

El silencio epidemiológico y la ética de la Salud Pública cubana

Epidemiological silence and the ethics of the Cuban public health

Dr. Luis Suárez Rosas

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realiza un recorrido histórico que aborda el desarrollo de la salud pública cubana y la necesidad del conocimiento a profundidad de la riqueza de su pensamiento, acción y ética. Se destaca la presencia del mosquito *Aedes aegypti* y el dengue en la región de Las Américas y en Cuba y se realiza una descripción de las acciones emprendidas para enfrentar y controlar la epidemia de dengue hemorrágico en el año 1981. Se plantea que existen hechos científicos exitosos en Cuba y en otros países que ponen de manifiesto los procedimientos para enfrentar epidemias, y se resalta que cuando los informes oficiales no existen o no son tan frecuentes como cabría desear, surgen numerosos rumores extraoficiales. Se hace hincapié en el hecho de que cuando el silencio epidemiológico no se corresponde con la realidad, no contribuye ni a la disminución de los casos sospechosos y enfermos ni a una percepción real del riesgo de la potencial gravedad del dengue como enfermedad y de la necesidad de la eliminación de su principal agente transmisor. El legado ético de los sanitarios cubanos que a lo largo de cientos de años han forjado la salud pública en Cuba constituyen una riqueza y una referencia de un alto valor en las actuales circunstancias nacionales y mundiales donde la ética se ha convertido en un aspecto clave y una necesidad imperiosa e impostergable para el enfrentamiento y solución de los problemas de salud que nos afectan.

Palabras clave: silencio epidemiológico, ética, salud pública cubana, *Aedes aegypti*, dengue.

ABSTRACT

This article presented a historical account of the Cuban public health development and the need for in-depth understanding of the wealth of thought, action and ethics in this field. It highlighted the presence of *Aedes aegypti* mosquitoes and dengue in the Americas and in Cuba and described the actions taken to face and control the dengue hemorrhagic fever epidemics in 1981. It was argued that there is positive scientific evidence in Cuba and other countries that shows the procedures to face epidemics, and it also stressed that when the official reports are inexistent or not as frequent as they should be, then numerous unofficial rumours circulate. Emphasis was made on the fact that when the epidemiological silence does not match the realities, then it does not support either the reduction of the suspected or confirmed cases or the real risk perception of the potential severity of dengue and of the urgent need for eliminating its main disease-borne agent. The rich ethical legacy of Cuban health specialists that over hundreds of years have shaped the public health in our country represents a valuable reference in the present national and global settings, where ethics has become a key element and a compelling and urgent need to face and to solve health problems that affect us.

Keywords: epidemiological silence, ethics, Cuban public health, *Aedes aegypti*, dengue.

INTRODUCCIÓN

En un curso internacional de Salud Pública dirigido a participantes de los países de la región de Las Américas, un alumno latinoamericano escribía:

Les comento que al igual que en sus países, en el mío se repiten algunas situaciones, el dengue es endémico y anualmente en la estación lluviosa tenemos incremento de los casos, que presentaron una mayor virulencia y letalidad en el último año, lo que puede reflejar una debilidad en la respuesta del sistema para identificar casos potencialmente graves. La divulgación y comunicación con los niveles operativos es fundamental. Rescato lo señalado por los compañeros sobre el protagonismo que debe tener la población, en este y todo problema de salud. No podemos responsabilizar únicamente a la comunidad de no tomar las medidas preventivas, si el propio sector salud tiene una visión distorsionada de la promoción. Décadas de lucha contra el único eslabón vulnerable en la cadena de transmisión, el vector, y no se ha facilitado una real participación de la comunidad, tanto en la eliminación de criaderos como en la reivindicación del derecho a servicios de saneamiento ambiental de calidad, etc. Actuamos en reacción a problemas, no preventivamente ante los riesgos.

Otro alumno expresaba sobre el tema:

Identifico que vivimos realidades muy similares, coincido totalmente con ustedes en el silencio epidemiológico en el que muchas unidades de salud se mantienen. Un serio problema de conciencia y ética profesional.

En los momentos actuales, la casi totalidad de los países de la región reportan casos de dengue. El Salvador ha decretado el estado de emergencia nacional por el aumento de los casos de dengue. Otras naciones llevan a cabo programas intensivos de lucha antivectorial y contra la enfermedad.

En Cuba existe un silencio epidemiológico, en el caso del dengue como enfermedad, que se rompe en ocasiones con artículos que aparecen en la prensa donde se destaca la lucha contra el mosquito *Aedes aegypti* y la necesidad de que la población aumente la percepción del riesgo acerca de este vector para evitar las enfermedades que puede transmitir. Mientras todo esto ocurre, desde hace meses el rumor popular habla de hospitales habaneros dedicados enteramente a la atención de casos de dengue, defunciones por esta causa y las familias confirman la presencia de la enfermedad entre sus propios miembros y vecinos sin que exista una información oficial al respecto.

La existencia o no de una cantidad de casos de una enfermedad es uno de los aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética que requiere una transparencia informativa responsable y veraz que llegue a individuos y colectividades sin mutilar, ocultar o secuestrar información. En numerosas ocasiones esto se convierte en una cuestión de vida o muerte.

Ante esta situación me formuló la siguiente pregunta:

¿El solo hecho de que se cree la duda sobre si es falso o no el silencio epidemiológico actual del dengue en nuestro país, se corresponde con las conquistas éticas de la salud pública cubana?

