

## Fundamentación de la especialidad en salud pública

### Reasons for the public health specialty

**Francisco Rojas Ochoa**

Académico Titular. Academia de Ciencias de Cuba. La Habana, Cuba.

---

### INTRODUCCIÓN

Las prácticas de la especie humana entorno a la salud son tan antiguas como la especie misma. Los historiadores han hurgado en este tema desde muy diversos enfoques y, no dejando de fantasear algunos de ellos, han descrito lo que parece haber ocurrido. No creo que sea útil a nuestro propósito convertir la fundamentación de nuestro trabajo en un ejercicio histórico, pero algo de ello será necesario. Sobre todo prestando cierta atención a la historia de la salud pública a partir de mediados del siglo XIX (el año clave parece 1848).

Lo que más ha llamado la atención de algunos estudiosos, con los que estoy de acuerdo, es la variada y excesiva nomenclatura usada para designar la especialidad que nos ocupa, por lo menos más de una decena de nombres, entre policía médica y salud colectiva. No debemos detenernos demasiado en esto. El nombre es uno, que se ha sostenido a lo largo del tiempo en distintos países e idiomas: salud pública.

### FUNDAMENTACIÓN

Llamamos aquí especialidad a aquella rama de las ciencias de la salud que surge como una necesidad de la práctica social, tiene objeto propio de estudio y contenido definido de trabajo, usa métodos propios o tomados de otras ciencias, es materia de enseñanza formal e investigación científica, es práctica social específica de los cuadros y especialistas en ese campo y adopta formas de organización social y laboral particulares.

Cabe enfatizar que se trata de una especialidad que tiene áreas de contacto con otras ciencias como las sociales, matemáticas, administrativas, jurídicas o económicas, pero que aquí se define como una ciencia de la salud. De ahí que los que la practican son predominantemente profesionales de la salud, sin perjuicio de ser conocida, dominada y practicada por otros profesionales, lo que le da su carácter multidisciplinario.

En la historia de la medicina no se identifica hasta una época relativamente reciente la práctica social diferenciada de la organización y dirección de servicios de salud, aunque sus antecedentes son muy antiguos. Sin embargo, en este período de diferenciación ha proliferado la nomenclatura con que se designa esta práctica. Así, entre otras denominaciones, se pueden enumerar: policía médica, higiene social, medicina social, salud pública, higiene social y organización de la salud pública, higiene social y organización de la protección de la salud, administración de salud, administración de servicios de salud, epidemiología social, epidemiología de la atención médica, medicina preventiva y más, sin mencionar áreas de trabajo que pueden considerarse parte de esta especialidad o entidades independientes: economía de la salud, administración de hospitales, salud pública internacional, legislación sanitaria, entre otras.

Es obvio, por demás, que esta riqueza en denominaciones refleja variabilidad del concepto mismo de la especialidad, de sus objetivos y contenido, pero hay más de común en lo que se define, que diferencias.

Se trata de demostrar la existencia de una especialidad, que ha surgido en la práctica y se ha desarrollado desde hace más de 200 años, que se ha llamado de diversos modos, que ha sido y es el quehacer de innumerables profesionales que en diversas épocas y circunstancias han intentado dirigir sobre bases científicas las tareas de la protección de la salud de la población.

El advenimiento del capitalismo puso por primera vez en la orden del día de la historia de la medicina la necesidad de abordar el estudio de la relación entre el desarrollo social y la salud de las personas.

Ello fue resultado de la conjugación histórica de una serie de circunstancias económicas, sociales, políticas, sanitarias y científico-técnicas.

Esta serie de circunstancias se puede resumir del siguiente modo:

1. El impetuoso desarrollo de las fuerzas productivas, que tiene su punto culminante en el avance de la industria maquinizada, subvierte el estancamiento feudal y plantea un cambio revolucionario en la dinámica de la población laboral, al solicitar más y más fuerza de trabajo, en función del incremento de la ganancia capitalista.
2. La polarización de la situación social agudizó la situación de miseria de las clases explotadas. Estas masas oprimidas, cuya participación en la etapa de derrocamiento del régimen feudal fue decisiva para la burguesía y que recibieron de estas promesas para una vida justa y libre, fueron luego engañadas y, agobiadas, se lanzaron a la conquista de sus derechos y arrancaron a la burguesía concesiones y reformas mediante la lucha de clases.
3. El naciente estado burgués, frente a tales realidades económicas y sociales, se va viendo cada vez más en la necesidad de vertebrar una política sanitaria que satisfaga las exigencias de la ley de la plusvalía y amortigüe el descontento social.

