiento como disciplina científica y actividades profesionales no pueden ser divorciadas.

Como un desarrollo a la tradición prusiana de organización de los servicios de salud, el "Canciller de Hierro" Bismarck estructura la modalidad del seguro nacional de salud, que llegó

a extenderse en el siglo XX por toda Europa. Este modelo de financiamiento de servicios de salud cubre toda una época histórica en los países capitalistas (e incluso persiste hasta nuestros días con importantes particularidades nacionales) y ha sido una respuesta a la lucha de la clase obrera por sus derechos fundamentales. No parece difícil colegir de lo antes señalado que la medicina social irrumpe en la centuria que vivimos vinculada al movimiento social democrático burgués, con una avanzada conceptual y metodológica y con formas nuevas de organización y financiamiento de los servicios de salud como los seguros nacionales de salud.

Primera mitad del siglo XX: Hacia la socialización de la salud pública.

En la primera mitad del siglo XX se produce la agudización de la lucha ideológica en la medicina social entre las concepciones burguesas y las marxistas leninistas.

Con Alfred Grotjahn en Alemania se consolida la elaboración teórica de la medicina social burguesa. Publica en 1911 su libro " Patología Social", donde elabora una serie de principios básicos: la importancia de la enfermedad desde el punto de vista social la determina su frecuencia, las diferentes formas de relación etiológica entre las condiciones sociales y su enfermedad y la atención del ambiente económico y social para evitar las enfermedades. Grotjahn concreta la dimensión de la higiene social, propugna su enseñanza en la carrera de medicina y funda la primera cátedra de esta disciplina. Sin embargo, llegó a defender posiciones eugenistas en la medicina en la búsqueda de razas superiores.

A la vez, con la Revolución de Octubre, toma vida el primer sistema socialista de salud pública en la historia de la humanidad, conducido por Nikolai Semashko, primer comisario de sanidad del gobierno de Lenin y se despliegan concepciones teóricas, metodológicas y organizativas de los servicios de salud y la salud de la población, que han tenido influencia universal hasta nuestros días. No en vano la OMS refrendó en la década de los años de 1970, en una resolución especial, la validez internacional de los principios de la salud pública materializadas en los países socialistas de entonces ⁽⁴⁾ .

Desde el punto de vista metodológico, ya en 1914 se produce un importante acontecimiento. Joseph Goldberger es comisionado en los Estados Unidos para realizar sus estudios sobre la pelagra, conocida en la clínica como enfermedad de las tres D: diarrea, dermatitis y demencia.

En su trabajo "Estudios sobre la pelagra" apunta: "si la pelagra es una enfermedad contagiosa, ¿ Por qué esta exención de enfermeras y asistentes?. La explicación de esta notable inmunidad de que nos ocupamos deberá buscarse en la diferencia de alimentación que reciben ambos grupos de residentes". Goldberger resaltaba la diferente difusión de la pelagra entre los internados en asilos u hospitales psiquiátricos y los trabajadores que los atendían.

En este nuevo trabajo señaló: "otros dos aspectos epidemiológicos de la pelagra: 1- la enfermedad es esencialmente rural y 2- se relaciona con la pobreza".

" En vista de la gran incertidumbre que existe acerca de la verdadera causa de la pelagra no sería erróneo sugerir [...] intentar evitar la enfermedad mejorando la alimentación de aquellos que tienen mayor propensión a contraerla".

En su carta al director general del Servicio de Salubridad de E.U.A. de 4 de septiembre de 1914 escribió: " la pelagra no es una infección, sino una enfermedad de origen esencialmente alimentario; es decir, que de alguna manera es causada por la ausencia en la alimentación de vitaminas esenciales. La pobreza y el progresivo aumento del precio de los alimentos obligan a la persona, las familias e instituciones a reducir los elementos más caros (carne, leche, huevos y legumbres) y a subsistir de los cereales más baratos (maíz), carbohidratos (jarabes y melazas) y de verduras y grasas (tocinos) que deben procurarse fácilmente" ⁽⁵⁾.