LA SALUD PÚBLICA EN CUBA

La necesidad de la memoria histórica: la evolución de la Salud Pública en Cuba y los grandes problemas epidemiológicos que han afectado al país

El arribo de *Cristóbal Colón* con sus tres carabelas el 27 de octubre de 1492 a Cuba, permitió a los españoles iniciar desde los primeros años del siglo XVI la conquista del país. No es hasta 1634 que se funda la primera organización de la salud pública en Cuba, el Real Tribunal del Protomedicato de La Habana, que era a su vez la primera organización de la salud pública española, la cual había sido mandada a instaurar en América por Ley de Indias de 1570 y que con anterioridad a Cuba se había fundado solamente en los virreinos de México y Perú.¹

Desde los primeros años de la colonización había hecho su entrada en Cuba (1520) la viruela, como primera gran enfermedad epidémica, y en 1649 la fiebre amarilla, para constituir los dos grandes problemas epidemiológicos que frenaban el desarrollo económico y social del país.

Durante el siglo XIX se producen varios hechos de importancia histórica, relacionados con la salud pública en Cuba: la introducción de la vacuna antivariólica por *Tomás Romay* (1805), la fundación del cementerio de Espada (1805), la existencia de 25 hospitales en 1850 y la exposición por *Carlos J. Finlay Barrés* en 1881, de su teoría acerca del mosquito *Aedes aegypti*, como posible agente transmisor de la fiebre amarilla.

La llegada del cólera en 1833, como tercer gran problema del cuadro epidemiológico de Cuba, determina el cierre del ya obsoleto Real Tribunal del Protomedicato de La Habana y su sustitución por otras dos organizaciones de salud, la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía y la Junta Superior Gubernativa de Farmacia, las que solamente duraron diez años y cuyas funciones quedaron incorporadas a las Juntas de Sanidad, mientras que las Juntas de Beneficencia, lo harían de la atención hospitalaria. Esta sería la organización de la salud pública en Cuba hasta el final de la dominación española.

La Guerra de los Diez Años (1868-1878) por nuestra independencia, puso a prueba el sistema de salud pública colonial y lo subordinó a la sanidad militar del ejército español, la que, por su importancia, constituía en el país otro verdadero sistema de salud. Durante la contienda aumentaron a cifras muy elevadas todas las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, principalmente por viruela, que estaba bastante controlada con la vacunación; fiebre amarilla, cólera, otras enfermedades diarreicas y fiebres (paludismo y fiebre tifoidea).

En el período entre guerras (1880-1894) se produjo una verdadera recuperación de la organización de la salud pública colonial. En 1881 *Carlos J. Finlay* dio a conocer al mundo científico su descubrimiento de la teoría metaxénica del contagio de enfermedades infecciosas y las medidas para la erradicación de la fiebre amarilla, en su genial estudio "El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla", aceptado como el mayor aporte hecho por un cubano a las ciencias en general en todos los tiempos. Se logró la erradicación del cólera a partir de 1882, en lo que influyó la aplicación por *Carlos J. Finlay* del método epidemiológico descubierto por *John Snow* en 1854. Se inauguró el Laboratorio de la Crónica Médico Quirúrgica de La Habana; se introdujo la vacunación antirrábica; se reactivó la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana; se mejoró el plan de estudios de la Facultad de Medicina y se fundaron la Sociedad de Higiene y la Revista de Higiene, entre otros muchos logros.

La guerra independentista de 1895 a 1898, con la inhumana reconcentración de la población rural en las zonas urbanas decretada por el ejército español (1896-1898) y el férreo bloqueo naval impuesto por los Estados Unidos de Norteamérica al final de la contienda en 1898, constituyó una verdadera tragedia epidemiológica para el pueblo de Cuba. Completamente diezmada la población del país, en la mayor insalubridad todas las ciudades y pueblos y prácticamente sin organización de salud pública, abandonaba su antigua colonia la metrópoli española y empezaba para el sufrido pueblo cubano una etapa de casi cuatro años de ocupación militar norteamericana.

Es así que terminada la guerra, se produce la primera ocupación norteamericana (1898-1902), que paradójicamente propició una importante labor de higienización a lo largo de todo el país; se tomaron enérgicas medidas contra el muermo, la tuberculosis humana y del ganado, la fiebre tifoidea, viruela, fiebre de borras, paludismo, escarlatina, lepra y otras enfermedades. Se logró reorganizar la salud pública en sus dos grandes ramas, todo con la participación de los médicos del país, pero el hecho de mayor importancia lo constituyó, sin lugar a dudas, la aplicación del descubrimiento de *Carlos J. Finlay* para la erradicación de la fiebre amarilla, uno de los momentos cumbres de la historia de la salud pública mundial que, sin embargo, se vio enlodado por el más bochornoso intento de plagio que se recuerda en la historia de la medicina.²

Al quedar instaurada la república el 20 de mayo de 1902, fue nombrado Secretario de Gobernación el doctor *Diego Tamayo Figueredo*, una de las más importantes figuras de la medicina cubana y como los servicios de sanidad y beneficencia eran dependencias de su Secretaría (Ministerio), nombró al frente de la dirección nacional

de los primeros a *Carlos J. Finlay* y de la dirección nacional de los segundos al ilustre higienista *Manuel Delfín Zamora*.

Desde el comienzo de su mandato al frente de lo que ha dado en llamarse Escuela de Higienistas Cubanos, *Finlay* trató de estructurar un sistema nacional estatal de salud que abarcara todas las instituciones de la salud pública del país, ya pertenecieran a la sanidad terrestre o marítima, que entonces dependían de distintas Secretarías o como organismos estatales autónomos.