4. El creciente desarrollo industrial y sus determinadas consecuencias negativas para la salud de las personas, la urbanización acelerada sin una infraestructura sanitaria adecuada, el impetuoso impulso a las comunicaciones que acarrió la internacionalización de la vida social, cuya base es el mercado mundial capitalista; todo ello sirvió de base a grandes epidemias y enfermedades ocupacionales que afectaron a hombres pero también a mujeres y niños arrastrados al proceso productivo. En fin, como nunca antes, se manifestó la heterogeneidad social de la enfermedad humana dentro de las grandes metrópolis capitalistas, y entre ellas y sus correspondientes colonias.

5. La medicina, sumida hasta entonces en los esquemas del tratamiento individual del enfermo, basada en concepciones materialistas ingenuas en el mejor de los casos, o como en la mayoría, salida del oscurantismo clerical de siglos, recibía el influjo del desarrollo de las ciencias naturales por una parte y de la filosofía por otra, que corrían desde entonces al ritmo del desarrollo social.

En conclusión, la necesidad económica y social fue la que generó un nuevo objeto de estudio para las ciencias médicas.<sup>1</sup>

No se trata ahora de exponer algo que no se conozca. Solo se pretende ordenar ciertas ideas sobre conceptos y prácticas, algunas ya añejas, que tal vez por serlo se olvidan con más frecuencia de lo deseable.

Primero se verá que se entiende por salud pública. Es necesaria la ayuda de dos personalidades de la salud pública contemporánea que han publicado recientemente sus concepciones al respecto, son ellos *Milton Terris* en EE. UU. y *Julio Frenk* en México.<sup>2,3</sup>

La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice de éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.<sup>4</sup>

En años recientes, ha existido una opinión creciente de que la salud pública, como una profesión, como una actividad gubernamental y como un compromiso con la sociedad, no está definida claramente, ni apoyada adecuadamente, ni comprendida completamente.<sup>5</sup>

Esta opinión deriva de la concepción de crisis actual de la salud pública, entendida esta como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger la salud de la población en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren,<sup>6</sup> y ha favorecido el abandono del uso del término "salud pública" por numerosos contemporáneos.

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

1. se equipara el adjetivo "pública" con la acción gubernamental, esto es, el sector público,
2. se le da un significado un tanto más amplio, pues incluye no solo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el "público",

3. se identifica la salud pública con los llamados «servicios no personales de salud», es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente (como el saneamiento) o a la colectividad (como la educación para la salud),
4. se añade servicios personales, pero de naturaleza preventiva, dirigidas a grupos vulnerables (como los programas materno-infantiles), y
5. se emplea la expresión "problema de salud pública" para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.<sup>7</sup>

La aceptación de estas connotaciones lleva implícito reconocer como esfera de acción del sector privado la prestación de los servicios de diagnóstico y tratamiento personales, y asignar al sector público, "la salud pública", los servicios preventivos. Ello refuerza la idea de la salud pública como un servicio estatal, paralelo, no competitivo con la medicina curativa de alta tecnología. Esta es la idea que encierra la definición de salud pública del Instituto de Medicina de los EE. UU. cuando la limita a "los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud."<sup>5</sup>

Otra concepción es aquella que atribuye al adjetivo "pública" el significado de un nivel específico de análisis, a saber, un nivel poblacional, que la diferencia de la medicina clínica individual y de la biomedicina.<sup>8</sup>

A partir de estas consideraciones *Frenk* formula su definición de una "nueva salud pública" como "la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en las poblaciones humanas."<sup>8</sup> El autor mismo limita la definición al conceptualizarla como "un campo multidisciplinario de investigación", pero la investigación, no obstante su enorme importancia para la salud pública "nueva" o "moderna" o "actual", no es el eje central que permite una definición más clara de la salud pública. La salud pública es algo más que investigación.

Volviendo a los clásicos, en expresión literaria al uso, "retorno a la semilla". Es el camino seguido por *Terris*. En el artículo de este autor que se cita repetidamente, se recuerda la concepción francesa de mediados del siglo XIX, que da una amplia perspectiva a la salud pública; y se añade que, a principios del siglo XX, "la importancia asignada luego a la prevención de las enfermedades infecciosas reflejaba el triunfo de la teoría microbiana como origen de las enfermedades... Pero aun en los momentos de máxima preocupación por las enfermedades infecciosas, los teóricos del movimiento rehusaban verse limitados por una perspectiva demasiado estrecha."<sup>9</sup>

Es así que en 1920 *Winslow* formuló su definición, que se toma como la clásica por excelencia.

