

Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana

Current evidence on the proposals of local intervention for diagnosis and management of social determinants of health of the Cuban population

MsC Adolfo G. Álvarez Pérez,^I MsC Isabel P. Luis Gonzalvez,^I MsC Geominia Maldonado Cantillo,^I MsC Manuel Romero Placeres,^I Dr. Mariano H. Bonet Gorbea,^I Dr. Carlos Lage Davila,^{II} MsC Pol De Vos,^{III} Dr. C Patrick Van der Stuyft^{III}

^I Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{II} Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba.

^{III} Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical. Antwerpen, Bélgica.

RESUMEN

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las cuales las personas que conforman una población determinada nacen, viven y trabajan. El presente artículo tiene el objetivo de documentar las evidencias actuales sobre las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud de la población cubana. Desde una perspectiva estructural las variables de servicios de salud muestran diferencias entre territorios, asociadas básicamente a la existencia de un sistema de salud único con cobertura y acceso universal para toda la población. Se observan mayores diferenciales en el comportamiento de los llamados "determinantes no médicos", como densidad poblacional, producción y circulación económica, mostrando estas diferencias un patrón geográfico. También se observan diferenciales en el comportamiento de la mortalidad materna y la hipertensión arterial entre territorios y en el tiempo. La productividad económica y las condiciones de vida están poco relacionadas con otros indicadores de resultados. Ante lo anteriormente expuesto se presenta una propuesta metodológica para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud. Se requieren espacios de estudio de los determinantes sociales a nivel local, mediante técnicas multivariadas cuyos resultados aporten insumos para el

diseño de intervenciones integrales basadas en los enfoques de planificación estratégica, acción intersectorial y participación social. Se impone insertar en la práctica del sistema de salud cubano un enfoque dirigido a trabajar más con los determinantes sociales de la salud, para lo cual se propone un modelo para el estudio e intervención local.

Palabras clave: salud, determinantes sociales de la salud, diferenciales y desigualdades en salud, políticas y estrategias de salud.

ABSTRACT

Social determinants of health are the social conditions where members of a particular population are born, live and work. This article was aimed at documenting the current evidence on the proposed local intervention for the study and management of social determinants of health of the Cuban population. From a structural perspective, the health service variables show differences among the regions, mainly associated to the existence of a single health system with universal coverage and access for the entire population. Greatest differences are observed in the behavior of "non-medical determinants" such as population density, economic production and circulation, these differences showing a geographical pattern. Differentials are also observed in the behavior of maternal mortality and hypertension among regions and in the course of time. Economic productivity and living conditions are poorly related to other result indicators. Given the above-mentioned, a methodological proposal for the study and management of social determinants of health was presented. Some study spaces of local social determinants are required at local level through multivariate techniques whose results provide inputs for the design of integrated interventions, based on strategic planning approaches, intersectoral action and social involvement. Therefore, an approach to work more with the social determinants of health is required to be integrated into the Cuban health system. A model for local study and intervention were suggested in this paper in order to attain this goal.

Keywords: health, social determinants of health, differentials and inequalities in health, health policies and strategies.

INTRODUCCIÓN

El término determinantes sociales de la salud, es un concepto de reciente utilización en la literatura de las ciencias de la salud. Aunque existen evidencias de su uso, con otros nombres, desde épocas tan remotas como el antiguo Egipto, pasando por los aportes de *Engels*, *McKeon* y los más recientes realizados por autores como *Laframboise*, *Lalonde*, *Evans*, *Raphael* y *Marmot*, entre otros, ¹⁻⁸ muy pocas veces salubristas y epidemiólogos, han sustentado en este enfoque la explicación de la situación de salud de sus poblaciones, y menos aún lo han considerado a la hora de formular estrategias y políticas dirigidas a mejorar la salud de la población.

Con frecuencia observamos diferencias más o menos importantes entre un espacio o territorio y otro. Esas diferencias en el comportamiento de los indicadores del estado de salud de la población se denominan "diferenciales o desigualdades en salud".^{11,12}

Estas diferencias en salud pueden ser evitables, ya que las mismas están determinadas por un grupo de factores o fuerzas sociales y económicas a las cuales denominamos "causas de las causas" del proceso salud-enfermedad-cuidados

Por ende la determinación social se encuentra estrechamente ligada a la formación económica social en que se instala ese proceso, al desarrollo de sus fuerzas productivas y a las contradicciones existentes entre las clases sociales. Al fraccionarse este proceso en 'factores', emergen los 'determinantes' sociales de la salud.⁷

La tradición ha sido trabajar más con los daños que con los factores de riesgo y de determinación social de la salud. Debemos rebasar ese enfoque y pensar en el desarrollo de intervenciones más integrales, que superen incluso el círculo de los daños y riesgos, y se centre en la determinación social de la salud.

Para alcanzar mejores niveles de salud en la población resulta necesario actuar sobre el universo de los determinantes sociales de la salud (personales y colectivos); recordando siempre que este proceso depende de las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y ambientales existentes y, por consecuencia, requieren de intervenciones integrales que contemplen políticas públicas de salud y extra-sectoriales para enfrentarlos.

El necesario el conocimiento de este controvertido del tema, motivó la realización de la presente investigación, con el objetivo de documentar las evidencias actuales sobre las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud de la población cubana.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU POSICIONAMIENTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La salud es un producto determinado socialmente, por ende referirnos a los desafíos y oportunidades que enfrenta el tema de la determinación social de la salud en Cuba, nos lleva a referirnos a dos de sus conceptos más utilizados:

- Conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.⁹
- Son las condiciones sociales en las cuales las personas que conforman una población determinada nacen, viven y trabajan.¹⁰

Cuba es un ejemplo de cómo se pueden aplicar correctamente los principios de buena gobernanza en pos de la salud y el bienestar de su población. Durante los últimos 50 años, el estado cubano ha mostrado al mundo lo que se puede lograr en materia de salud de las poblaciones a partir de un manejo integral y participativo de los factores que la determinan y diferencian, materializando para ello tres conceptos básicos: voluntad política, acción intersectorial y participación social, vinculados al quehacer de un sólido sistema de salud.¹³⁻¹⁷

Esta política social dirigida al logro de la equidad en salud ha sido una prioridad permanente del Estado cubano y sus principales dirigentes a todos los niveles. Las bases socialistas del estado y la sociedad cubana, garantiza la existencia de mecanismos adecuados para la rendición de cuentas por parte de los distintos sectores del estado, al poder popular, con relación a la prioridad, integralidad y continuidad otorgada por los mismos a las funciones estatales que permiten traducir esa voluntad política en resultados concretos de salud en el tiempo.