Además de la importancia científica de los estudio del investigador norteamericano por su celo, acuciosidad, profundidad y prudencia, son inestimables sus aportes al desarrollo del método epidemiológico y su hipótesis, que excluía la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, cuando la racionalidad del pensamiento médico era aplastada por el paradigma unicausal infeccioso.

En el terreno metodológico, ya desde los años de la década de 1930 comienza la utilización cada vez más amplia del arsenal estadístico para describir la difusión de las enfermedades no infecciosas. En Inglaterra Major Greenwood, en su estudio de la epidemiología del cáncer señalaba “desde el punto de vista estadístico no cabe duda de que el cáncer es una de las enfermedades de muchedumbre más importante y aumenta con el avance de la civilización material”.

“La mortalidad por cáncer entre la clase social más baja es mucho más alta que la de cualquier otra clase. Este contraste es mucho mayor para las localizaciones particulares que para el cáncer en su totalidad: para el cáncer de la lengua 5 veces más, el de recto y ano poco más mortal y el de colon menos mortal aún” ⁽⁶⁾

No es posible hablar del desarrollo de las concepciones de la medicina social sin resaltar la obra imperecedera de Henry E. Sigerist, de origen francés, que trabajó entre otras prestigiosas instituciones docentes, en el Instituto de Historia de la Medicina de la Johns Hopkins University.

De acuerdo al tema que nos ocupa vamos a exponer tres núcleos de ideas de este hombre de pensamiento universal. Para Sigerist, las cuatro tareas de la medicina son: la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación ⁽⁷⁾.

Esta concepción nueva sirvió incluso de base a los conocidos niveles de prevención de Leavell y Clark, muy difundidos y utilizados en la práctica de la salud pública contemporánea.

Su estudio del sistema de salud pública soviético por más de 5 años le sirvió para escribir el libro “La medicina socializada en la Unión Soviética” publicado en 1937, que incluso fue editado en Cuba en los años de la década de 1940. En el se dice: “ Un nuevo orden político, económico y social ha nacido de allí y ha modificado muy profundamente las formas de la atención médica [...]. Puesto que la salud es un bien al que todos tienen derecho el servicio médico es gratuito [...] la medicina preventiva tiene prioridad decisiva [...] el servicio médico se

lleva a la población cada vez más por centros médicos, dispensarios, policlínicos [...]. La cultura física se ha hecho popular [...]. Lo que está sucediendo allá es el inicio de un nuevo período de la historia de la medicina". No puede desestimarse bajo concepto alguno la influencia que tuvo el conjunto de apreciaciones de Sigerist, después de difundirse su obra arriba señalada, en los círculos médicos de Inglaterra, para la creación de su servicio nacional de salud, el primero de un país capitalista desarrollado.

Historiador de la medicina, Sigerist era desde muy temprano un socialista convencido. En su libro "Civilización y enfermedad" (1943) dijo que el mundo va a dar el paso "de la sociedad de competencia a la sociedad de cooperación; irá hacia el socialismo". Tanto en Inglaterra como en los Estados Unidos hubo un redescubrimiento de la escuela sociológica de la medicina a mitad de siglo. La razón de que el movimiento comenzara en la Gran Bretaña fue en gran parte porque en el liderazgo del movimiento británico en favor de la medicina social influyó la ideología laborista, Major Greenwood fue miembro fundador de la Asociación Médica Socialista en 1930; R. Doll era socio activo y J. Ryle sostenía lazos estrechos: "[...] creo que la razón por la que no ocurrió en otras partes fue que los servicios de salud estaban todos dominados clínicamente [...] la medicina eclipsó a la salud pública" ⁽⁶⁾.