Pero los conceptos de los clásicos no son dogmas inmutables, el mundo se mueve, el cambio es la esencia de la dialéctica, por ello hoy no se puede interpretar los hechos tal como lo hicieron *Engels*, *Virchow*, *Villermé*, *Guérin*, *Chadwick* o *Winslow*. Esto ha movido a *Terris* a reformular la definición de *Winslow*, pero conservando su esencia, y lo ha hecho del siguiente modo:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de 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.<sup>10</sup>

Esta definición la propuso *Terris* en 1988, o sea, 68 años después de la original de *Winslow*. En ella se aprecian los siguientes cambios:

Controlar las infecciones en la comunidad se convierte en "controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones", y la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y para el tratamiento preventivo de las enfermedades, se convierte en "la organización de los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación."<sup>11</sup>

Estos cambios son pertinentes. Cuando *Winslow* expresó su definición (1920), la epidemiología y la prevención de las enfermedades no infecciosas eran desconocidas. Se aceptaba al diagnóstico precoz y tratamiento, pero esto es muy inferior al resultado de impedir que ocurra una enfermedad, que es la verdadera y única prevención. La detección precoz es costosa, no siempre posible, de beneficios modestos, solo eficientes y eficaces en ciertas excepciones bien conocidas.

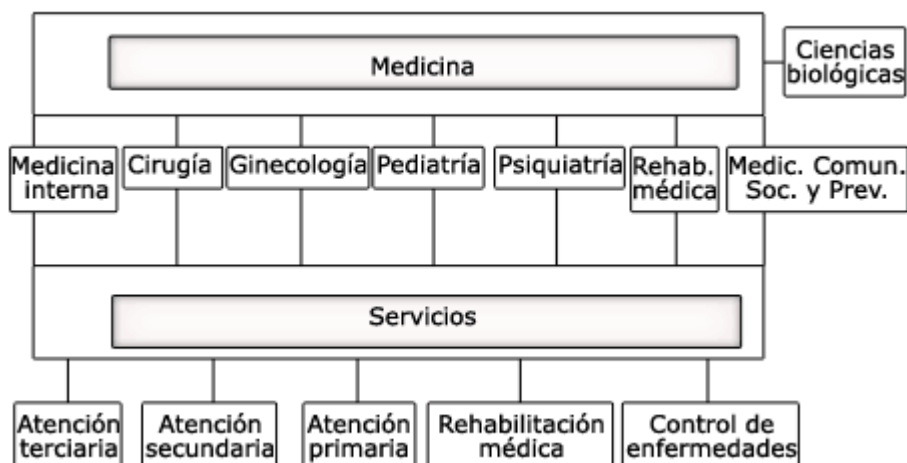
La nueva versión de la definición incorpora la atención médica y la rehabilitación como parte de la salud pública, sin considerarse el tratamiento como parte de la prevención. Este último punto de vista era comúnmente aceptado en la primera mitad del siglo xx, cuando el único enfoque disponible para el control de las enfermedades no infecciosas era el diagnóstico precoz y el tratamiento. Según *Terris* esto fue llevado al colmo del absurdo en los "los niveles de *Leavell*", donde a la verdadera prevención se le dio la etiqueta de "prevención primaria", a la detección precoz y al tratamiento, "prevención secundaria" y a cualquier otro tipo de tratamiento y rehabilitación, "prevención terciaria". Por este motivo, todos los médicos se convirtieron en practicantes de la medicina preventiva y así, la necesidad de crear una disciplina independiente de la salud pública fue socavada.<sup>12</sup>