Desde el triunfo revolucionario en enero de 1959 hasta la fecha, Cuba ha mantenido la prioridad estatal de garantizar el logro de los objetivos esenciales de equidad social, sobre la base de la universalidad y la gratuidad de servicios sociales como la educación, la salud y la asistencia social; asegurando además un nivel básico en el consumo de alimentos y bienes de primera necesidad, con un tratamiento diferenciado para niños, embarazadas, ancianos, enfermos y personas vulnerables por la cuantía de sus ingresos u otras causas.¹⁸

Estos resultados alcanzados por Cuba en materia de salud y bienestar de la población, durante los últimos cincuenta años, lo colocan en una posición privilegiada al buscarse ejemplos de buena gobernanza en pos de la salud y la equidad, y a la vez son el mejor ejemplo de que lo que el estado puede lograr con el concurso de la población y de todos los sectores de la sociedad.¹⁹

Luego de leer todos esos argumentos, la mayoría de nosotros nos preguntaríamos si resulta entonces oportuno o no estudiar la salud de los cubanos desde un enfoque de determinantes sociales y equidad en salud, situación que ha llevado erróneamente a algunos a considerar innecesario e inoportuno científica y políticamente su estudio y manejo, cuando en realidad insertar en la práctica del Sistema Nacional de Salud (SNS) este enfoque más que una necesidad es un imperativo.

El propio Fidel en su intervención con motivo del día de la medicina latinoamericana en el año 2002, expresó su posición irrevocable con relación a este tema al expresar que en el campo de la salud y otros sectores se estaban apreciando una serie de diferenciales y desigualdades que se habían desarrollado como resultado de los efectos del periodo especial en la sociedad cubana y en el sistema de salud como parte de ella, dejando claro que esas desigualdades sí que no tenían alternativa posible.²⁰

JUSTIFICANDO LA NECESIDAD NACIONAL DE ESTUDIAR ESTE TEMA

Para justificar el estudio de los determinantes sociales de la salud en Cuba; debemos considerar la existencia de un sistema de salud estatal, integral, accesible, regionalizado, gratuito y universal. Sus resultados históricos son el mejor indicador de nuestra gobernanza estatal y sobre todo del desempeño de uno de los sistemas de salud más justo y solidario de la historia de la humanidad.¹⁸

Sin embargo, a pesar de la solidez que en términos de resultados e impacto sanitario, muestra el comportamiento de la inmensa mayoría de los indicadores de cuadro de salud, se aprecian diferencias en el comportamiento de esos eventos de salud en el tiempo, entre territorios y entre los distintos espacios que los configuran, situación determinada en última instancia por los factores de determinación social.¹²

Antes de adentrarnos en los retos y desafíos que ofrece el abordaje de este tema para la práctica sanitaria cubana y sobre todo con la finalidad de evitar interpretaciones no deseadas, quisiéramos precisar algunos elementos relacionados con nuestro posicionamiento con respecto al tema y a su inserción en el sistema nacional de salud

- La determinación social de la salud es un proceso objetivo que se expresa en el estado de salud de la población como “la causa de las causas” de sus riesgos y daños; es imprescindible tenerlo en cuenta en cualquier proceso de análisis de la situación de salud.
- Dentro del proceso de determinación social de la salud, son los factores definidos como estructurales (voluntad política, intersectorialidad, políticas sociales, económicas y públicas, cultura, inserción y cohesión social), los más importantes, sustantivos y trascendentes, por el papel que desempeña lo social en el proceso de producción de la salud.
- Se requiere desarrollar en los profesionales de la salud una más profunda concepción de la determinación social de la salud, que refleje y contribuya a un mejor análisis de la situación de salud de la población cubana. Se requiere superar el uso histórico del término; ya que el estado de la elaboración teórica y de aplicación práctica aún nos parece insuficiente.

Después de la visita oficial del profesor *Michael Marmot* a La Habana en julio de 2013, y de su intervención plenaria ante directivos, profesores e investigadores del sistema nacional de salud, se ha observado un mayor interés en estos dos últimos sectores por trabajar en este tema, razón por la cual podríamos afirmar, que estamos en mejores condiciones para implementar el enfoque de los determinantes sociales de la salud en el sistema de salud cubano.

La realidad es que en el país, desde hace varias décadas, diversos grupos de académicos del sector salud y de otros sectores, han venido trabajando este tema, contribuyendo con sus resultados a la producción de evidencias imprescindibles para formular un modelo conceptual y operativo que nos permita introducir este enfoque en la práctica del sistema nacional de salud cubano.²¹⁻²⁵ Sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados, diversas han sido también a nuestro criterio, las causas que han impedido que esto haya sido posible.

Las principales barreras que han impedido esa correcta introducción y desarrollo son a nuestro criterio las siguientes:

- Insuficiente prioridad otorgada al tema, más allá del discurso político y sanitario.
- No existencia de una base legal que ampare su manejo en el país a nivel constitucional, sectorial e intersectorial.
- Obsolescencia conceptual y metodológica que, sobre el tema de la determinación social de la salud, subyace en la gerencia, la docencia y la investigación.
- Extrapolación de modelos y datos resultantes de contextos con una realidad económica, social, política y sanitaria muy diferentes a la cubana.
- Desactualización teórica conceptual en los claustros y programas docentes de pre y postgrado con relación al tema de los determinantes.
- Dispersas y poco divulgadas investigaciones sobre el tema de los determinantes y equidad en salud

- Una pobre interdisciplinariedad y un insuficiente abordaje intersectorial de la causa de las causas.
- Gran desconocimiento y pobre utilización por el sector salud de las evidencias procedentes de otros sectores unido al poco uso de los resultados de las investigaciones realizadas en el sector para la toma de decisiones
- Resistencia conceptual y operativa de transitar del paradigma de daño y riesgo al de determinación social:
- Insuficiente inclusión de este enfoque en la discusión del cuadro de salud y en el diseño de políticas y estrategias.

Estas barreras se encuentran asociadas a otro grupo de explicaciones culturales o genoestructurales que a modo de regularidades sectoriales e intersectoriales determinan su presencia y con ellas el impedimento para introducir el enfoque de los determinantes sociales de la salud en el sistema nacional de salud:

- El paradigma médico hegemónico que propicia entre otras realidades el desconocimiento de los otros y su quehacer.
- El bajo liderazgo técnico del sector salud en la gobernanza local, lo cual justifica el liderazgo a nivel local de otros actores.
- El cambio gradual de los niveles de participación intersectorial y de la población en la solución de los problemas de salud de causa social.
- Las contingencias epidemiológicas cuya difícil solución sectorial las transforma en tareas permanentes al gozar de alta prioridad política.
- La urgencia de resultados sanitarios a corto plazo y los compromisos de colaboración conspiran contra la estabilidad del personal de salud.