Los sanitaristas cubanos, bajo la dirección de *Finlay* (1902-1908), logran erradicar la fiebre amarilla definitivamente de Cuba (1908), disminuir la mortalidad por tétanos infantil a partir de 1903, establecer de manera permanente la vacunación contra la viruela y elaborar una avanzada legislación en materia sanitaria.

El 28 de enero de 1909, al restablecerse la República, después de la segunda ocupación, y ponerse en vigor la nueva Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, entra en funciones la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, primer ministerio de salud pública del mundo, cuya creación respondía exclusivamente al desarrollo histórico de la salud pública en el país y a las ideas avanzadas en materia salubrista de la Escuela de Higienistas Cubanos de principios de siglo.³

En la segunda mitad del propio siglo XIX, las asociaciones regionales españolas de ayuda mutua fundan también casas de salud, que en su conjunto, constituyen un sistema nacional de salud mutualista, que como el privado, aumenta su poder en el siglo XX.

La Secretaría de Sanidad y Beneficencia cambia su nombre por el de Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, al ponerse en vigor una nueva Constitución para el país el 10 de octubre de 1940.

De 1920 hasta 1958, se extiende en Cuba el *mutualismo* como asociación de grupos de médicos o dueños de clínicas donde se brindaba asistencia médica a los asociados mediante el pago de una cuota mensual. En 1958 existía en Cuba un sistema de salud fragmentado y segmentado donde coexistían subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión: el privado y el mutualista, que tienen a su cargo con el estatal, elevado a categoría ministerial, la atención médica primaria y secundaria de la población, mientras que solo el estatal se encargaba de las acciones de higiene y epidemiología.

El 1ro. de enero de 1959 se produce el triunfo de la Revolución Cubana. De los tres subsistemas de salud que coexisten en ese momento histórico y que anteriormente hemos descrito, es el estatal el que pasó inmediatamente al poder revolucionario.

La promulgación en 1960 de la Ley No. 723 para la creación del Servicio Médico Social Rural y posteriormente la No. 919 para la Estomatología, materializó la posibilidad de que la población contara con estos servicios en los lugares más recónditos del país.

En agosto de 1961 se avanza en el proceso de integración del Sistema Nacional de Salud Único al promulgarse la Ley No. 959, la cual señala al Ministerio de Salud Pública como rector de todas las actividades de salud del país y define que las instituciones públicas, privadas y mutualistas de la salud fueran adscritas a un sistema nacional de salud único e integral, con un carácter totalmente público, regionalizado y descentralizado de sus acciones y apoyado en principios rectores de la política de salud del Gobierno cubano.

En el orden de los servicios se crea el "Policlínico" (1964), con una función eminentemente asistencial, más adelante surge el concepto de "Área de Salud" (1965) y se convierten los policlínicos en *integrales*, con la introducción de los Programas Básicos del Área de Salud, de carácter fundamentalmente preventivos y que incluían la atención a personas, comunidad y ambiente. En 1968, el área de salud se subdivide en sectores, es decir, en pequeños territorios de 3 000-5 000 habitantes, con una enfermera y un médico que desarrollan actividades preventivo curativas en el terreno.

Con una infraestructura y organización elemental, se asumió un nuevo modelo de abordaje de los problemas de salud basado en el daño, donde el sujeto de programación estaba representado por la enfermedad, y la apertura programática se dirigía a la identificación de actividades en función de la reparación de los daños con centralización de las intervenciones. Así se iniciaron las campañas de vacunación antipoliomielítica y contra difteria, tétanos y tos ferina; los programas contra las enfermedades diarreicas agudas, la tuberculosis y el paludismo en 1962.

El propio desarrollo que va tomando el carácter estatal de la Salud Pública cubana hace que, en forma paulatina, las unidades mutualistas se convirtieran en hospitales u otros tipos de instituciones estatales, según sus condiciones o las necesidades del momento, para pasar de 226 unidades existentes en 1961 a 27 en 1968, las que ya en la segunda mitad de 1969 se incorporaron, casi en su totalidad, al Ministerio de Salud Pública, para hacerlo la última, el histórico Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, en septiembre de 1970.⁴

Se llega así al establecimiento del primer Sistema Nacional de Salud único e integral en la historia de Cuba y del continente americano; quedaba preparado el camino para continuar su perfeccionamiento y desarrollo.

La aplicación práctica y creativa de los principios de la Salud Pública cubana, permitió involucrar a las organizaciones de masas con una real y efectiva participación entre las que se destacan los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP). Se crearon las bases para la participación comunitaria e intersectorial en la solución de los problemas de salud con la conceptualización de que la salud es un producto social.

El modelo de organización de la atención primaria de salud, a partir de las áreas de salud, los policlínicos integrales y los programas básicos del área de salud, fue perfeccionado y superado por el modelo de Medicina en la Comunidad con una nueva forma para la planificación, organización y conducción de los programas y servicios de salud con nuevos componentes como la sectorización, la dispensarización, la atención continuada, el trabajo en equipo y los programas de formación de posgrado.

En el año 1977 aparece el dengue clásico en Cuba con una epidemia de grandes proporciones. Desde el 28 de septiembre de 1977 hasta el 28 de febrero de 1979 se ejecutaron acciones antivectoriales, las cuales no pudieron evitar que cerca del 50 % de la población cubana se infectara.

La década de los 1980 constituyó una etapa de consolidación de la salud pública cubana. Es un momento de especial desarrollo encaminado a convertir a Cuba en una potencia médica mundial.

Sin embargo, en 1981 reaparece el dengue, esta vez también con su variante hemorrágica, que lo convierte en uno de los grandes problemas epidemiológicos del siglo xx en Cuba.