El proceso que Milton Terris ha bautizado como segunda revolución epidemiológica se inició con las condiciones políticas y médico sociales descritas, era una respuesta al cambio del perfil epidemiológico de la mitad de la población de los países capitalistas desarrollados hacia las enfermedades crónicas no transmisibles y fue también resultado de la amplia utilización de los métodos estadísticos, enriquecedores de la epidemiología tradicional. Históricamente este importante acontecimiento se simboliza con el nuevo desempeño de John Ryle como médico: de la clínica a la medicina social. Este médico inglés señaló: "la salud pública [...] se ha preocupado en gran medida por las enfermedades transmisibles, sus causas, distribución y prevención. La medicina social trata de todas las enfermedades prevalentes, incluyendo la enfermedad cardíaca reumática, la úlcera péptica, las enfermedades reumáticas crónicas, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la psiconeurosis y las lesiones por accidentes. Julián Huxley, gran biólogo y humanista, ha comentado la transición en marcha desde la era del hombre económico a la era del hombre social. Nuestra profesión, tan dedicada particularmente

al hombre y su bienestar, debe ayudar a esta transición con toda la sabiduría científica y humanista de que dispone [...] de aquí a 10 o 20 años el interés más notable del estudiante, así lo espero, ya no radicará en el caso insólito, difícil, y muchas veces incurable, sino en las enfermedades comunes y más comprensibles y evitables. Ojalá que sus preguntas diarias cambien de ¿Cuál es su tratamiento? a ¿cuáles son sus causas? y si evitable, entonces ¿por qué no ha sido evitada?"⁽⁹⁾.

Concluida la segunda guerra mundial ocurrían importantes cambios en la organización de los servicios de salud mundiales: se ampliaba el campo de actuación de la salud pública socialista con la progresiva instauración de las democracias de Europa Oriental y la Revolución China, así como surgía el servicio nacional de salud inglés.

En Inglaterra el seguro médico nacional había comenzado en 1911, únicamente para los trabajadores de bajos ingresos, excluía a sus familiares y se limitaba a servicios de medicina general y medicamentos. El seguro no se extendió a otros sectores sino que dio paso al S. N. S. británico, por una razón económica: los hospitales particulares no eran auto sostenibles y se produjo la nacionalización estatal, y otra política: las exigencias de la clase obrera inglesa canalizadas por el Partido Laborista, influenciados por el ejemplo soviético.⁽¹⁰⁾

En albores de los años de la década de 1950 largo trecho había andado la medicina social. Enriqueció su aparato categorial sin concluir aún una alternativa al paradigma unicausal. Preparó, con la ampliación del objeto de la epidemiología y el enriquecimiento de su arsenal estadístico y de investigación científico médica, la plataforma para los resultados, aún por venir, de la búsqueda de diferentes factores de riesgo de las enfermedades.

Estuvo inmersa desde entonces, en la lucha ideológica entre el capitalismo y el socialismo, que en razón de haber sido proyectada por muchos científicos de la medicina social de los países socialistas con criterios diagnósticos impidió ver múltiples enfoques y hechos positivos que surgieron en occidente, con más fuerza en la segunda mitad de siglo, con el enfrentamiento de problemas nuevos que surgían en estos países por su mayor nivel de desarrollo. Por último se asiste al advenimiento de los primeros servicios nacionales de salud socializados de la historia de la humanidad: el soviético y en occidente, el británico.

Segunda Mitad del Siglo XX: Hacia la promoción de salud.

Es realmente impresionante el despegue de las investigaciones epidemiológicas retrospectivas y prospectivas que aportaron un gran material fáctico para la interpretación de la causalidad de las enfermedades.

Resulta oportuno no olvidar la batalla, aún inconclusa, contra las compañías tabacaleras por la nocividad de los cigarrillos y la relación del hábito de fumar con enfermedades de elevada mortalidad: en primer lugar, el cáncer del pulmón. Entre las pioneras de estas investigaciones está la de Richard Doll y Austin Bradford Hill. “En Inglaterra y Gales el fenomenal aumento del número de muertes atribuidas al cáncer de pulmón proporciona uno de los cambios más notables en el patrón de mortalidad detectado por el registro general [...] el número anual de muertes registradas subió aproximadamente 15 veces. La mayor prevalencia del carcinoma de pulmón en los hombres, comparados con las mujeres, conduce lógicamente a la sugerencia del que el hábito de fumar pueda ser una causa, dado que es principalmente un hábito de hombres”.⁽¹¹⁾ En esta misma dirección destacan las investigaciones de E. Winder y E. Graham sobre “El consumo de tabaco como posible factor etiológico en el carcinoma broncogénico: Un estudio de 684 casos comparables” (1950) y “El cáncer y el consumo de tabaco: Informe preliminar” de Morton Levin y Cols. (1950).