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

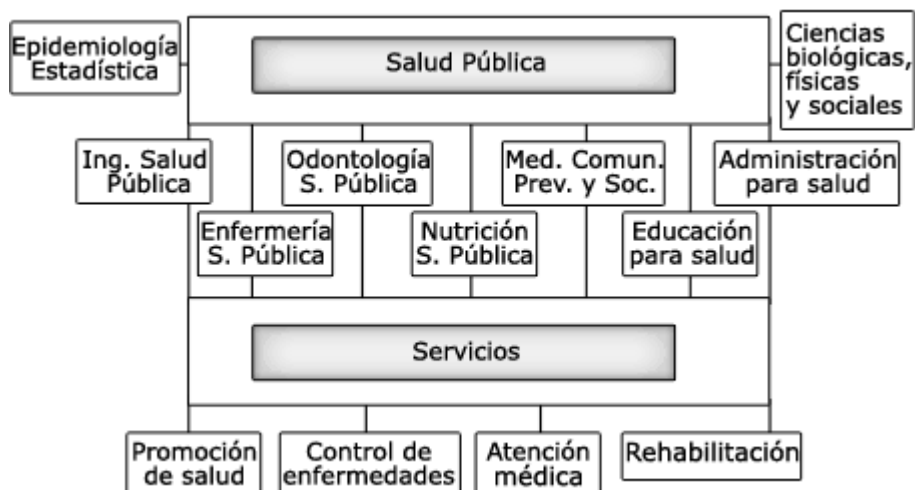
1. la promoción de la salud,
2. la prevención de las enfermedades,
3. la recuperación del enfermo, y
4. la rehabilitación.

Pero *Terris* desarrolla una idea más avanzada al discutir los términos medicina comunitaria/social/preventiva, donde estos conceptos llevados a disciplinas se insertan en una estructura como partes de la medicina (palabra clave en la nomenclatura), en tanto la definición aquí aceptada privilegia a la salud pública, de cuya estructura forma parte la medicina (en cualquier de sus formas o especialidades). Además, esta definición de salud pública incorpora una importante actividad gubernamental (estatal) y social, multidisciplinaria por naturaleza y que se extiende a todos los aspectos de la sociedad. Aquí la palabra clave es salud y no medicina.

Además, el carácter multidisciplinario (e interdisciplinario) de la salud pública es un aspecto crucial del concepto.<sup>13</sup> *Terris* sintetiza estas ideas en la figura 1 y 2.



**Fig. 1.** El concepto de medicina comunitaria/social/preventiva.



**Fig. 2.** El concepto de salud pública.

A partir de la idea de *Terris* sobre el concepto de salud pública expresado en la figura 2, el autor de este texto, formula una variante que se muestra a continuación (Fig. 3).

El autor distingue lo que llama fuentes y partes integrantes de la salud pública (parafraseando un texto clásico de *Lenin*).<sup>14</sup> Son fuentes aquellos campos del conocimiento que contribuyen cuantitativa y cualitativamente al campo teórico fundamental de la salud pública, a sus basamentos científicos y metodológicos. Entre estos campos destaca los de las ciencias biológicas, sociales, de la conducta, físicas, matemáticas y de la tierra (pueden incluirse otras, pero no se trata de hacer aquí un inventario detallado), que conforman el horizonte más amplio de la interdisciplinariedad que preside la idea de la salud pública. Y también aquellas disciplinas que alcanzan mayor relevancia como componentes o partes integrantes, además de fuentes, de la salud pública, y que se propone limitar a tres: la medicina social, la epidemiología y la bioestadística.



**Fig. 3.** Fuentes y partes integrantes de la salud pública.

Hasta aquí las diferencias con Terris radican en que su esquema se limita a mencionar las ciencias biológicas, físicas y sociales, aunque en el texto apunta a la falta de espacio para mencionar todo lo pertinente. Esto es solo una pequeña diferencia de forma, pero una diferencia de concepto es que se incluye entre las fuentes a la medicina social, que aparece en Terris, junto con medicina preventiva y comunitaria, como una misma disciplina, con carácter de componente o parte de la salud pública. La medicina social, como la comprendió *Juan C. García*, es "un campo del conocimiento científico que se ocupa de los aspectos sociales relacionados con el proceso de salud-enfermedad y con los servicios de salud",<sup>15</sup> es fuente importante para el concepto de salud pública que aquí se defiende, es también parte o componente, ya que aporta una visión integradora y a la vez sintetizadora de lo social y lo biológico, en el abordaje del proceso salud-enfermedad y en la respuesta social a los problemas de salud, que no se enfoca del mismo modo en disciplinas como la administración de salud, que privilegia los aspectos gerenciales de los servicios, como tampoco en la sociología, que dedica su atención a la organización social de la medicina.