En 1984, después de casi diez años de experiencia de trabajo en el país con el modelo de la Medicina en la Comunidad, el Sistema Nacional de Salud estaba en condiciones, y en la necesidad, de producir un nuevo salto cuantitativo y cualitativo en la atención primaria de salud y crea así su tercer modelo, totalmente revolucionario en su concepción, aplicación y desarrollo: El Médico y Enfermera de la Familia, iniciado experimentalmente en 1984 y que llegó a cubrir a la totalidad de los habitantes del archipiélago.

Este modelo se basaba en el concepto de un nuevo médico, formado desde y para la atención primaria de salud, con nuevas tecnologías en el campo de la promoción, prevención, recuperación, control y rehabilitación de la salud, con énfasis en las dos primeras funciones; que labora y vive dentro de la comunidad que atiende y hace participar en función de sus diagnósticos e intervenciones a la comunidad y sectores involucrados.

No exenta de imperfecciones e insuficiencias, la Salud Pública cubana siguió un acelerado y sostenido desarrollo durante los treinta años que mediaron entre 1959 y 1989, que permitió crear una amplia infraestructura dotada de la más moderna y efectiva tecnología y asegurar cobertura total, amplia accesibilidad y alto nivel resolutivo.

En estos años el sistema de salud se fue perfeccionando en la medida en que el desarrollo socioeconómico y científicotécnico, las transformaciones del estado de salud de la población y el propio avance del sector lo exigía y lo hacía posible.

Al final de la década de los 80 comienzan a experimentarse cambios en los países socialistas de la Europa del Este, que llevarán a la caída sucesiva de los gobiernos en dichas naciones y al surgimiento de una grave crisis económica en nuestro país a la que se le dio el nombre de Periodo Especial.

Los efectos primarios de la profunda crisis económica que enfrentó el país a inicios de la década del 90, y sus efectos secundarios, provocaron el deterioro de instalaciones, serias carencias de recursos materiales, deficiencias en el desempeño profesional, falta de capacitación gerencial para la conducción del sistema de salud a nivel de las unidades, acompañadas de un incremento de las demandas de atención en hospitales, y la insatisfacción creciente de la población, incluyendo la atención a urgencias.^{4,5}

Los resultados de la encuesta nacional sobre satisfacción de los usuarios con los servicios de atención médica, del Ministerio de Salud Pública, 1990, mostraban una situación nada favorable: aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha y el 10,6 % insatisfecha, situación que se agravó en los años subsiguientes.⁶ Es en medio de estas circunstancias cuando en 1992 se establece un programa a nueve años con el objetivo de continuar mejorando la salud de la población cubana, aún en las condiciones descritas, basado en el análisis de la situación de salud y sus tendencias, en la que ya predominaban las enfermedades no transmisibles y los accidentes, seguido por los problemas ambientales, la salud materno infantil y las enfermedades infecto contagiosas.

El impacto económico se hizo más notable en los años posteriores. Aparecieron cambios en las condiciones de vida de la población, deterioros en los servicios y nuevos problemas de salud que requirieron de análisis sistemáticos y profundos, creatividad en las intervenciones para abordarlos y nuevas formas de organizar la respuesta social y sectorial de la salud pública.

En 1993 surge la neuropatía epidémica, la que demanda para su control un esfuerzo notable del Sistema Nacional de Salud y de la sociedad cubana.

Se diseñaron nuevas formas sociales participativas, como los Consejos de Salud en todos los niveles de la estructura administrativa del sistema y los Consejos por la Salud a nivel de consultorios y circunscripción, como espacios para privilegiar y desarrollar las estrategias de promoción y prevención.

Los Consejos Populares de Salud presentan una estructura orgánica desde el nivel nacional hasta el local,⁷ y su objetivo es favorecer la descentralización y las acciones intersectoriales para el desarrollo de la salud en Cuba.⁸

Es en este contexto en que el Ministerio de Salud Pública se plantea como parte del proceso permanente de perfeccionamiento del sector, acometer una nueva etapa para el período 1996-2000.

Mientras tanto, en el año 1997 aparece el dengue de nuevo en el país después que el establecimiento del Programa Nacional de Erradicación del *Aedes aegypti*, lograra impedir que por más de 15 años existiera circulación viral y se lograra reducir a través de sus acciones el índice de infestación del vector en el país.

A inicios del nuevo siglo, surgen los Programas de la Revolución:

...los llamados Programas de la Revolución en Salud, fueron estructurados a inicios de la pasada década, con los objetivos de perfeccionar el sistema en general y la atención primaria en particular, y se retomaron en los procesos de reformas ya iniciados. En ellos se reafirmaba la necesidad de cambios en la estructura organizativa del sistema, en especial en la atención ambulatoria, la organización de los servicios y los programas de salud.⁹

En los años 2000, 2001, 2002 y 2006 reaparecen los casos de dengue en el país, lo cual hace que también en el actual siglo XXI deba considerarse a la enfermedad como un gran problema epidemiológico para Cuba.

En la etapa surgen las Proyecciones de la Salud Pública Cubana para el 2015 donde se definió como Objetivo General, mejorar el estado de salud de la población cubana hasta el año 2015.

Más recientemente, a finales del 2010, se anunció y comenzó el despliegue de un proceso denominado "Reorganización, concentración y regionalización de los servicios de salud", que pretende, sin afectar la calidad de los servicios que se brindan gratuitamente a todos los ciudadanos e incluso mejorándolos, reducir de modo apreciable los gastos.

En ese proceso se encuentra inmerso, ya en la segunda década del siglo XXI, el Sistema Nacional de Salud de Cuba que ha debido también enfrentar y controlar la reaparición, después de muchos años, de casos de cólera en el presente 2012 en algunos puntos del país.