Todos esos elementos impactan negativamente en el cumplimiento de las funciones esenciales de salud y por ende en los cuatro perfiles de desempeño fundamentales de los profesionales y técnicos de la salud cubana: la docencia, la asistencia, la investigación y la dirección en salud; generando reservas importantes aún sin explotar en materia de mejoramiento del cuadro de salud.

En Cuba existen al menos cuatro corrientes de pensamiento, no excluyentes, a la hora de definir lo que se entiende como determinantes sociales de la salud: así encontramos a autores que la definen como aquello que determina la causa, los que la definen como la noción de la forma en que se distribuyen las causas, los que afirman que es la esencia causal de un problema de salud, y los que coinciden en que es la causa de las causas.

La explicación a esta problemática pudiera al decir de *Borrell*, estar asociada a la existencia en la epidemiología social de tres líneas diferentes de pensamiento no excluyentes con relación a este tema: la de los profesionales que defienden el enfoque psicosocial, la de los profesionales que defienden el enfoque de la producción social de la salud (economía política de la salud), y la de los profesionales que defienden la teoría eco-social aplicando un enfoque multinivel.²⁶

Incorporar este enfoque de los determinantes a la práctica del SNS significa en primer lugar:

- a) Actualizar la base conceptual y metodológica para el desarrollo de estudios de determinantes de salud.
- b) Desarrollar las capacidades necesarias en el SNS para el estudio y manejo de los DSS a todos los niveles.

- c) Priorizar las investigaciones que incluyan las variables sociales que influyen en la situación de salud desde un enfoque de determinantes y desigualdades sociales.
- d) Aplicar los resultados de las investigaciones sobre determinantes de la salud, para diseñar políticas y estrategias del SNS.
- e) Crear una Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud con expresión intersectorial y comunitaria a todos los niveles.

ALGUNOS DIFERENCIALES PRESENTES EN EL CUADRO DE SALUD CUBANO

Estudiar y analizar los diferenciales presentes en el cuadro de salud cubano durante ese periodo, obliga a referirnos a la multiplicidad de factores de cambio que introdujo en la economía y en las representaciones sociales de la vida cotidiana de los cubanos, el período que comprende la década de los noventa, conocido nacional e internacionalmente como "periodo especial", y que comenzara en 1990.

Aunque se han identificado oficialmente seis etapas del Período especial según refirió *Rodríguez*,²⁷ para los efectos los autores de esta investigación hemos dividido el estudio de los determinantes sociales de la salud de los cubanos en tres etapas:

1) *Una primera que transita desde 1990 a 1999*: incluye todo el proceso ocurrido en el país previamente al anuncio oficial del periodo especial en 1991, la adopción de una serie de medidas entre 1992 y 1994 encaminadas a palear esa situación y mantener las conquistas sociales del proceso revolucionario, y el posterior frenado de la caída a partir de 1994; con un crecimiento de la economía y una recuperación muy gradual.

2) *Una etapa intermedia que comienza en el año 2000 y termina en febrero de 2008*: está directamente relacionada con la Batalla de Ideas lanzada por Fidel en ese año, como respuesta a una percepción clara que existía de que se estaba pagando un costo social muy alto, y se toman medidas para tratar de acelerar transformaciones en la seguridad social, la educación y la salud. Con los recursos disponibles; se desarrolla la batalla energética y se elimina temporalmente la descentralización de la divisa de las empresas.

3) *Una tercera etapa que la ubicamos a partir de febrero de 2008*: momento en el que asume la presidencia del país, el General de Ejército Raúl Castro, y se llevan a cabo a propuesta del mismo, un grupo de cambios importantes en la política económica y social del país, se desarrolla el VI Congreso del PCC, en el cual se aprueban los lineamientos y se inician las transformaciones necesarias de la sociedad y dentro de ella del sector salud.

Como consecuencias del periodo especial y especialmente de los efectos socioeconómicos de su primera etapa, encontramos un incremento de la pobreza en la población urbana cubana como consecuencia a corto y mediano plazo de los efectos del periodo especial; que aunque no es de tipo excluyente, si muestra retrocesos importantes en los valores de equidad social, al incrementarse de un 8 % en 1989 a un 20 % en 2000; valor que se incrementa a finales de 2009 a un 27 % como efecto a largo plazo del periodo especial.^{28,29}

Como resultado de estos procesos se ha descrito un proceso de reestratificación social en la sociedad cubana que sin dudas se encuentra asociado con los valores de los indicadores de salud, ya que en aquellos lugares de menor desarrollo humano y local (condiciones de vida), se incrementa el riesgo de enfermar y morir. Esta situación exhibe diferenciales que evidencian el impacto de estas determinantes en la salud de la población que reside en áreas urbanas y rurales.^{28,30}

Estamos hablando de la presencia de posibles inequidades residuales, no siempre visibles, entre los habitantes de las distintas provincias cubanas, ya que existen particularidades en el desarrollo histórico, cultural, económico y social de los territorios cubanos, que han dejado huella en sus habitantes y que se manifiestan en la actualidad.

Existen un grupo de factores cuyo comportamiento nos permiten establecer una relación entre los daños y sus determinantes sociales de tipo estructural e intermedio. Siguiendo el enfoque ecológico debemos centrarnos en los factores que actúan como determinantes estructurales (causa de las causas) de esos eventos de salud.

Luego de revisar un grupo de factores condicionantes (determinantes sociales) de las desigualdades en salud como son la pobreza, la marginalidad, las diferencias en el acceso a servicios productos, entre otros, nos encontramos en condiciones de colocar algunos supuestos sobre la relación determinantes-desigualdad:^{12,14,31}

- El comportamiento de los eventos de salud está determinado por un grupo de factores agrupados en campos cuya contribución varía entre países y hacia el interior de ellos mismos.
- El comportamiento de los eventos de salud está determinado socialmente por un grupo de factores cuya presencia varía en el tiempo y el espacio y entre los propios eventos.
- El comportamiento diferencial de los eventos de salud está relacionado a un grupo de premisas como la voluntad política local, la acción intersectorial y la participación social.
- El comportamiento diferencial de los eventos de salud está relacionado a otras variables como edad, color de la piel, sexo, lugar de residencia, educación, cultura, ingresos, etc.
- Se aprecian diferenciales en el comportamiento de la hipertensión arterial, mortalidad materna, tuberculosis, y de las enfermedades de transmisión hídrica y por vectores, entre ellas, entre territorios y en el tiempo.
- El indicador del cuadro de salud cubano que más diferenciales muestra en su comportamiento entre territorios y en el tiempo es la mortalidad materna.
- El indicador de factores de riesgo que más diferenciales muestra en su comportamiento entre territorios y en el tiempo es la ingestión de bebidas alcohólicas, encontrándose los principales diferenciales en las provincias orientales.
- El comportamiento de la hipertensión arterial en el cuadro de salud cubano y por territorios, se encuentra determinado por factores asociados a los estilos de vida, a los servicios de salud y al ambiente, en ese orden.
- El comportamiento de la mortalidad materna en el cuadro de salud cubano y por territorios, se encuentra determinado por factores asociados al papel de los servicios de salud, los estilos de vida, y al ambiente, en ese orden.