Este tipo de estudio retrospectivo ó también llamado de casos y controles, incorporó otras asociaciones como las de A. Lilienfeld y colaboradores, acerca de la “Relación entre la experiencia del embarazo y el desarrollo de ciertos trastornos, neuropsiquiátricos en la niñez” (1955). “Un estudio controlado sobre accidentes mortales de automóvil en la ciudad de Nueva York” de James Canopor y Willian Hadden (1962) y el “Incremento del riesgo de carcinoma endometrial entre las consumidoras de estrógenos conjugados” de Haary Ziel y William Finale (1975).

Los estudios prospectivos o de cohortes incorporaron una importante dirección complementaria de investigación; clásico puede considerarse el de factores de riesgo de las

enfermedades cardiovasculares en E. U. en la comunidad de Framingham de William Kannel y colaboradores.

“El concepto de factores de riesgo, evolucionó a partir de los estudios epidemiológicos prospectivos [...] que relacionaban las características personales de los participantes con la incidencia subsiguiente de la cardiopatía coronaria. Los principales riesgos cardiovasculares identificados, pueden clasificarse lógicamente como: 1) atributos personales aterogénicos ,2) hábitos de vida ó factores ambientales menos discrecionales que favorecen estos factores del huésped, 3) signos de enfermedad preclínica y 4) la susceptibilidad del huésped a todas estas diferentes implicaciones” ⁽¹²⁾ .

R. Doll y A. Bradford Hill añadieron a su estudio ya mencionado otro de cohortes: “La mortalidad en relación con el hábito de fumar: dos años de observaciones sobre médicos británicos” publicado en 1964. También se incursionó en problemas como la “Leucemia relacionada con la radiación de Hiroshima y Nagasaki, 1946-1964” de O. Joseph Bizzorero y colaboradores.

Evaluaciones del estado de salud de la población como la de M. Greenwood, estudios experimentales como el de Goldberger, investigaciones de epidemia como la de Snow fueron enriquecidas con las retrospectivas y prospectivas. Pero esto no es todo. También el método epidemiológico como parte de la concepciones médico sociales incursionó en la evaluación de la eficacia de los programas preventivos, como, por ejemplo: “¿ Es una ayuda el tamizaje por citología ‘pap’ para prevenir el cáncer del cuello del útero?” de E. Clarke y T. Anderson (1979), y de la atención médica, como el de P. Lembeke de “Medición de la calidad de la atención médica mediante estadísticas vitales basadas en áreas de servicio hospitalario: Estudio comparativo de las tasas de afectación” de 1952.

Tales estudios con sus resultados contribuyeron a promover un paradigma de las causas de las enfermedades, el multifactorial, planteado por primera vez por Brian Mac Mahon, quien fundamentó el tejido causal como red de interacciones de diferentes factores. ⁽¹³⁾

Debe reconocerse, con justicia histórica, el importante papel desempeñado en el desarrollo teórico-conceptual de la medicina social de importantes personalidades de la salud pública norteamericana, entre los cuales se destacan el profesor Milton Terris, editor de la revista *Journal of Public Health Policy* y Presidente de la Asociación de Salud Pública Norteamericana. Digno continuador de Henry E. Sigerist, Terris es un paradigma del vínculo orgánico de la medicina social y la epidemiología, de la proyección social y no médico centrista de la salud pública contemporánea, así como de su enfoque esencialmente humanista. Terris produjo en los años de la década de 1970 un artículo que mueve a la reflexión y a la acción renovada acerca de la epidemiología de la salud con resultados de investigaciones concretas de diferentes latitudes sobre problemas como el crecimiento y desarrollo físico, el bienestar térmico, la diferencia de rendimiento laboral que determina una estructura disímil de una población en grupos seleccionados y el coeficiente de inteligencia diferencial de niños estadounidenses y guatemaltecos al nacer y años después. En una de sus últimas producciones estratégicas, examina a fondo el porvenir de la salud pública y resalta la influencia decisiva de factores generales del plano internacional como la guerra fría y la carrera armamentista, nacionales (en E. U.) como la dinámica del crecimiento económico y el escenario político en la lucha de conservadores y progresistas y específicos como el desarrollo de la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la atención médica. ⁽¹⁴⁾