El mosquito *Aedes aegypti* y el dengue en la región de Las Américas

El dengue, endémico en más de 100 países localizados en el Sudeste asiático, Pacífico occidental, Américas, África y el Medio Oriente, viene constituyendo un problema cada vez más grave para los países de la Región de Las Américas, que se han visto afectados en los últimos años por extensas y explosivas epidemias. Entre 1948 y 1972 el *Aedes aegypti*, mosquito vector del dengue y de la fiebre amarilla, fue

erradicado en 21 países del continente. En 1997, prácticamente todos los países de América se encontraban reinfestados, incluido el sur de los Estados Unidos de Norteamérica; y han ocurrido numerosas epidemias de dengue y de dengue hemorrágico en la Región, lo que se ha convertido progresivamente en un problema de salud. Aunque no ha existido transmisión urbana del virus de la fiebre amarilla en las Américas por más de 40 años, la presencia de altas densidades del *A. aegypti* en centros urbanos ubicados en áreas enzoóticas de esta enfermedad constituye un riesgo potencial de su urbanización. La situación ocurrida en Perú en 1995 con la notificación de 492 casos y 192 defunciones, demuestra la existencia del riesgo mencionado.¹⁰

Las campañas de erradicación del *A. aegypti* fueron muy exitosas en la década de los años 50 y de los 60, a partir de la Resolución de la Organización Panamericana de la Salud aprobada en 1947. Para 1972 se había logrado la erradicación del vector en 21 países de la Región. Sin embargo, para la década de los años 70, la falta de sostenimiento y en algunos casos abandono de los programas trajo como resultado la reinfestación de los países, perdiéndose el esfuerzo realizado en los años anteriores.

Los Ministros de Salud de los países del Continente Americano reconocieron la gravedad de esta situación; discutieron el tema y aprobaron la resolución CD39.R11 durante la xxxix Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 1996, que establece el mandato hacia los Gobiernos miembros para que colaboren en la definición de las directrices generales, para la elaboración de un Plan continental de ampliación e intensificación del combate al *A. aegypti* con el objetivo de su erradicación futura de Las Américas.

El grupo destacó las diferencias que existen entre los países en lo referente a la situación de sus actuales programas y las acciones de combate al *A. aegypti*. En la mayoría de los casos, las estrategias y los recursos dedicados resultan inadecuados e insuficientes para enfrentar un programa de combate con el objetivo de la eliminación.¹¹

El mosquito *Aedes aegypti* y el dengue en Cuba

La primera referencia de ocurrencia de dengue en Cuba data de 1782 en Remedios, aunque ya existían reportes de enfermedades similares en ese mismo pueblo desde 1674. Coincidiendo con pandemias ocurridas en América, se reconocen brotes epidémicos en 1827, 1848, 1849 y 1897. En el siglo xx el primer reporte apareció en 1944 en la Ciudad de La Habana.¹²

Desde la "Memoria sobre la epidemia que ha sufrido esta ciudad, nombrada vulgarmente el Dengue", publicada en 1828 por el José A. Bernal Muñoz, hasta el excelente trabajo de Guiteras intitulado "Dengue en Cuba y diagnóstico con la fiebre amarilla", del año 1906, no ha dejado de preocupar a los médicos cubanos el problema clínico y epidemiológico de esta enfermedad. Recordaré tan solo los nombres de Valdés Castro, Nicolás J. Gutiérrez, Santos Fernández, Delfín y Coronado, y en particular Arístides Agramonte, que contribuyeron, durante la pasada centuria y los primeros años de nuestro siglo, al conocimiento del dengue.¹³

Las campañas de erradicación del *A. aegypti* realizada en la región de Las Américas fueron muy exitosas en la década de los 50 y 60, por lo que en algunos países no se produjo transmisión de dengue, entre ellos Cuba, que mantuvo esa situación entre 1945 y 1977. En este último año se produjo una epidemia a serotipo 1 en la que se notificaron 447 440 casos, cuatro años más tarde, en 1981, se produjo otra a serotipo 2,

primera de dengue hemorrágico en el continente con un total de 344 203 casos (10 312 graves) y 158 fallecidos, de ellos 101 niños.^{13,14}

En ocasión de esta epidemia, catalogada como la más grave ocurrida en las Américas y el acontecimiento más importante en la historia del dengue en el país, se estableció el Programa Nacional de Erradicación del *Aedes aegypti*, mediante el cual se ejecutaron un conjunto de acciones que permitieron reducir significativamente el índice de infestación del vector en varias provincias del país e impedir por más de 15 años la circulación viral. Es a partir de 1997 que se reportan brotes epidémicos en algunas localidades del país, el más significativo de estos eventos, en el 2002, conllevó a desarrollar en el período del 11 de enero al 27 de marzo, una operación intensiva contra el mosquito *A. aegypti* dirigida por la máxima dirección del país.^{15,16}

El surgimiento en abril-mayo del 2006 de una nueva epidemia por los virus DEN-3 y DEN-4 a partir de altas infestaciones y transmisión local en las provincias Santiago de Cuba y Ciudad de La Habana y la extensión posterior a 11 de las 14 provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud, hace indiscutible que ante el riesgo de introducción del dengue al país a partir de viajeros internacionales, la única alternativa efectiva en la actualidad para evitar epidemias, es reducir de forma paulatina y sostenida la infestación por *A. aegypti* a niveles muy bajos.¹⁷

Tras la epidemia de 1981, Cuba ha detectado algunos casos importados cada año, pero durante muchos años no notificó ningún caso de transmisión autóctona del dengue. Después, en enero de 1997 Santiago de Cuba es afectada por una epidemia en la que se notificaron 17 114 casos clínicos de dengue, de los cuales 205 fueron de dengue hemorrágico (DH) y 12 fallecieron.^{18,19} La epidemia duró de enero a noviembre de ese año, cuando se detectó el último caso.