- El comportamiento de la tuberculosis en el cuadro de salud cubano y por territorios, se encuentra determinado por factores asociados al ambiente, los estilos de vida, y al papel de los servicios de salud, en ese orden.
- Las enfermedades de transmisión hídrica y por vectores presentes en el cuadro de salud cubano y de algunos territorios, se encuentra asociada en primer lugar a factores ambientales, de estilos de vida, y al papel de los servicios de salud, en ese orden.
- El comportamiento del índice de desarrollo humano territorial en el país, se encuentra determinado por factores asociados a los estilos de vida, a los servicios de salud y al ambiente, en ese orden.

De manera más específica por dimensiones podemos caracterizar algunos diferenciales presentes en el cuadro de salud cubano que de alguna manera se instalan como desafíos a corto, mediano y largo plazo para el proceso de reorganización del sistema de salud cubano desde una perspectiva compleja, y que sin dudas tienen y requieren una explicación/intervención desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Demografía

Cuba se encuentra en la última etapa de la llamada transición demográfica, con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, es decir, menos de una hija por mujer, y niveles de mortalidad muy bajos, de forma que ha ido aumentando la proporción de personas de 60 años y más hasta representar el 28,1 % de la población en 2012. El envejecimiento de la población muestra diferencias a lo largo del territorio nacional, entre provincias, municipios y consejos. En 2004 este indicador las provincias más envejecidas son Villa Clara, Ciudad de La Habana y Sancti Spíritus, con más del 16 % de su población con 60 años y más; mientras Guantánamo, Granma, Las Tunas y Santiago de Cuba reportan los valores más bajos, aunque superiores al 12 %.³²

Cobertura de agua y saneamiento

El programa nacional para extender los servicios de agua potable data de inicios de los años sesenta. En el 2004 el 95,6 % de la población disfrutaba de acceso sostenible al agua potable, con lo cual el porcentaje de población sin acceso se redujo en casi 3/4 partes respecto a 1990. En la zona urbana la población servida llegaba al 98,2 % y en la rural alcanza el 87,3 %. Los niveles logrados en cuanto a cobertura de abasto de agua son significativos, uno de los más altos de la región latinoamericana según PNUD.^{33,34}

Se ha logrado un acceso sostenido al agua en todos los poblados de más de 300 habitantes, los que disponen de agua segura a 300 metros o menos de las viviendas. Ese avance ha posibilitado aumentar la equiparación provincial en el porcentaje de población servida. En 2004 la varianza estadística del indicador fue de 27 %. Las provincias más atrasadas son Santiago de Cuba, Granma y Las Tunas con porcentajes de población beneficiada entre 84 y 89 %.^{33,34}

Las situaciones más desfavorables en cuanto a acceso se localizan en el medio rural de las provincias Santiago de Cuba, Granma y Guantánamo, con niveles de acceso en la población rural de 66,1 %, 69,4 % y 86,1 % respectivamente. La zona rural

de Pinar del Río, con un 88 % de su población con acceso a fuentes de agua segura le sigue en orden de limitaciones.^{33,34}

Resulta favorable el hecho de que el 75,3 % de la población total servida obtiene el agua por conexión en el interior de su vivienda. Esta relación es de un 86,3 % en la zona urbana y de un 41,2 % en la rural, siendo las provincias Las Tunas, Camagüey, Holguín, Granma y Santiago de Cuba las menos favorecidas.^{33,34}

Un elemento esencial para mejorar las condiciones de vida humana lo constituye el saneamiento ambiental adecuado. En el contexto regional, Cuba se destaca por sus altas coberturas de saneamiento, con un 95 % del total de la población beneficiada con estos servicios en 2004.

Seis provincias del país tienen el total de su población servida y otras 4 sobrepasan el 95 % como nivel de cobertura, quedando Santiago de Cuba, Guantánamo, Granma y Las Tunas como las provincias más limitadas en el acceso de su población a los servicios de saneamiento. Santiago de Cuba presenta la situación más difícil por el bajo nivel de acceso de la población rural que alcanza sólo el 35 %. En la zona urbana la cobertura de saneamiento es favorable, al abarcar el sistema el 97,9 % del total de población. Las provincias con la situación más desfavorable son Santiago de Cuba y Guantánamo, con 86,7 % y 89,6 % de su población urbana servida, respectivamente. En dicha zona urbana predominan las soluciones de saneamiento por alcantarillado y fosas sépticas, pero en barrios periféricos de las ciudades aún se encuentran dispositivos inadecuados que se deben sustituir.^{33,34}

Otra dificultad es el deficiente estado técnico de los sistemas de alcantarillado, a lo que se añade que están sobrecargados, pues fueron diseñados, en su momento, para poblaciones más pequeñas que las actuales. Su extensión resulta insuficiente, abarcan el 48,3 % de la población urbana. Consecuentemente se sirven con fosas sépticas alrededor de 4,2 millones de personas que viven en asentamientos urbanos, lo que encarece el servicio.^{33,34}

Empleo

Un pilar de la estrategia en la eliminación de la vulnerabilidad económica de las familias lo constituye la política de empleo. El pleno empleo se ha situado como un objetivo central y se promueve el principio de que todo ciudadano debe tener opciones de empleo útil. Los resultados obtenidos son destacables.^{34,35}

Durante el período 1997 a 2004 la tasa de desempleo descendió un 73 %, situándose en el año 2004 en 1,9 %, Este resultado, clasificable como un estado de empleo total, se logra con equidad en cuanto a género pues la tasa de desocupación fue de 1,7 % para los hombres y 2,2 % para las mujeres.^{34,35}

Por territorios también se ha avanzado sustancialmente respecto a períodos anteriores, en que los problemas de desocupación se localizaban en las provincias orientales, principalmente. Durante el año 2004 la tasa de desocupación por provincias se encontraba en una banda entre 0,8 y 2,4%.