Otra diferencia que se establece con el esquema de *Terris* es que no se debe concebir dentro de la salud pública disciplinas o campos de conocimiento y acción a partir de un perfil profesional, tal como se dice en el esquema "enfermería de salud pública" u "odontología de salud pública". Esto conspira contra la interdisciplinariedad de la salud pública, su principio cardinal como ciencia, materia de enseñanza, práctica profesional, objeto de investigación o actividad social. Una enfermera o un odontólogo se verán como salubristas actuando en cualquiera de sus disciplinas, partes o fuentes. Entre ellos son ya frecuentes en Cuba, los odontólogos dedicados a la bioestadística y las enfermeras en el campo de la administración de salud.

Enumerando, sin pretender agotar, las partes integrantes de la salud pública, las más extendidas son: biomedicina (ciencias biomédicas), clínicas (con sus tareas centrales en la recuperación y rehabilitación), higiene comunal, medicina ocupacional, nutrición, educación para la salud, administración de salud, economía de la salud, administración de recursos humanos, informática médica... La lista se torna interminable. Todas son parte del contenido de los servicios de salud: el área de respuesta social a los problemas de salud. Y en mayor o menor medida

conforman la teoría y práctica de los campos que definió *Sigerist* como funciones de la salud pública también.

Estas cuatro funciones: promoción, prevención (o control), atención (recuperación) y rehabilitación, tienen un escenario de confluencia e integración donde los actores que intervienen deberán ser necesariamente polifacéticos, pues deben emplearse en las cuatro funciones aplicando conocimientos y habilidades de las fuentes o partes integrantes de la salud pública. Me refiero al espacio de atención primaria de salud (APS). Esto es particularmente importante como concepto y guía para la acción en el modelo cubano de APS que tiene su base en los consultorios de medicina familiar, donde médico y enfermera, de modo permanente y como integrantes de grupos de trabajo del nivel local, incluidos los estudiantes, se constituyen en un equipo interdisciplinario por excelencia, para poder alcanzar los objetivos que se propone el Sistema Nacional de Salud. La importancia de esta integración es aquí más trascendente que en los restantes niveles del sistema.

En esta muy amplia, a la vez extensa y profunda concepción de la salud pública, es que se insertan como una de las funciones la promoción de salud y como una de sus partes la educación para la salud.

*Terris* considera que fue *Sigerist* en 1945 el primero que definió promoción de salud, al tratar de las tareas principales de la salud pública.

Este autor afirma que:

La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, unas buenas condiciones laborales, educación, cultura física y medios para la recreación. Para la consecución de este objetivo, es necesario coordinar los esfuerzos de grandes grupos: el de los estadistas, los trabajadores de la industria, los educadores y los médicos... La promoción de la salud tiende obviamente a prevenir las enfermedades, si bien la prevención eficaz requiere medidas especiales de protección... las tareas clásicas de los servicios de salud pública.<sup>16</sup>

Hoy es innegable que la promoción de salud resulta esencial para el desarrollo de las restantes funciones de la salud pública, y que, a largo plazo, sus efectos sobre la salud de la población serán los más estables y de mayor impacto.

La promoción de salud apunta directamente al mejoramiento o elevación del nivel de vida de la población, ya que ejerce un efecto decisivo sobre los aspectos positivos de la salud humana, así como un importante papel en la prevención de enfermedades.

*Terris* afirma que los factores determinantes más importantes del estado de salud son la promoción, derivado de un mejoramiento del nivel de vida y la prevención de enfermedades y lesiones. Esta afirmación se da como válida. Pero aquí debe quedar aclarada cierta confusión sobre el significado de los términos promoción y prevención, que a veces se emplean indistintamente. "En los Estados Unidos, la promoción de la salud se define oficialmente como cambio de los estilos de vida para la prevención de enfermedades. En Canadá y Europa se orienta, según la Carta de Ottawa, para la promoción de la salud, hacia el mejoramiento de los niveles de vida".<sup>17</sup> La Carta declara que:



Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. La mejora del sector salud requiere fundamentarse de un modo firme en estos prerrequisitos básicos.

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

La diferencia en las definiciones radica en cuestiones políticas. Los EE. UU. es un país mucho más conservador que Canadá y Europa, y las posiciones que abogan por el cambio social suelen ser desaprobadas. En los EE. UU. se busca la prevención de enfermedades pero raramente se considera el nivel de vida. En Canadá y Europa se hace hincapié en el nivel de vida, mientras que la prevención de enfermedades con bases epidemiológicas ha tendido a recibir menos atención. En América Latina también han surgido críticas contra los programas de prevención con bases epidemiológicas, bajo el pretexto de que no puede ocurrir ningún cambio significativo en el estado de salud mientras no se lleven a cabo profundos cambios en la estructura política y social.<sup>17</sup>

La experiencia cubana enseña que profundos cambios en la estructura política y social condujeron a un Sistema Nacional de Salud de cobertura total, con orientación profiláctica, bases científicas y amplia participación popular que lograron en corto plazo colosales progresos en el mejoramiento de la salud de la población.