Un proceso de indudable trascendencia en la segunda mitad del siglo ha sido el desmoronamiento del sistema colonial heredado históricamente y el ascenso a la palestra internacional de un conjunto de países con voz propia, denominados del Tercer Mundo, sumidos en el subdesarrollo económico y social con ansias de progreso. Por constituir la mayoría de la humanidad viviente, el examen panorámico que se realiza no puede dejar de señalar su resultado más fructífero y alentador.

Parece indiscutible que es ésta la experiencia cubana, reconocida internacionalmente por amigos y hasta enemigos, con la cual se ha logrado subvertir el subdesarrollo sanitario sin traspasar aún el umbral del económico, como resultado de una voluntad política de justicia social y de solidaridad internacional. Tal realización es una de las principales banderas

humanistas de la Revolución Cubana y ha sido llamada por algunos, núcleo de su capital simbólico y por otros, milagro cubano de salud.

Puede decirse que de milagroso ha tenido lo grandioso y lo inesperado, al menos para sus detractores, pero sin embargo, no tiene nada de místico. En un país de experiencia sanitaria "sui generis", que tenía para los años de la década de 1930 una de las tasas de mortalidad más bajas del mundo aunque inserto en la paradoja neocolonial del capitalismo dependiente, exhibía junto a resultados como el anterior, una buena parte de la estructura de su mortalidad dominada por enfermedades infecto-contagiosas, así como abismales diferencias entre la ciudad y el campo, ricos y pobres, blancos y negros en lo a que su estado de salud y al acceso y calidad de los servicios se refiere; hoy ofrece indicadores de salud semejante a los de países de elevado desarrollo económico y social. Los pilares de este experimento social han sido las virtudes del socialismo como organización económico social de esencia humanista, el pensamiento político social avanzado de sus máximos conductores, el dinamismo sostenido del estado mayor de la salud pública cubana, la fructífera relación con la salud pública socialista, sobre todo en los años de la década de 1960, su momento de oro, y la no truncada influencia de la medicina occidental, particularmente la norteamericana, a pesar de un bloqueo criminal de cuatro décadas.

Ahora, en la entrada al nuevo milenio se apresta a la búsqueda del segundo "milagro cubano de salud" materializando la estrategia de la potencia médica vertebrada en la década de 1980, donde se vinculan a necesarios reajustes económicos sin transgredir la equidad, el modelo del médico de familia como línea de avanzada de la atención primaria, la formación de un médico de nuevo tipo sobre bases de selección al ingreso, un programa de estudios renovado y el desarrollo de las especialidades y la ciencia médica y farmacéutica.

Bajo la influencia de la Revolución Cubana y en medio de las difíciles condiciones de la lucha por la justicia social, surge y se consolida en América Latina desde los años de la década de 1970, la epidemiología social orientada a la crítica de las negativas consecuencias sanitarias de la política neocolonial y el modelo capitalista dependiente. Nacida en medios universitarios latinoamericanos, principalmente mexicanos, ecuatorianos, argentinos y venezolanos, ha

aportado entre sus resultados fundamentales, interpretaciones teóricas del modelo de causalidad social de las enfermedades, difusión del arsenal metodológico de la epidemiología, formación postgraduada, literatura creciente y elementos de denuncia político-social. Ana Cristina Laurell, Jaime Breilh ⁽¹⁶⁾ , Pedro Luis Castellanos, Rodrigo Yépez y R. Escudero son algunos de sus más destacados representantes.