Pobreza y marginalidad

La pobreza tiene que ver con la incapacidad o imposibilidad de lograr niveles adecuados de vida, lo cual nos remite a las causas, que son diversas. La pobreza alude esencialmente a vivir en condiciones inferiores a las establecidas como

aceptables en una sociedad específica y que tienen que ver con la insuficiencia de ingresos o con la insatisfacción de necesidades básicas.^{28,36}

La pobreza tiene un carácter relativo, porque depende de los estándares y los contextos socio-históricos en que se manifieste. Para el caso cubano, este elemento de relatividad tiene una importancia especial ya que hay un conjunto de servicios sociales que satisfacen plenamente una serie de necesidades importantes, como son las de salud y las de educación.

Los estudios sobre pobreza en Cuba son relativamente escasos, pero todos ellos muestran que en los años noventa se incrementó la franja de población viviendo con ingresos insuficientes. Sin embargo, podemos asegurar que esa franja de población (20-27 %) disfruta de una garantía de acceso a los servicios de educación, salud, seguridad y asistencia sociales que es muy elevada.²⁸

Como diría Espina "la Revolución con su política de igualdad produjo una desnaturalización de la desigualdad y de la pobreza. Fue un proceso de dignificación individual y social que hizo que se desterrara, incluso del lenguaje cotidiano, la noción de pobre y de rico". Refiere esta misma autora, que con la crisis esta situación ha cambiado y ahora se percibe "un proceso de vuelta, en algunos grupos sociales, a la naturalización de la desigualdad y la pobreza, que se acepta que no todos podemos ser iguales, que hay que luchar, pero que ese es un hecho incontrastable. La sociedad cubana no puede darse el lujo de aceptar este proceso de naturalización, en la subjetividad social, de la pobreza y la desigualdad".²⁸

La población urbana en situación de pobreza de ingresos y con necesidades básicas insatisfechas aumentó de 6,3 % en 1988 a 20 % en 2000. Entre 1988 y 1996 el porcentaje de la población urbana en situación de riesgo más que se duplicó. En 1996 con respecto a 1988, la brecha entre los ingresos de la población en riesgo respecto a la línea de vulnerabilidad fue relativamente mayor.²⁸

Los efectos del periodo especial se reflejaron de manera especial en el comportamiento de la pobreza urbana, destaca con mayor agudeza la región oriental del país, en la que vive el 30 % de la población urbana, y de ella casi el 22 % se encontraba en riesgo de no satisfacer sus necesidades básicas. Durante la década de los noventa, las regiones que mostraron un mayor deterioro fueron la región occidental y Ciudad de la Habana, con un 20 y un 26 % respectivamente.²⁸

En este sentido, resulta necesario destacar un grupo de prestaciones que se garantizan a toda la población para satisfacer sus necesidades básicas:

- La disponibilidad de alimentos que cubren como mínimo 50 % de los requerimientos nutricionales, a precios subsidiados.
- Acceso a otras vías subsidiadas de alimentación por su estado de vulnerabilidad o necesidad.
- La atención permanente de un médico en la comunidad y la opción de recibir servicios especializados gratuitos.
- La atención médica mensual de la gestante y el menor de un año, incluido cualquier tipo de servicio requerido.
- La educación básica gratuita (primaria y secundaria) y la garantía de continuar su formación para obtener un empleo.
- Estudios de nivel medio superior y de nivel superior totalmente gratuitos.
- Un sistema de pago ventajoso para la adquisición de una vivienda.

La situación de la población ante el empleo es un elemento de relevancia a la hora de realizar análisis de los perfiles de la población. Al respecto, es de suponer que los desocupados son el grupo en situación de mayor riesgo, y por ello resultó muy positivo que sólo constituyeran el 3 por ciento de la población.

Más preocupante aún nos resulta, desde la perspectiva de determinación social de la salud, el comentario de Alonso acerca de que "si nosotros, separamos cobertura de salud y educación gratuitas a la población, no llegamos a un 20 o 25 % de la población cubana en condiciones de pobreza. Pero que si dejamos fuera índices como salud, educación y otros servicios, posiblemente tendríamos que calcular en un 70 % la franja de la población cubana en condiciones definibles como de pobreza".²⁷

Otro tanto ocurre con la asociación de los conceptos marginalidad y determinación social de la salud, proceso en el cual se hace necesario distinguir que la marginalidad no se manifiesta por igual en todo el país. Hay situaciones muy específicas de la capital, que es como una gran incubadora de la marginalidad, que no existen en las ciudades del interior del país, o hacia el interior de los territorios. Fenómeno que debemos tener bien claro al explicar el proceso de determinación social de la salud.²⁸

Necesitamos acercarnos a esta asociación determinista desde una perspectiva integral, donde converjan lo social y lo económico, no se resuelve el problema de la marginalidad solamente con acciones dirigidas a mejorar el acceso a la educación, cultura y salud pública. Tenemos que tener claro que la economía desempeña un papel muy importante en el vivir diario de esos grupos en desventaja social y cuyas estrategias familiares de supervivencia se vuelven cada vez más numerosas, divergentes y riesgosas.

Gastos de una familia cubana

Al cierre de 2011 se aprecia una dificultad de los asalariados para cubrir sus gastos básicos, pues el dinero que recibe puede ser mucho para comprar los productos normados, sin embargo, no es suficiente para acceder a otras mercancías que también les resultan necesarias, pero que se venden a precios de mercado.³⁷

En el año 2005 se tomaron una serie de medidas cuyo propósito era comenzar a rescatar el papel del salario y revertir la situación descrita. Sin embargo ocho años más tarde, la realidad se muestra aún más compleja.

Se estima a partir de estudios realizados sobre la estructura del gasto promedio de los hogares cubanos, que el componente que compromete la mayor parte del gasto es la alimentación, que abarca entre 62 y 74 % en 2005 y entre 59-74 % en 2011. Los productos no alimenticios aparecen en segundo lugar con una participación entre 20 y 28 %, y los servicios básicos en el tercer puesto, entre 6 y 10 % en 2005. Para el 2011 estas proporciones se mueven entre 20-31 % y 5-9 %, respectivamente.³⁷

Para acceder a la canasta que contiene entre sus componentes al consumo de alimentos promedio de esos años, se presentan déficits de ingresos en todos los casos examinados:³⁷

— En 2005 estas carencias van de 21 CUP, en el caso de las familias con dos trabajadores y un pensionado; hasta 345 CUP para las familias con un trabajador y un pensionado; y 532 CUP para las familias con solo un trabajador.