En 1998 y 1999 no se registraron casos autóctonos en el país, pero en el 2000 hubo en La Habana un breve episodio en el que se encontraron 138 casos de dengue.¹⁹

Esta epidemia fue de corta duración porque se detectó muy rápidamente y de inmediato se pusieron en práctica actividades masivas de control del vector. Alrededor de estos casos se puso en marcha una encuesta serológica de grandes proporciones que permitió identificar algunas infecciones asintomáticas adicionales. La excelencia del programa cubano de prevención y control se refleja en la baja incidencia de la enfermedad, así como en la rapidez con la que se resolvió la epidemia.¹⁹

La incesante presión que sobre Cuba y otras naciones insulares caribeñas ejerce la circulación del virus en toda la región de Las Américas se manifestó nuevamente en 2001, cuando La Habana fue atacada por una nueva epidemia de dengue. Los informes oficiales de finales del 2001 indican que había menos de 1 500 casos, pero hay indicios de que la enfermedad sigue cobrándose víctimas, y todavía está por ver si la epidemia se controla con la misma rapidez que la del 2000. Desafortunadamente, los informes oficiales no son tan frecuentes como cabría desear, y por esto abundan los rumores extraoficiales.¹⁹

El programa nacional cubano de prevención y control del dengue es uno de los mejores de la Región y se están dedicando muchos esfuerzos a controlar el vector. Con estas acciones, los índices de *A. aegypti* se están manteniendo en niveles bajos, pero aun así, no lo suficiente como para interrumpir la transmisión.

En Singapur, donde el índice domiciliario de infestación por *A. aegypti* es de alrededor de 1 %, la incidencia del dengue y del DH ha aumentado a lo largo de los años.²⁰

La epidemia de dengue hemorrágico de 1981

Mención aparte merecen las evidencias científicas y las experiencias adquiridas de la epidemia de dengue hemorrágico de 1981. En esa etapa me desempeñaba como Director Municipal de Salud en el Municipio San José de las Lajas, antigua Provincia La Habana y todavía tengo frescas en mi memoria las imágenes del entonces Hospital Materno Infantil "Leopoldito Martínez" de la cabecera municipal. Colmado de niños enfermos y el suelo impregnado de la sangre de sus hematemesis, con un formidable equipo de salud enfrentando valiente y conscientemente la grave situación epidémica con el total apoyo y participación activa de las instituciones políticas y sociales.

En la Orden No. 1 de 9 de Junio de 1981, *Fidel*, en su condición de Presidente de los Consejos de Estado y Ministros de la República de Cuba, indicó "erradicar de inmediato la epidemia y reducir la densidad del *Aedes aegypti* a cero o llevarlo a una cifra tan baja que no constituya un peligro epidemiológico".

Para enfrentar la epidemia se dispuso la creación de Estados Mayores a nivel nacional, provincial y municipal para dirigir las acciones de cada territorio.

El 9 de junio de 1981, se puso en vigor el programa para la eliminación de la epidemia de dengue y la erradicación del mosquito *Aedes aegypti*. El pasado 26 de Julio había 279 628 casos reportados, y se había alcanzado la cifra máxima para un día, el 6 de julio, en que se reportaron 11 721 pacientes. Menos de tres meses después, el 10 de octubre de 1981, se notificó el último caso confirmado de dengue, en Contramaestre, Santiago de Cuba, no habiéndose reportado ninguno más hasta hoy. La epidemia se erradicó, dejándonos un saldo de 344 203 casos y la pérdida lamentable de 158 vidas.²¹

La campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, bajo la dirección técnica del Ministerio de Salud Pública, se dividió en las siguientes fases:

Fase I Preparatoria. Del 10 al 31 julio de 1981.

Fase II Intensiva. Del 3 agosto al 30 de septiembre de 1981.

Fase III Consolidación. Del 5 de octubre de 1981 al 30 de septiembre de 1982.

Fase IV Vigilancia. Permanente.

La Fase I Preparatoria, abordó un amplio plan de capacitación y adiestramiento donde participaron como alumnos, vicedirectores provinciales de Higiene y Epidemiología, trabajadores sanitarios, funcionarios del Poder Popular y la Defensa Civil, Jefes de Departamentos Provinciales de Control de Vectores, biólogos, entomólogos, operadores de equipos de fumigación, supervisores generales, jefes de brigadas, visitantes (Operarios A), y controladores de vectores (Operadores B).

Igualmente, en esta Fase I Preparatoria, se definieron y asignaron a cada territorio los recursos materiales (transporte, equipos de fumigación, plaguicidas, uniformes, instructivos, laboratorios, Unidades Municipales de Control de Vectores en cada uno de los municipios del país), así como los recursos humanos necesario para acometer el cumplimiento de las acciones de control del mosquito.

Durante la Fase II Intensiva, se procedió a la ejecución de acciones de tratamiento adulticida intra y extradomiciliario, fumigaciones aéreas y con equipos de arrastre, tratamientos focales con abate y periféricos con Baytex en viviendas y locales, actividades de saneamiento en centros de trabajos, viviendas, solares, imposición de multas en aquellos casos que así lo requirieran y actividades de Educación Sanitaria a nivel de cada CDR del país y de sus Comités de Zonas. Igualmente, se realizaron conferencias en bloques de la FMC, charlas en bases campesinas de la ANAP. La radio y la televisión cubanas también colaboraron en este empeño de hacer llegar a cada ciudadano cubano la necesaria percepción de riesgo ante la epidemia de dengue y el agente transmisor de la enfermedad, el mosquito *Aedes aegypti*.