El surgimiento y consolidación de los organismos internacionales de la salud como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1946) y la Organización Panamericana de la Salud (O.P. S. 1947) han hecho una contribución destacada al desarrollo de la medicina social y los servicios de salud en la segunda mitad del siglo XX. Ha llegado a vertebrarse y optimizarse un impresionante sistema internacional de estadísticas de salud que permiten monitorear la dinámica de la salud de la población en el mundo, sus regiones y territorios, de inestimable valor. Además del apoyo material y moral al intercambio científico técnico y a la difusión de literatura especializada, se han impulsado programas de intervención sobre factores de riesgo de las enfermedades y en la región europea sobre enfermedades cardiovasculares.^(17.) En el terreno de la medicina social ha sido una contribución importante el movimiento mundial en torno al objetivo de “Salud para todos en el año 2000” y a la estrategia de atención primaria de salud, acordada en la conferencia de Almá Atá en 1977, vinculados ambos a la figura de su ex – Director General Halfdan T. Mahler.

Un verdadero hito histórico lo fue en 1974 la salida a la luz pública de la primera declaración gubernamental de la segunda revolución epidemiológica: “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses”, protagonizada por el entonces Ministro de Salud, Mark Lalonde. Sobre la base de resultados mundiales de avanzada del estado de salud de la población y un seguro nacional de salud financiado hasta 95% por impuestos federales y estatales, individuales, colectivos y de salud (aumento del precio de venta a productos nocivos como el cigarro, alcohol, etc.), que aseguraba ya desde los años de la década de 1960 el acceso de la población a los servicios hospitalarios y desde los de 1970, a todos los servicios médicos, el Ministerio de Salud canadiense reorientó su estrategia moderna de salud pública combinando el nivel conceptual y las acciones prácticas.

M. Lalonde con la ayuda de su dirección de planificación estableció un tipo de mapa del territorio de la salud con cuatro campos de acción bien identificados: estilos de vida, genética humana, medio ambiente y salud pública, destacando el impacto decisivo para el ulterior mejoramiento de la salud de la población de los tres primeros.

El programa de acción se vinculaba a la promoción de salud como sistema de acciones sociales más allá de la prevención de enfermedades, a través del ascenso del nivel de vida, acciones de regulación jurídicas y administrativas, la elevación de la eficiencia de la atención de salud vigente y el establecimiento de objetivos cuantificados de mejoramiento de la salud de la población. Es este sin dudas, el resultado más importante de la experiencia socialdemócrata de la salud pública, representada en Europa por Suecia. Una evaluación comparativa entre Estados Unidos y Canadá de finales de la década de 1980 muestra mejores indicadores de la salud de la población del segundo, así como servicios de salud que gravan un 20% menos del P. N. B., un costo per cápita 1/3 menor, gastos administrativos 3/4 inferiores, una estructura profesional de médicos generales 5 veces mayor, un sueldo anual de especialista de \$80.000 contra \$130.000 y un número de intervenciones quirúrgicas que es 40% más alto en Estados Unidos ⁽¹⁸⁾.

A pesar de estos resultados el programa canadiense no ha logrado detener el incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, eliminar la diferencia aún vigente de 3-4 años en la esperanza de vida según el nivel de ingresos y hasta de 15 años en la esperanza de vida en salud, así como resolver la imposibilidad de monitorear la calidad de la atención médica, entre otras cosas, por el pago según honorarios por servicios y a pesar de las tarifas establecidas por los gobiernos provinciales.

En 1979-1980 la Secretaría de Salud y Bienestar Social del gobierno norteamericano convocó a 500 altos especialistas de la medicina, la epidemiología y la salud pública de ese país para estructurar un programa nacional en el espíritu del Informe Lalonde. Como resultado de este esfuerzo nació una verdadera joya de la medicina preventiva: "Promoting Health and Preventive Disease", donde se plasmaron cinco grandes objetivos de salud por cada uno de los grupos fundamentales de edades, se identificaron quince áreas para la acción y más de 600

objetivos específicos de educación sanitaria, regulaciones jurídico-administrativas, servicios, atención médica e información. Este programa ha sido una de las víctimas más reconocidas del desenfreno de la política neoliberal del presidente Ronald Reagan en su afán de reducir el gasto público con sus recortes presupuestarios de orientación social privatizadora, a la vez que propiciaba la carrera armamentista.