También enseña que transformaciones más estables y profundas, capaces de impactar sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, sobre la estabilidad de los ecosistemas y el saneamiento ambiental, sobre tradiciones, hábitos y costumbres que influyen en la salud, y en el mejoramiento integral de la calidad de vida, requieren más tiempo, notables esfuerzos intersectoriales, profunda participación popular, voluntad política sostenida y recursos significativos.

No faltan estos requerimientos en Cuba. Por ello hoy se defienden las tareas de promoción de salud, como aquí se expusieron, con la prioridad del momento, y precisamente del momento por el que atraviesa el país, como consecuencia de la pérdida de relaciones internacionales que favorecían el desarrollo socialista, también de la intensificación de la política hostil de la potencia política hegemónica a nivel mundial, que incluye el bloqueo económico al país y las crisis diversas que agobian al mundo.

La preservación de las conquistas del socialismo es la base del mantenimiento de lo alcanzado en cuanto a nivel de salud de la población cubana. Esto contrasta notablemente con la corriente dominante en el continente, el denominado neoliberalismo económico, que propugna la privatización de los servicios de salud, situándose conceptualmente en el extremo opuesto a la práctica cubana. Sobre esto *Menéndez* dice que: "Las tendencias hegemónicas político-económicas actuales posiblemente hallan en el proceso salud-enfermedad la expresión más negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas."<sup>18</sup>

Y añade, citando a *Bobbio*:

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado por sí mismo es completamente amoral, basado en la Ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta cosa, llámese dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto... encuentre quién esté dispuesto a comprarlo. Un sistema en el que no se puede distinguir entre lo que es indispensable y lo que no es. Partiendo de la soberanía del mercado ¿cómo se puede impedir la prostitución y el tráfico de drogas? ¿Con qué argumentos se puede impedir la venta de los propios órganos? Y por lo demás ¿los partidarios del mercado no sostienen que la única manera de resolver el problema de la penuria de los riñones para trasplantes es la de ponerlos en venta.<sup>19</sup>

Por ser esta la realidad de las tendencias hegemónicas dominantes en el continente es que se lucha en Cuba, con renovada energía, contra ellas. Pero al hacerlo no se ignora que en el muy diverso espacio de América se encuentren situaciones muy distintas y cambiantes. El neoliberalismo está encontrando resistencia. Y es necesario advertir que aun en las condiciones adversas que imponen los modelos hegemónicos económico y médico, pueden obtenerse avances en beneficio de la salud de la población, aun antes de cambios estructurales radicales en lo económico, político y social. La promoción a escala de toda sociedad y como prioridad deberá estar precedida por estos cambios, pero aspectos parciales de ella y formas específicas de prevención pueden aliviar la situación de salud de numerosas poblaciones.

Aunque para muchos millones de personas en el continente no tiene sentido hablarles de estilo de vida sano, primero deben comer, asegurar su techo y su vestido. Para ellos, la prioridad en su lucha es el cambio económico y social. Para estos pobres, cuyo número y pobreza aumenta, la promoción de salud exige previamente transformaciones estructurales de la sociedad.

Para completar las ideas sobre promoción aquí expresadas, se debe añadir que esta función de la salud pública no es contenido profesional exclusivo de un especialista, es tarea de todos, no es materia de enseñanza que debe generar disciplina o asignaturas, no es objeto de estudio para una institución en particular, lo es de todos los que investigan, no es asunto de una sola sociedad científica pues compete a todas y no es razón para una unidad administrativa exclusiva, es responsabilidad de todas.

También cabe precisar que es una tarea de toda la población, cada uno en su lugar, en su cotidiano quehacer. No esperar ni la orientación "de arriba", ni que las autoridades solas encaren las tareas, sino apoyarlas y compulsarlas en esa dirección.

Todo lo expuesto hasta aquí no estaría en consonancia con el concepto de salud pública revolucionaria cubana sin considerar uno de sus principios, el que más la distingue de otras concepciones: la solidaridad, generalmente mencionada como internacionalismo, pero de raíces nacionales bien definidas.