— En 2011 se mueven de 185 CUP en el caso de las familias con dos trabajadores y un pensionado; hasta 498 CUP para las familias con un trabajador y un pensionado; y 747 CUP para las familias con solo un trabajador.

Por otro lado la problemática referente a la insuficiencia de ingresos para asumir gastos imprescindibles para llevar una vida decorosa puede no tener lugar para núcleos familiares con acceso a fuentes de ingreso superiores (lícitas o no). La reciente ampliación de las modalidades de trabajo por cuenta propia, por ejemplo, ha permitido a un grupo de individuos mejorar sustancialmente su captación de ingresos.

Esta problemática puede ser mucho más crítica si se consideran niveles de consumo no tan mínimos, y si alguno o algunos de los miembros del núcleo han quedado sin empleo como resultado del proceso de disponibilidad laboral.

Nutrición y bajo peso al nacer

La política de alimentación está dirigida a garantizar la seguridad alimentaria de toda la población, y en especial para niños, ancianos, embarazadas y enfermos crónicos. El riesgo a la subnutrición se reduce a niveles menores del 2 % de la población.³⁴

El índice de niños con bajo peso al nacer, cuestión muy relacionada con el estado alimenticio y nutricional de la madre, muestra una tendencia decreciente desde 1993 hasta llegar a 5,5 % en el 2004, con la característica de que este resultado es muy similar a lo largo del territorio. Santiago de Cuba y Cienfuegos, con porcentajes de nacidos con bajo peso de 6,5 y 6,1 % respectivamente, son las provincias de menor avance relativo.³⁴

En el año 2003 el porcentaje de niños menores de cinco años con un peso insuficiente moderado y severo respecto a su edad fue de 2,0 %, lo que es muy bajo si se compara internacionalmente. Este nivel sitúa al país, según el Informe sobre Desarrollo Humano 2004 del PNUD, entre los pocos que, en América Latina, han logrado descender ese indicador a menos de 5 %. No se observaron diferencias por sexos.³⁴

Escolaridad

La universalidad de la enseñanza primaria es una realidad en Cuba. Desde los años noventa del siglo xx la matrícula en esta enseñanza representa alrededor del 100 % de la población en las edades establecidas para este nivel de 6 a 11 años. La tasa neta de escolarización es muy elevada tanto para los niños como para las niñas.^{32,34}

Un aspecto a destacar es que esos niveles que avalan la universalidad de la enseñanza Primaria se obtienen con una creciente equidad por provincias. En el 2004 todas las provincias aumentaron su tasa de retención en el ciclo respecto al año 2000. Los niveles menos favorables se reportan en Guantánamo, Granma, Holguín y Santiago de Cuba, en que la retención en el ciclo alcanza niveles entre 94 y 97,5 %.³⁸

La equidad en lograr una educación secundaria básica universal se constata al comparar el índice de retención en el ciclo de esta enseñanza a lo largo del territorio. La dispersión de dichos índices por provincias ha descendido a una varianza de 4,3 % en el ciclo concluido en el 2004, muy distante del 10,1 % de varianza obtenido en el ciclo concluido en el 2000. En el 2004 las provincias con resultados menos favorables fueron Matanzas y Guantánamo, con valores de 91,2 y 92,9 % respectivamente.³⁴

Riesgos

Existen evidencias que muestran que los comportamientos relacionados con los factores de riesgo para la salud no son uniformes en todos los territorios, menos aún hacia el interior de ellos. Se ha verificado la existencia de dos patrones de conducta epidemiológica bien definidos, para el Oriente y otro para el Occidente del país.³⁹⁻⁴⁰

Ambas agrupaciones se caracterizan por tener comportamientos de salud bien definidos y diferenciados entre sí. Provincias con mayores niveles de natalidad y poblaciones más jóvenes, es el que exhibe los más altos niveles de exposición a factores de riesgo para la salud. Incluso, en algún momento pudiera valorarse de forma diferenciada la situación de Santiago de Cuba y La Habana.

Se requiere sin lugar a dudas de intervenciones poblaciones que se adecuen a los patrones de conducta epidemiológica propios de cada espacio, considerando a la determinación como un fenómeno multicausal y complejo del cual para el cual se requieren igualmente estrategias y políticas integrales, intersectoriales y concretas para cada espacio de transformación.

Morbilidad y mortalidad

Cuba muestra niveles de mortalidad en los niños y niñas entre los más bajos del mundo. La tasa de mortalidad infantil fue 4,6 por cada mil nacidos vivos en el 2012, la más baja de América Latina y al nivel de los países desarrollados. En el 2004 el grado de equidad quedó expresado, en primer lugar, por la varianza estadística de la tasa de mortalidad infantil por provincias que es de sólo 2,9 %. Las provincias con mayor incidencia son Guantánamo, Santiago de Cuba, La Habana y Ciudad de La Habana, todas por debajo de 9 por 1 000 nacidos vivos.⁴¹

La mortalidad infantil por géneros no refleja situaciones lesivas al derecho de las niñas a la vida. En el 2004 la mortalidad infantil fue 4,8 por cada 1000 nacidos vivos en las niñas y 6,7 por cada 1000 en los niños.³⁴

El 99,2 % de los niños y niñas sobrevivieron a los cinco años de edad y las diferencias provinciales en cuanto a estos resultados son mínimas. Así, en Guantánamo -que muestra el menor valor- son supervivientes el 98,9 % de los niños, mientras que varias provincias alcanzan 99,4% -mayor valor provincial del indicador.³⁴

La tasa de mortalidad materna en el 2004 fue 38,5 por 100 000 nacidos vivos, entre las más bajas de Latinoamérica, según el Informe sobre Desarrollo Humano 2004. En el período 1997-2004 el 99,9 % de los nacimientos ocurrieron en instituciones de salud, lo que influye positivamente en el descenso de las muertes maternas. No obstante, persisten diferencias por provincias en cuanto a las tasas de mortalidad. Las provincias Santiago de Cuba, Pinar del Río y Ciudad de La

Habana tuvieron los resultados más desfavorables, mientras Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spiritus y Las Tunas no reportaron incidencias ese año.³⁴

La incidencia de tuberculosis tuvo un incremento entre 1992 y 1995, decreciendo posteriormente hasta alcanzar en el 2004 una tasa de 6,6 x 100 000 habitantes. La varianza por provincias del nivel de la tasa fue de sólo un 4 % en el 2004, lo que refleja la equidad del sistema.

