

Escuela Nacional de Salud Pública

LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL PERÍODO REVOLUCIONARIO

Dr. Antonio Castillo Guzmán¹ y Dra. Carmen Arocha Mariño²

RESUMEN: Se describe en forma sintetizada el desarrollo cualicuantitativo que ha tenido la salud pública cubana durante el período revolucionario (1959-1997) al mostrar algunos indicadores como la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer y el nivel inmunitario entre otros. Además, hace referencia sobre el resultado de varias investigaciones que se han realizado sobre la calidad de vida en pacientes afectados con enfermedades crónicas como las enfermedades oftalmológicas; los hemodializados por insuficiencia renal crónica y los niños con tumores malignos, donde se aprecia que a pesar de todo el trabajo emprendido para lograr un mejoramiento en la salud de la población, aún queda una brecha importante que requiere grandes esfuerzos para que se logre dar una calidad de vida en cuanto a la salud a una población como la de Cuba que por el proceso de envejecimiento y por su desarrollo sanitario, tiene un predominio marcado en su cuadro epidemiológico de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Descriptores DeCS: **CALIDAD DE VIDA; INDICADORES DE SALUD; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD.**

Desde que se gestó en Cuba la lucha insurreccional del Ejército Rebelde, uno de los objetivos que se pretendía, era lograr mejores condiciones de vida y de salud para la población cubana, lo que quedó claramente reflejado en el Programa del Moncada.

A partir de 1959, el sistema de salud se organizó en función de satisfacer las necesidades sanitarias más apremiantes que exis-

tían, y se trabajó intensamente durante estos años. Como expresión de la labor desarrollada por este sector, se destacan un conjunto de indicadores descollantes en el nivel mundial, entre los que se pueden citar, la mortalidad infantil con una tasa de 7,2 X 1 000 NV,¹ la esperanza de vida que se ha prolongado a 74 años como promedio para ambos sexos y el nivel inmunitario alcanzado que ha permitido el control y la erradica-

¹ Vicedirector del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

² Profesor Asistente. Departamento de Administración de Salud Pública.

ción de un grupo numeroso de enfermedades prevenibles por vacunas.

A partir de los logros alcanzados, en Cuba se ha comenzado a trabajar en otros aspectos que se relacionan con el cuadro epidemiológico actual, pues las enfermedades crónicas no transmisibles ya ocupan un importante lugar dentro de él, y ante la dificultad de curar o eliminar estos problemas de salud, se han encaminado los esfuerzos terapéuticos para mejorar el estado físico, psicológico y social de estos pacientes y así mejorar la calidad de su vida.

En la década de los 70, en el mundo surgió el concepto *calidad de vida en salud* como un elemento cualitativo en oncología para la evaluación de los tratamientos respecto al control de los síntomas y al desempeño del paciente, y luego se extendió a otras especialidades, para llegar en estos momentos a usarse como criterio al valorar la efectividad de las acciones de salud.²

Ya la supervivencia por sí sola no es una medida de calidad de vida, más cuando se trata de personas con enfermedades crónicas o con afecciones que amenazan su vida, por tanto, es necesario conocer si el tratamiento de la posibilidad de una vida digna de ser vivida. Casi siempre se mide en resultados de pruebas biológicas y clínicas como la mortalidad, morbilidad, años de vida potencialmente perdidos (AVPP), pruebas de esfuerzos y otras, pero ¿cómo se siente el paciente aunque biológicamente esté restablecido? También se utilizan como medidas los resultados del uso de los servicios asistenciales tales como: número de altas, reingresos, estadía, etc., pero todos ellos proporcionan poca información sobre el impacto del tratamiento en la vida del paciente.

Hasta ahora, los estudios reportados internacionalmente son limitados porque tienen serios problemas en términos de fiabilidad, validez y técnicas de análisis, pues

en muchos casos se centran en aspectos de autovaloraciones del paciente y descuidan los sociales y fisiopatológicos y otros los hacen más encaminados a ver limitaciones en la vida diaria, la duración de la enfermedad, la frecuencia e intensidad del dolor, etc., lo que demuestra que aún éste es un terreno que debe ser más investigado.³

En nuestro país, ya se reportan algunos estudios sobre calidad de vida en salud en varias especialidades médicas y cada día se le confiere mayor importancia, además de que en el Documento de los Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana del 1992 al 2000 aparece como un tema relevante que hay que estudiar.⁴ El presente trabajo pretende en apretada síntesis, hacer un recuento de los principales aspectos que de forma general en políticas de salud están relacionadas con esto y sobre algunas conclusiones a la que han arribado varios investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública que nos permiten ampliar nuestra visión del problema estudiado.