Ya *José Martí* nos había enseñado que "la fraternidad no es concesión, es un deber",<sup>20</sup> más de medio siglo después *Ernesto "Che" Guevara* nos dijo:

el médico cumple en la guerrilla una función de extraordinaria importancia no solo la estricta de salvar vidas, en que muchas veces su intervención científica no cuenta, dado los mínimos recursos de que está dotado, sino también la tarea de respaldar moralmente al enfermo y de hacerlo sentir que junto a él hay una persona dedicada con todos sus esfuerzos a aminorar sus males y la seguridad de que esa persona va a permanecer al lado del herido o enfermo hasta que se cure o pase el peligro.<sup>21</sup>

Este pensamiento ha estado presente a lo largo del proceso revolucionario con toda su fuerza, sin perder nunca vigencia, no importa los progresos científico técnicos y la disponibilidad de recursos con que se cuenta. Es principio de la práctica médica revolucionaria cubana.

En el texto citado el *Che* se extiende explicando la organización de lo que pudiéramos llamar los servicios médicos o de salud de un ejército guerrillero, el Ejército Rebelde.

En otra publicación he sintetizado el trabajo citado sobre este aspecto:<sup>22</sup>

1. El valor político moral y solidario de la presencia del médico en la guerrilla, ubicado desde la primera línea de combate. Esta será tesis posteriormente aplicada en el sistema de salud cubano, desarrollada en el período revolucionario, donde, en todo momento, aun en el de más aguda escasez, se ha partido del concepto del médico como centro del equipo y las acciones de salud a nivel primario.

2. La expresión concreta de la participación popular en la organización médico sanitaria de la guerrilla "casas amigas de entera confianza... las medicinas necesarias deberán obtenerse a través de contactos ...", es la expresión de la estrategia general que permite a las guerrillas sobrevivir, desarrollarse y establecerse en un territorio dado, su estrecha vinculación con el pueblo y encierra la simiente de la participación popular que será principio de la salud pública al triunfo de la revolución.

3. En la concepción del *Che*, de la organización en la tercera etapa, se plantean claramente niveles de atención diferenciados según complejidad destacando la estrecha relación funcional entre esos niveles, principio moderno de la organización de salud.

4. La atención médica a los habitantes civiles del territorio liberado por la guerrilla es principio en las tareas de vinculación de esta con el pueblo, y será luego prioridad política en el ejercicio del gobierno revolucionario, surgido con la victoria de la guerrilla.

5. El concepto integral de las tareas planteadas por el *Che* a la organización de la "Sanidad", como le llamó en su libro, se expresa claramente cuando se refiere a la "función orientadora de los higienistas", enumera diversas especialidades por su importancia, sin olvidar la salud bucal, dando así un carácter multidisciplinario a la organización.

6. La trascendental idea de "fundar también dispensarios que permitan una adecuada vigilancia individual". Aquí se encierra el concepto de *dispensarización* y seguimiento activo de la población. Esto es la idea central que hoy se materializa, a escala de todo el país en el modelo del médico de familia.

7. La vigencia de los fundamentos de la organización médico sanitaria de la guerrilla en la preparación para la guerra de todo el pueblo en condiciones de ocupación temporal de territorios por el enemigo, hacen de este texto una lección para el momento actual.

Otros combatientes y médicos han publicado también sus experiencias e ideas sobre el tema, donde siempre los valores, la ética y la solidaridad son los elementos esenciales, que alcanzan como ya se ha dicho la categoría de principios.<sup>23,24</sup>

Los testimonios a que se hace referencia incluyen a los guerrilleros, varios comandantes, que luego desempeñaron (algunos hasta hoy) altas responsabilidades con el sistema de salud, que se formó en el proceso revolucionario cubano: *Julio Martínez Páez, José R. Machado Ventura, José R. Balaguer Cabrera, Faustino Pérez Hernández, Sergio del Valle Jiménez, Eduardo B. Ordáz Ducungé, José A. Gutiérrez Muñiz, Benito Pérez Maza, y el entonces estudiante José M. Miyar Barruecos*, entre los más destacados.