Argumentamos más detalladamente las anteriores conclusiones:

Entre 1981 y 1986 la proporción de los gastos militares en el presupuesto federal ascendió de 23 a 29% mientras que la de los programas para los ciudadanos de bajos ingresos descendió de 13 a 10% del total. Ruth Leger Silva ha enumerado algunas de las consecuencias principales:

- La Conferencia de Alcaldes de E. U. informó que no se habían podido satisfacer una quinta parte de las solicitudes de ayuda alimentaria de urgencia y que en las grandes ciudades era habitual rechazar a personas sin hogar en los asilos por falta de capacidad.
- Crecimiento del número de personas sin techo de 300 000 a más de 3 millones por la escasez creciente de viviendas de bajo costo.
- El número de personas que vivían por debajo del nivel de pobreza aumentó entre 1980 y 1985 de 29 a 33 millones, el 14% de la población.
- Cerca de 35 millones de norteamericanos no tenían seguro social privado o patrocinado por el gobierno.

- A un millón de familias en un año se les negó asistencia médica por problemas financieros.
- Las familias "superiores" (con fortuna de 25 millones o más) que representan el 0,5% de los hogares estadounidenses poseían el 33% de la riqueza del país en comparación con el 25% de los 10 años atrás.
- En el país mayor productor de alimentos del mundo se estima que 20 millones de norteamericanos carecen de alimentación adecuada.
- Una tercera parte de las madres vinculadas a bienestar social eran analfabetas funcionales.

He aquí las consecuencias de la política neoliberal para una parte considerable de la población norteamericana, lo que por si solo hace presumir las calamidades que resultan de su aplicación para los pueblos del tercer mundo como resultado de la implementación de las estrategias fondo monetaristas de ajuste a cualquier precio social.

La salud pública socialista por su parte, recorría un largo trecho en la segunda mitad del siglo. Aciertos indiscutibles no faltaron: impresionantes ritmos de mejoramiento de la mortalidad infantil en las primeras dos décadas, fortalecimiento de la base material y técnica y crecimiento del ejército de batas blancas e incursión victoriosa en el Tercer Mundo como bandera del progreso y la justicia social.

A pesar de ello , en las dos últimas décadas aparecieron y desarrollaron tendencias negativas: “Disminuyó la atención a las dificultades y necesidades de la salud pública por los estados socialistas; empeoró la dinámica de los procesos demográficos, el nivel y la calidad de la asistencia médica y las medidas profilácticas dejaron de satisfacer las demandas de la sociedad en la etapa actual de su desarrollo [...] las tendencias hacia el desarrollo cuantitativo y extensivo [...] el incremento de la irresponsabilidad, el burocratismo y la administración burócrata influyeron de forma negativa, en primer lugar, en el desarrollo de la esfera social”.

(20)

Este enfoque raigalmente autocrítico del entonces Ministro de Salud soviético E. Chazov, sin desconocer particularidades nacionales, es válido no sólo para la URSS sino, en medida mayor o menor, para los restantes países de Europa Oriental. A criterio del autor, las raíces del asunto son extrasectoriales y tienen que ver con la crisis del modelo socialista burocráticamente deformado que llegó a atraparse en múltiples contradicciones: lo económico vs lo social, el hombre vs. los individuos, cantidad vs. calidad, igualitarismo vs. justicia social y otras más.

El auge de los acontecimientos anuncian que el tránsito a la economía de mercado no será incruento y modificará sustancialmente la fisonomía y estructura de la salud de la población y los servicios de salud en los países de Europa Oriental. La crisis política y la inestabilidad

económica y social en la URSS, no hicieron posible desplegar el experimento de la perestroika en la salud pública cuyas bases principales son:

“ 1. Pasar en la organización y planificación a los indicadores que miden la calidad de la salud pública y descentralizar la función de dirección.