La mortalidad por tuberculosis concluyo 2004 con una tasa de 0,3 x 100 000, afectando a 0,4 por cada 100 000 hombres y 0,2 por cada 100 000 mujeres. Las provincias más afectadas fueron Sancti Spiritus, Ciego de Ávila, Las Tunas y Villa Clara con valores superiores a 8.³⁴

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL ESTUDIO Y MANEJO DE LOS DETERMINANTES

Uno de los errores más frecuentes que se asumen al apoderarse, sin empoderarse, de este tema de los determinantes sociales de la salud, es intentar demostrar que se domina (quizás porque está de moda) documentando la situación de salud local a partir de conceptos, modelos y evidencias foráneas. La gran mayoría de esos modelos tienen en común tres aspectos básicos: su basamento filosófico, su procedencia contextual y su traducción práctica, tres razones por las cuales explican el proceso de producción social de la salud desde las condiciones y la realidad (colectiva e individual) en que han sido concebidos y validados.¹⁻⁸

Los autores de esta entrega, tomando en consideración las evidencias derivadas de su quehacer científico durante la última década y de las principales tendencias internacionales en el tema, elaboraron un modelo que permite explicar e intervenir los principales problemas de salud en el nivel local cubano, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud; donde devienen protagonistas el sector salud, los sectores de la sociedad y la población.¹¹

Este modelo retoma los enfoques sanitarios que le anteceden al señalar que las estrategias de salud de la población se deben concentrar en un amplio rango de los factores determinantes de la salud, en especial de aquellos sociales que la supra determinan y que las políticas públicas sanitarias (no privativas del sector salud) deben ser traducidas consecuentemente en estrategias y acciones dirigidas a fomentar la salud de la población.

Nuestro enfoque, más cerca del abordaje de lo social que del riesgo, refiere que al analizar la situación de salud, no se excluyen los factores ya abordados por otros modelos, por el contrario, se abarcan en el mismo todo el rango de *factores y condiciones de riesgo* que determinan la salud de la población, y muy especialmente de los subgrupos particulares, reconociendo las semejanzas y diferencias que se establecen entre los factores determinantes y las condiciones de riesgo.

Nuestras premisas básicas (determinantes estructurales) se definen como el conjunto de condiciones básicas que, de acuerdo con la manera en que se manifiestan en un espacio u momento concreto, favorecen la aparición y el manejo efectivo o no de los factores que determinan los niveles de salud en un espacio y momento concreto.

El uso de este modelo nos permite documentar la situación de salud local, diferenciando los determinantes estructurales (sociales, económicos, políticos, culturales y sociales) de los determinantes intermedios (condiciones de vida, factores biológicos, comportamiento y de servicios de salud), estableciendo una relación con la estructura y movilidad social (pobreza, marginalidad, desigualdad) como fenómenos asociados a la equidad y el bienestar de los individuos y poblaciones.

El lugar que ocupan las personas en la estructura y/o jerarquía social (estratificación social) afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen y por ello determinan su salud, su vulnerabilidad a las enfermedades e incluso su muerte prematura. Por otro lado los daños y secuelas tienen un impacto indirecto en la situación socioeconómica de la población, ya que la magnitud de ciertas enfermedades puede repercutir directamente en los principales factores contextuales.

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida, constituyen los determinantes sociales de la salud, y son la principal causa de los diferenciales en salud entre territorios y hacia el interior de estos, y que solamente podremos modificarlos a partir de intervenciones que contengan políticas sociales y de salud.

Esta propuesta metodológica pretende aportar insumos para el estudio y manejo de los principales determinantes sociales de la salud de la población en el nivel local cubano durante un periodo determinado. Mediante este modelo se pretende finalidad es la intervención en salud a partir de la explicación del proceso de determinación social de salud en un contexto dado.

Para el desarrollo del mismo se combinan técnicas cualitativas y cuantitativas. Se trata de un estudio con diseño observacional descriptivo ecológico, en el cual se utilizan variables que permitan identificar los factores que determinan los niveles y diferenciales en salud. Estos indicadores seleccionados son agrupados en dimensiones.

Todos los datos deberán ser analizados mediante técnicas para el estudio de series cronológicas de esos indicadores a nivel nacional y por provincias. Se describirán las variaciones entre años y territorios para cada indicador.

Se utilizará un diseño cualitativo emergente, que sigue un algoritmo de trabajo general con técnicas básicas como la revisión de documentos, el desarrollo de entrevistas a actores/informantes clave y a expertos del sector salud y otros sectores de la sociedad cubana, incluida la población, y la realización de talleres de sistematización e integración de las evidencias recogidas.

Estas técnicas e instrumentos cualitativos nos permitirán conocer aspectos relacionados con la estructura social en los espacios sujetos a estudios como premisas para explicar el proceso de determinación social en los mismos. Sin embargo, la relación entre la posición socioeconómica y la mala salud la debemos estudiar desde una visión que abarque toda la trayectoria vital de las personas y no solo un momento o periodo de su vida.

Debemos por lo tanto considerar la acumulación de riesgos a los que se ha expuesto una persona desde antes de su nacimiento hasta el momento en que ha dado la cara al estado de mala salud. Si tenemos en cuenta esta perspectiva de la "trayectoria vital" en el diseño de nuestro modelo, también debemos considerar que la variable elegida para medir la influencia de la posición económica en la relación

entre los riesgos estudiados y la mala salud (o la buena salud) puede (y a veces debe) ser diferente en cada periodo de la vida.

Para buscar los diferenciales o disparidades en el comportamiento de esos indicadores entre territorios durante el periodo de estudio, se utilizó como unidad geográfica a la provincia y se emplearon los mismos ejes de análisis ya mencionados con vistas a identificar posibles diferenciales de salud mediante el empleo de la técnica del coeficiente de Gini y del índice de concentración usando el software libre Epidat 4.¹²

Los determinantes de los niveles de salud deben ser analizados matricialmente mediante el empleo de al menos 3 variables que definen en última instancia los denominados grupos de riesgos: grupos de edades, sexo y lugar de residencia.¹²

Las variables podrán ser analizadas para detectar correlaciones e información redundante entre ellas mediante matrices de correlación bivariada y análisis de componentes principales, finalmente las municipalidades con sus atributos fueron analizadas para conformar conglomerados de similitudes multivariantes mediante técnicas jerárquicas.

Los resultados o evidencias derivadas de la aplicación de esas y otras técnicas cualitativas y cuantitativas, serán sistematizados e integrados por medio del desarrollo de talleres de sistematización e integración de las evidencias recogidas.