Desarrollo

Para abordar cualquier estudio sobre la salud de una población, se hace necesario tener en cuenta la estructura poblacional, pues en dependencia de ella se manifestarán algunos índices de su perfil epidemiológico, más si se trata, como en el caso de Cuba, de un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles.

A partir del triunfo revolucionario la proporción de personas que rebasan los 65 años de edad se ha incrementado, para llegar en 1997 al 9,1 % del total de la población, que en 1953 representaba el 4,3 %, lo que demuestra que se está produciendo un proceso de envejecimiento poblacional al aumentar la esperanza de vida para ambos

sexos y se estima que para el año 2000, las personas mayores de 60 años representarán en nuestro país el 14 % de la población total, con un millón 600 000 personas en la tercera edad.⁵

En respuesta a esta nueva situación, en el país se comenzaron a desarrollar acciones dirigidas a preservar y mejorar la salud de este grupo poblacional, por lo que se estableció el Programa de Atención a la Tercera Edad, que contempla el cuidado del adulto mayor a través de múltiples actividades como son la creación de los Gabinetes Gerontológicos atendidos por equipos multidisciplinarios que además de tratar a los pacientes desde el punto de vista médico se tiene en cuenta todo lo relacionado con su integración a la vida social, además del desarrollo y apoyo a los programas de adiestramiento en el nivel profesional y técnico con énfasis en aspectos geriátricos y gerontológicos.

También para la atención a estas personas existen 196 hogares de ancianos, de los cuales 63 son diurnos a los que se les denomina como Casas de Abuelos con el 20 % de incorporación del total de los adultos mayores en 1997; también hay 25 600 personas incorporadas al Programa de Atención al Anciano Solo, se han disminuido las tasas de mortalidad general de 43 x 100 000 habitantes a 40,9 de 1996 a 1997 y las de enfermedades diarreicas agudas de (31,2 a 26,8), por accidentes (de 197,2 a 181), por fractura de cadera (104 a 91) y en tuberculosis (de 4,6 a 3), aunque han aumentado las de infecciones respiratorias agudas (de 283,3 a 329,3) y discretamente las de suicidios.¹

Aunque puede hablarse de muchos logros sanitarios que de una forma u otra repercuten en el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional, tampoco se puede olvidar que entre los principales problemas de este período de la vida

están la sociedad, la pérdida de las facultades, la inadaptación a la jubilación y la dependencia económica que lesiona la autoestima de los ancianos.

Como muestra también del desarrollo social revolucionario cubano, está la reducción sensible de la tasa de mortalidad infantil a 7,2 x 1 000 nacidos vivos en 1997 y el índice de bajo peso al nacer 6,9, así como la mortalidad en menores de 5 años a 9,3 x 1 000 nacidos vivos. Un factor que ha contribuido a preservar la vida de los niños, es la intensa labor que se ha desarrollado a través del Programa Materno Infantil, que con diferentes denominaciones ha estado encaminado a eliminar todas las posibles causas de morbimortalidad en las edades pediátricas, aunque hay problemas que afectan sensiblemente, como es el caso de los tumores en la infancia, que en Cuba representan aproximadamente el 2 % del total de los casos reportados de cáncer y es la causa del mayor número de AVPP.⁶

En un estudio realizado con 50 niños de diferentes centros oncopediátricos del país en las provincias Ciudad de La Habana, Villa Clara y Camagüey se obtuvo como resultado que 30 niños se catalogaron con una calidad de vida satisfactoria y el resto insatisfactoria, al valorar 7 dimensiones que se tomaron para el estudio (síntomas emocionales, valerse por sí mismo, síntomas primarios como dolor y disnea, las percepciones, los síntomas asociados al tratamiento, relaciones familiares, integración a actividades con coetáneos y el estreñimiento) y que las 5 primeras dimensiones eran las que más se afectaban. De estos resultados hubo 2 dimensiones en la que se encontró divergencia significativa en los criterios de evaluación dados por los niños, los padres y los médicos, que fueron los "síntomas asociados al tratamiento y los emocionales" porque son sobrevalorados por padres y niños, ya que los médicos no ven en ge-

neral estos aspectos en términos de sufrimiento. Todo esto demuestra que los tratamientos que reciben es lo que más determinan una calidad de vida insatisfactoria por los efectos complementarios, por lo tanto, hay que verla como un producto de salida en el cuidado de estos pacientes.⁷

Dentro del patrón de mortalidad en Cuba, en los primeros años del período revolucionario tenían un peso importante las enfermedades infecciosas parasitarias y alcanzaban una tasa de 45,4 x 10 000 habitantes en 1970, ya en 1997 era de 9,8. El paso de enfermedades infectocontagiosas a crónicas no transmisibles hace tan importante la calidad de vida como indicador de mejoría, pues con la mortalidad y morbilidad no es suficiente, ya que en estos casos se hace imprescindible conocer si las personas se pueden mantener integradas a las actividades comunitarias, sociales y laborales, o al menos, mantienen autonomía en las actividades del diario vivir.