2. Desarrollar el programa integral de intensificación de la profilaxis y el fortalecimiento de la salud de la población.

3. Concretar para 1995 la dispensarización de toda la población.

4. Creación de una base material y técnica de complejidad y modernidad creciente incrementando sustancialmente los recursos del presupuesto estatal.

5. Mejorar la preparación, educación ideo-moral y organización del trabajo de los funcionarios médicos, técnicos y otros profesionales.

6. Perfeccionamiento de la ciencia médica a partir de la racionalización y hasta reorientación de las instalaciones existentes” .⁽²⁰⁾

Consideraciones Finales

En los albores del siglo XX puede hablarse en lo que a medicina social se refiere, del surgimiento de una estrategia ofensiva por el bienestar del hombre, la promoción de salud y la prevención de enfermedades. A su vez, de un paradigma de causalidades multifactorial como estación intermedia, útil y eficiente, en el largo camino del surgimiento de un modelo sistémico de esencia sociobiológica humanista. También, de un método desarrollado de estudio de la salud de la población: el epidemiológico renovado. Y experiencias diversas de organización de los servicios de salud de cortes neoliberales, social demócratas y socialistas.

Por último, un propósito internacional que ya resulta ilusorio para la mayoría de la humanidad, “Salud para todos en el año 2000”, que más que una meta inconclusa es un mandato irrevocable para el próximo siglo que obliga a la lucha por el reordenamiento internacional en condiciones muy complejas para las fuerzas del progreso y la libertad.

Referencias Bibliográficas

1. Terris M. Temas de epidemiología y salud pública. ECIMED Ciudad de La Habana, 1990.
2. Rosen G. Análisis histórico del concepto de Medicina Social. En: Medicina Social, estudios y testimonios históricos. Textos clásicos de la salud pública. Madrid, 1984:211-272.
3. Sigerist H E. Historia y sociología de la medicina. Editor Gustavo Molina. Bogotá, 1974.
4. Aldereguía Henriques J. Problemas de Higiene Social y Organización de Salud Pública. Ed. Científico Técnica. Ciudad de La Habana, 1990: 150.
5. Terris M. Estudios de Goldberger sobre la pelagra. Cap. I y II. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad México, 1980.
6. Greenwood M. Epidemics and crowd disease. An Introduction to the study of epidemiology. The Mac Millan Company. New York, 1933.
7. Hoecker M. Henry Sigerist in the history of medicine. M. D. Publications. New York, 1960.
8. O. P. S. El desafío de la epidemiología. Washington, 1988:91-94.
9. Ryle J. A. Changing disciplines. Oxford University Press. Londres, 1948.
10. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. 2da. Edición. Editorial S. XXI. Ciudad México, 1982:183-184.
11. Doll R. y Bradford Hill, A. "El hábito de fumar y el carcinoma de pulmón: informe preliminar. British Medical Journal. Londres, 1950.
12. Kannel W. B. Una perspectiva sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. En: Prevention of coronary heart disease. Saunders Company. Filadelfia, 1983.
13. Mac Mahon B. y Pungh, T. E. Epidemiology: principles and methods. Little. Brown Co. Boston, 1970.
14. Terris. M. Política de salud pública para la década de 1990. Journal of Public Health Policy. 1990;2 (3).
15. Aldereguía J. y colaboradores. Profilaxis y Salud Pública. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 1991.
16. Breilh J. Epidemiología: Economía y Política. Universidad de Quito. Quito, 1988.
17. O. M. S. Estadísticas Mundiales de Salud. Ginebra, Suiza, 1989.
18. Terris M. Lecciones del programa de salud del Canadá. Journal of Public Health Policy 1990;2 (2).

19. Sec. Health and Social Welfare. Promoting and Preventive. Disease. Healthy People. Washington, 1990.

20. Chazov E. Problemas de la perestroika en la salud pública. Rev Cubana de Salud Pública. 1988; 14 (3).