En la ejecución de la Fase III Consolidación, se realizaron visitas al 100 % de las viviendas, locales y solares para descubrir, destruir y evitar criaderos en un total de 22 ciclos los cuales comenzaron el 5 de octubre de 1981 y culminaron en los últimos meses de 1985. En esta fase se retomaron las imparticiones de cursos teóricos y prácticos a los integrantes de la lucha antivectorial, labores de verificación, tratamiento focal y perifocal adulticidas cuando ello fuera menester, colocación de larvitrapas, ovitrapas y determinación de zonas de riesgo, realización de radiobatidas donde fuera necesario, sistematización de la vigilancia en puertos y aeropuertos, creación de franjas de seguridad en las fronteras de cada municipio del país a los efectos de que cada municipio fuera capaz de controlar sus propios riesgos, continuación de la educación sanitaria a la población y establecimiento de los requisitos para que los municipios fueran declarados "erradicados", entre otras acciones.

En el transcurso del año 1986 fueron declaradas erradicadas las provincias del país que aún no lo habían logrado. Debieron transcurrir más de cinco años para que el Sistema Nacional de Salud de Cuba con la participación activa de todos los sectores de la sociedad y la población en su conjunto, fuera capaz de obtener estos resultados. Comenzaría entonces la Fase IV Vigilancia, con un carácter permanente y un sistema de control y evaluación de las acciones en cada municipio que propiciara la adopción de acciones correctoras de la situación cuando fuera preciso a partir de la información recibida de las provincias, el análisis de los indicadores y en la realización de acciones de control internamente por los propios municipios y por los niveles superiores del Sistema Nacional de Salud.

Creo que fue una gran prueba, para los trabajadores de la salud y para el país en su conjunto, la epidemia del dengue... Sin embargo, mirando hoy, algo a distancia, la lucha contra la enfermedad, es realmente asombroso pensar que en sólo tres meses, desde el momento pico, el 6 de julio, hasta el último caso, el 10 de octubre, se haya erradicado totalmente la enfermedad. Considero que es una de las más grandes victorias que ha obtenido la salud pública cubana, y no recuerdo ningún otro caso, o ningún otro país que en tan breve período de tiempo, haya podido erradicar una epidemia de esa magnitud.²²

¡Cuántas vidas habría costado esta epidemia en otras condiciones! Seguramente tendrían que haber sido contadas por miles, si no es por el esfuerzo de los trabajadores de la salud, y los recursos médicos con que hoy cuenta el país. Hay que decir que nuestros médicos, enfermeras, técnicos, trabajadores de servicios, han salvado la vida de miles de niños este año de 1981. Hay que ver el esfuerzo, la dedicación, la consagración total, la lucha que podía apreciarse en cualquier hospital, especialmente en los hospitales de niños; eran salas enteras de niños con los sueros puestos, en estado de gravedad. Fue una batalla titánica, una respuesta realmente revolucionaria de nuestros trabajadores, gracias a lo cual estoy convencido de que se salvaron miles de vidas.²²

En plena epidemia, el 26 de Julio de 1981, en la ciudad de Las Tunas, en el acto central por el XXVIII aniversario del asalto al Cuartel Moncada, *Fidel* expresó lo siguiente:

Creo que si un país puede erradicar este mosquito, este país es Cuba, por su organización, por el nivel de cultura de su pueblo, por el espíritu de disciplina y de trabajo que tiene nuestro pueblo. Creo por ello, que nuestro país puede proponerse la meta de erradicar el mosquito.²³

Tres décadas después de pronunciadas estas palabras el principal transmisor del dengue, el mosquito *Aedes aegypti*, no ha logrado ser erradicado definitivamente de Cuba y la enfermedad nos sigue afectando.

COMENTARIOS FINALES

Aunque hasta esta misma línea pueda parecer que estoy relatando una vez más el proceso histórico del desarrollo de la Salud Pública cubana y la lucha contra los grandes problemas epidemiológicos que han afectado al país a lo largo de los siglos hasta la actualidad, en realidad lo dicho hasta ahora tiene otro fin. En pocas palabras: recordar que existen evidencias científicas en Salud Pública en Cuba y en otros países que ponen de manifiesto los procedimientos para enfrentar epidemias, en nuestro análisis de dengue, y que el silencio epidemiológico artificial no contribuye ni a la disminución de los casos sospechosos y enfermos ni a una percepción real del riesgo de la gravedad de la enfermedad y de su principal agente transmisor.

En el reporte de casos de dengue en Las Américas de la OPS, que se recoge en la semana epidemiológica 36 actualizado hasta el 25 de septiembre de 2012, no aparecen informes de Cuba. En la fila correspondiente se puede leer: *f Without reports*.²⁴

La situación del dengue por subregiones en Las Américas actualizada por la OPS hasta el 25 de septiembre de 2012 aparece en la tabla.

Tabla. Situación del dengue por subregiones en Las Américas

Subregiones	Dengue*	Tasa incidencia × 100 000 habitantes	Dengue grave**	Muertes	Tasa de letalidad
Norteamérica, Centroamérica y México	138,232	94,1	8,902	42	0,03
Andina	135,488	132,3	4,531	122	0,09
Cono Sur	508,462	209,7	2,904	197	0,04
Caribe Hispano	6,938	29,3	98	11	0,16
Caribe inglés y francés	4,009	50,5	180	4	0,00
Total	793,129	151,5	16,615	376	0,05

*Suma de dengue + dengue grave, **incluye síndrome de choque por dengue o todas las formas de dengue grave.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Número de casos notificados de dengue y datos para el año 2012 (hasta la semana anotada por cada país) Semana Epidemiológica/SE 36 (actualizado el 25 de septiembre de 2012).