Según un estudio realizado sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas oftalmológicas se concluyó que ellos perciben limitaciones en su funcionamiento físico en cuanto a la movilidad, dada por la deambulacion lenta, que es la limitación más importante detectada por los afectados, además del sentimiento de minusvalía que experimentan en la esfera de la interacción social, y la percepción subjetiva de incapacidad e inutilidad por el efecto de la jubilación o de la deficiente jornada laboral.⁸

Otra investigación que puede ejemplificar el valor de la calidad de vida como un indicador muy sensible en cuanto a la salud de una población, es el que caracteriza a los pacientes en hemodiálisis, que según un estudio realizado con personas atendidas en Ciudad de La Habana en 1994, se evidencia que a pesar de que este procedimiento logra prolongar la vida de las perso-

nas que padecen de una insuficiencia renal crónica, los afectados se sienten limitados en su vida a causa de la restricción geográfica a que se ven obligados, además del sentimiento de minusvalía y la percepción de incapacidad total o inutilidad originada por la jubilación precoz, que constituye la afectación más grave y frecuente de las actividades del diario vivir.⁹

Muchos pueden ser los padecimientos del ser humano que entorpezcan la calidad de su vida, como los que sufren afecciones reumatológicas que alteran su capacidad para moverse dentro y fuera del hogar; las afecciones urológicas que hacen depender de una sonda vesical o mantienen una incontinencia urinaria; las psiquiátricas que entorpecen para el desempeño en promover a sus necesidades y las geriátricas, entre otras, con la limitación para valerse por sí mismo, por lo que los programas y políticas de salud en Cuba, están encaminadas a través de las diferentes especialidades a mejorar las condiciones en que vive y se desarrolla la población cubana, además de las actividades de promoción y prevención que se realizan para evitar la aparición de enfermedades en unos casos y la complicación en el caso de otras.

Consideraciones finales

El concepto *Calidad de Vida en Salud* es relativamente nuevo en el mundo como un elemento que permite ponderar desde el punto de vista cualitativo las condiciones en que un individuo, un determinado grupo, una comunidad o la sociedad en su conjunto se desempeñan en la vida frente a los procesos que afectan su salud y la terapéutica empleada en su restablecimiento, tanto físico, psíquico, como socialmente, y en Cuba esto constituye una línea de trabajo contenida dentro de las políticas del Siste-

ma de Salud, que desde los primeros años del triunfo revolucionario de 1959 ha emprendido numerosos programas encaminados a elevar el nivel de salud de la población, que ya se caracteriza por un patrón epidemiológico con predominio de

las enfermedades crónicas no transmisibles.

Aún queda un largo camino por recorrer en cuanto al bienestar de nuestros pacientes y lograr que se alcance una vida cuya calidad sea digna de ser vivida.

SUMMARY: The qualitative and quantitative development of the Cuban health care system during the revolutionary period (1959-1997) is described in a summarized way by showing some indicators such as infant mortality rate, life expectancy at birth and immune levels, among others. Also reference is made to the results of a number of research works that have been conducted in the quality of life of patients affected by chronic diseases like ophthalmologic ones, hemodialized patients suffering chronic renal failure and children with malignant tumors. It is observed that in spite of the work undertaken to achieve an improvement of the population's health, there is still a significant gap so a lot of efforts are required to provide an adequate quality of life in health to the Cuban population that due to the aging process and their health development attained had a marked predominance of non-communicable chronic diseases.

Subject headings: **QUALITY OF LIFE; HEALTH STATUS INDICATORS; NATIONAL HEALTH PROGRAMS.**

Referencias bibliográficas

1. MINSAP. Control Gubernamental. Enero, 1998.
2. Bernal Y. Calidad de vida ¿Valor bioético? Revista Relaciones 1996;142:6-7. (Serie: La Responsabilidad; (19)
3. Bowling A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona:Masson, 1994.
4. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana:Editorial Ciencias Médicas, 1992.
5. Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington D.C:OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
6. MINSAP. Oficina del Registro Nacional de Cáncer. INOR. La Habana, 1994.
7. Llantá Abreu MC. Calidad de vida percibida por los niños con cáncer y reportada por familiares y equipo de salud. Trabajo de Terminación de Maestría Psicología. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 1996.
8. Hernández Soler Caridad: Caracterización de la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas oftalmológicas atendidos en Ciudad de La Habana, 1995. Trabajo de terminación de Maestría. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 1995.
9. García Roche, René. Caracterización de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis atendidos en Ciudad de La Habana, 1994. Trabajo de Terminación de Residencia de Bioestadística. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 1994.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo de 2000.

Dr. Antonio Castillo Guzmán. Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.