De esta solidaridad de raíz martina cultivada en la lucha revolucionaria desde la guerrilla, es que surge, impulsado por *Fidel Castro* lo que llamamos internacionalismo proletario proclamado por clásicos en su manifiesto comunista, bajo el lema "Proletario de todos los países uníos", creando una forma concreta de apoyo en la salud. Y esto llevado a gran altura por su importancia sanitaria ha alcanzado su más completa expresión en el Programa Integral de Salud (PIS), la Misión Milagro y el Estudio Psicopedagógico, Social y Clínico Genético de personas discapacitadas.

Así se ha forjado la salud pública revolucionaria cubana. De sus principios han derivado sus éxitos y la fortaleza del sistema

## COLOFÓN

La amplitud del contenido de la salud pública, con ese nombre, ya expresada en la casi centenaria definición de *Winslow*, actualizada por *Terris*, contextualizada aquí para Cuba, conforma el criterio actual de campo de contenido múltiple, político, económico, social, científico, administrativo y docente; de gran complejidad, diversidad y dinamismo, que exige de quienes trabajan en el, una sólida formación ideológica, ética y científica para poder desempeñarse con eficiencia y eficacia, manteniendo los principios rectores que la han inspirado y sostenido durante más de 50 años.

En síntesis se ha demostrado que:

1. La especialidad como práctica médica existe desde hace más de 200 años.
2. La especialidad ha surgido y ha evolucionado en cada sociedad a partir de la necesidad social del desarrollo de la protección de la salud de la población.
3. La especialidad posee un objeto propio de estudio y contenido específico de trabajo.
4. La especialidad utiliza métodos de diversas ciencias para el desarrollo de sus tareas.
5. La especialidad es materia de enseñanza a nivel de pre y posgrado universitario.
6. La especialidad tiene un campo amplio de investigación científica, del que hay múltiples ejemplos de alto valor con resultados de aplicación relevantes.
7. La especialidad ha alcanzado en su desarrollo una organización social y laboral importante.

Estos resultados no son originales, y menos aún en el plano internacional, pero es oportuno la reiteración de su demostración, por cuanto en el plano nacional existe cierta corriente de dudas al respecto, no formalizada, no obstante estar oficialmente reconocida la especialidad en Cuba desde hace más de 40 años, existir cátedras y Escuela de Salud Pública que hacen enseñanza de la Salud Pública y acumularse un buen conjunto de investigaciones sobre los problemas en que ella se ocupa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldereguía Henríquez J, Rojas Ochoa F. La Higiene social. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud; 1984.
2. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No.540. Washington: OPS; 1992. p. 185-204.
3. Frenk J. La nueva salud pública. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 75-93.
4. Frenk J. La nueva salud pública. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 75.
5. Institute of Medicine: The future of Public Health. En: OPS, editor. Ob cit. 3:75.
6. Términos de Referencia. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992.
7. Frenk J. La nueva salud pública. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 76-7.
8. Frenk J. La nueva salud pública. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 77.
9. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 187.
10. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. En la página 187, también la original de Wislow. Pub. Cient. No.540. Washington: OPS; 1992. p. 187-8.
11. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No.540. Washington: OPS; 1992. p. 188.
12. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No.540. Washington: OPS; 1992. p. 190-1.

13. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS, editor. La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No.540. Washington: OPS; 1992. p. 199.

14. Lenin VI. Tres Fuentes y tres partes integrantes del marxismo. En: Marx C, Engels F, editores. Obras Escogidas. Moscú: Editorial Progreso. p. 19-23 (s/f).

15. García JC. Juan C. García entrevista a Juan C. García. En: Juan C. García. Ciencias Sociales y Salud en América Latina, Tendencias y Perspectivas. Montevideo: CIESU;1986. p. 21.

16. Sigerist HE. The University at the Crossroads: Addresses and Essays. Citado por Terris en: Ob. cit. 2:191.

17. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 194.

18. Menéndez EL. Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo Posible. En: La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington: OPS; 1992. p. 103-22.

19. Bobbio N. Citado por Menéndez E.L. En: Ob. cit. 20:117.

20. Martí J. Obras completas. La Habana: Editorial Lex; 1948. p. 217.

21. Guevara E. La guerra de guerrillas. Departamento de Instrucción del Ministerio de las Fuerzas Armadas. La Habana, s/f.

22. Rojas Ochoa F. Acerca de la historia de la protección de la salud de la población. En: Salud Pública/Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 62-3.

23. Martínez Páez J. Médicos en la Sierra Maestra. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Serie Monográfica No. 14. La Habana; 1959.

24. Sarabia N. Médicos guerrilleros. Testimonios. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Serie Monográfica No. 65. La Habana; 1982.