Según la Real Academia de la Lengua Española,²⁵ la "Ética es la parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre" y el "conjunto de normas morales que rigen la conducta humana". Luego puede aceptarse que la Ética es la ciencia que trata sobre la moral, investiga aquello que es específico al comportamiento humano y enuncia principios generales y universales inspiradores de toda conducta,²⁶ regulado mediante normas o códigos que prescriben el buen comportamiento, las mejores prácticas y prohibiciones que definen su actuación.

La Ética no se manifiesta en abstracto, no vive ajena a las realidades. Todo el legado ético de los sanitaristas cubanos que a lo largo de cientos de años han forjado la Salud Pública en Cuba, desde *Tomas Romay* con su vacunación antivariólica, *Finlay* al frente de la Escuela de Higienistas Cubanos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, hasta nuestra contemporaneidad, que ha conocido de hombres y mujeres excepcionales consagrados a la creación y consolidación de un sistema nacional de salud sobre sólidas bases éticas, se constituye como fundamento para la acción y el pensamiento en las actuales circunstancias donde la ética se ha convertido en un aspecto clave y una necesidad imperiosa e impostergable porque sin ética no hay solución posible y sostenible a los problemas que enfrentamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santovenia Echaïne ES. El protomedicato de La Habana. Cuad Hist Sanit. 1952(1).
2. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998;24(2).
3. Rodríguez Expósito C. La primera Secretaría de Sanidad del mundo se creó en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1964(25).
4. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. 18 de abril del 2011:24.
5. Chang M, Alemán ML, Cañizares MP, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999 [citado 28 Nov 2011];15(5):541-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Iñiguez Rojas L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2012;38(1):109-25.
7. Ministerio de Salud Pública. El Consejo Nacional de Salud. Lineamientos Metodológicos. La Habana: MINSAP; 1995.
8. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet M. Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007 [citado 22 Ago 2011];45(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v45n3/hie07307.pdf>
9. Luna EM, Sierra DP, Pérez Gandul SL. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 22 Ago 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Rodríguez R. Estrategias para el control del dengue y del Aedes aegypti en las Américas. Rev Cubana Med Trop 2002; 54(3): 189-201.
11. del Puerto C. Apuntes históricos de la Higiene y Epidemiología. La Habana: MINSAP; 2004.
12. Delgado G. Un artículo desconocido del doctor Gustavo Pittaluga sobre un brote de dengue en La Habana (1944). Cuad Hist Salud Pública. 2008(103).
13. Peláez O, Guzmán M, Kourí G, Pérez R, San Martín J, Vázquez S, et. Al. Dengue 3 epidemic, Havana, 2001. Emerg Infect Dis. 2004; 10(7): 19-22
14. Universidad Virtual. Cátedra "Manuel Fajardo". Dengue. Epidemias en Cuba. 2006 [citado 22 Dic 2006]. Disponible en: <http://uvfajardo.sld.cu/temas-de-actualizacion/plonearticlemultipage.2006-09-14.1171880765/epidemias-en-cuba>
15. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención del dengue y erradicación del Aedes Aegypti: Etapa de sostenibilidad. La Habana: MINSAP; 2007.
16. Kouri G, Guzmán MG, Valdés L, Carbonell I, Rosario D, Vázquez S, et al. Reemergence of dengue in Cuba: a 1997 epidemic in Santiago de Cuba. Emerg Infect Dis. 1998; 4: 89-92.
17. Valdés L, Guzmán MG, Kourí G, Delgado J, Carbonell I, Cabrera MV, et al. La epidemia del dengue en Cuba en 1997. Rev Panam Salud Pública. 1999; 6: 16-25.
18. Number of reported cases of dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas by country. Washington, D. C.: PAHO; 2000.
19. Arias J. El dengue en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2002 [citado 5 Dic 2003]; 11(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000400002>
20. Wang NC. Control of dengue vectors in Singapore. Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi. 1994; 10(Suppl): S33-8.
21. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto central por el 29 aniversario del ataque al cuartel Moncada. Granma digital 26 julio 1982 [citado 5 Dic 2000]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1982/esp/f260782e.html>
22. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud. Granma digital 9 diciembre 1981 [citado 5 Dic 2000]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1981/esp/f091281e.html>
23. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto central con motivo del XXVIII aniversario del asalto al Cuartel Moncada. Granma digital 26 de julio de 1981 [citado 5 Dic 2000]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1981/esp/f260781e.html>
24. Organización Panamericana de la Salud - PAHO/WHO. Number of Reported Cases of Dengue and Figures for 2012 (to week noted by each country) Epidemiological Week / EW 36. Washington, D. C.: PAHO; 2012.
25. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. La Habana: Instituto de Lingüística; 2012 [citado 14 Abr 2005]. Disponible en: <http://www.rae.es>

26. Rojas M, Cabrales H, Chaviano O, Santos J, Molina G. La ética: un nuevo reto para el profesional de la información en el siglo XXI. Acimed. 2004 [citado 22 Ago 2007]; 12(2). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_2_04/aci10204.htm

Recibido: 13 de octubre de 2012.

Aprobado: 19 de noviembre de 2012.

Luis Suárez Rosas. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: lsuarez@infomed.sld.cu