DIMENSIÓN 1: CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA PRIORIZADO

El objeto de estudio de esta dimensión del estudio se centra en la caracterización del problema de salud priorizado entre todas las variables de riesgo y daño del cuadro de salud (discapacidad, morbilidad y mortalidad), considerando la trascendencia del mismo a partir de su significación epidemiológica, su importancia sanitaria y su valor político, para lo cual se comienza por describir el comportamiento de su morbilidad y mortalidad.

En este punto se puede trabajar con una de las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad en el espacio local, el comportamiento de los principales factores de riesgo, incluidas u otras que resulten de importancia para el territorio; considerando siempre los cinco problemas de salud priorizados por el Minsap y que de alguna manera requieren una explicación/intervención desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

- Mortalidad general por ECNT y sus riesgos.
- Envejecimiento Poblacional.
- Salud Materno Infantil con énfasis en natalidad y fecundidad.
- Enfermedades de transmisión hídrica y por vectores.
- Explicaciones sociales de los problemas de salud desde un enfoque de Familia.

DIMENSIÓN 2: DETERMINANTES ESTRUCTURALES DEL PROBLEMA ESTUDIADO

El análisis de la dimensión estructural o contextual contiene dos subdimensiones: el contexto socioeconómico y el contexto sociopolítico. Mediante el análisis de esta

dimensión se pretenden abordar un grupo de factores estructurales del sistema social relacionados de forma significativa con la estructura y movilidad social, como la voluntad política y su traducción en políticas sociales dirigidas al desarrollo del bienestar mediante el acceso de la población a los servicios de educación, salud, vivienda, etc. Se incluyen además los valores sociales y culturales. La estructura social configura a los llamados determinantes intermedios.

DIMENSIÓN 3: DETERMINANTES INTERMEDIOS DEL PROBLEMA ESTUDIADO

El análisis de los llamados determinantes intermedios contiene al menos cuatro subdimensiones: las condiciones de vida, los factores de biología humana, los factores de comportamiento y la organización de los servicios de salud. Mediante el análisis de esta dimensión podremos caracterizar y establecer asociaciones entre las circunstancias materiales en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, como la vivienda, el barrio de residencia, el nivel de ingresos percibidos y las condiciones de trabajo, los factores conductuales y biológicos que inciden en la salud de las personas y el sistema de salud con los niveles de salud de la población y su distribución desigual.

DIMENSIÓN 4: ANÁLISIS DE DIFERENCIALES EN SALUD RELACIONADOS CON EL PROBLEMA ESTUDIADO

Los diferenciales en salud relacionados con el problema estudiado deberán analizarse según grupos vulnerables de acuerdo al lugar de residencia, el color de la piel, género o el enfoque de ciclo de vida entre otros. Otro tipo de análisis a realizarse en este punto tiene que ver con el análisis de brechas usando técnicas como el coeficiente de Gini, el Índice de Calidad de Vida, según nivel socioeconómico y nivel de escolaridad, el Índice de Desarrollo Humano o Inequis, En este punto se instala la necesidad de elaborar un índice resumen considerando determinantes estructurales e intermedios.

Otra vía es el estudio del comportamiento de indicadores como mortalidad infantil y mortalidad materna según escolaridad de la madre; la esperanza de vida temporaria, según grupos socioeconómicos, el cálculo de AVPP y las comparaciones; el análisis de gradiente o el estudio de patologías priorizadas, considerando prevalencia y mortalidad, según nivel socioeconómico y nivel de escolaridad.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de los resultados anteriores es posible referir que durante el período 1989-2009, la salud de la población cubana estuvo determinada socialmente por cuatro premisas básicas.

Por otra parte, estuvo determinada negativamente de manera primaria por la desintegración de la Unión Soviética y la desaparición del campo socialista fuente de sus principales mecanismos económicos, y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano contra la población cubana.

Desde el punto de vista sanitario vale la pena destacar:

- a) El papel del grado de organización de los servicios de salud, los niveles de cobertura, resolutivez y satisfacción con los servicios, el manejo adecuado de la información estadística de salud y su determinación, en la formulación, implementación y evaluación de las políticas, estrategias y programas de salud.
- b) La cantidad y calidad de los recursos humanos en salud (competentes) que brindan sus servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a esa población.
- c) Los servicios o acciones de promoción y prevención realizadas en el nivel primario de atención, incluida la dispensarización, las visitas de terreno y la inmunización por grupos de edades.
- d) El control sanitario internacional sobre las nuevas y reemergentes amenazas externas que asechan a la salud.

Sin embargo se hace necesario concluir que pese a los avances alcanzados en materia de salud y su expresión en los indicadores de salud, existen algunas diferencias o disparidades en el comportamiento de esos indicadores entre territorios, independientemente de la fuerte voluntad política, siempre pendiente de evitar la aparición de inequidades en salud entre la población cubana.

Las diferencias observadas entre territorios en el comportamiento de la mortalidad materna, la tuberculosis y la hipertensión arterial sugieren la necesidad de realizar futuros estudios sobre cuales son y cómo se manejan en el nivel local esos factores determinantes que devienen en fuentes de disparidad y por consiguiente en objeto de reformulación de políticas, estrategias y acciones en ese espacio concreto.

Se requerirá para ello del empleo de técnicas más refinadas, que permitan realizar análisis multivariantes en unidades geográficas más pequeñas, pero sobre todo de un enfoque estratégico que permita el manejo integral e integrado de los determinantes médicos y no médicos y de las disparidades entre territorios.

Se requiere implementar este enfoque en el sistema de salud cubano, a la par que se introduce un modelo que permita a los salubristas cubanos no solo entender, sino explicar e intervenir sobre "las causas de las causas" en Cuba, incorporando este enfoque a la práctica cotidiana del sistema nacional de salud a todos los niveles, en pos de una mejor salud de los cubanos y cubanas.⁶

Se requiere además con urgencia del diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, lo que implica pasar del paradigma dominante biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político y una sólida participación intersectorial y social con el objetivo de que "todos" puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.⁶

La abundancia de definiciones relacionadas con el complejo determinantes-desigualdad complejiza la adopción, uso e interpretación de los términos, ya sea en su estudio como en su manejo mediante intervenciones que busquen el logro de la equidad en salud.

Sin embargo, se requiere de un modelo que explique ese proceso de determinación de la salud desde y para la realidad cubana. Un modelo que permita a los salubristas cubanos no solo entender, sino explicar e intervenir sobre "las causas de las causas" en Cuba, incorporando este enfoque a la práctica cotidiana del sistema nacional de salud a todos los niveles, en pos de una mejor salud de los cubanos y cubanas.

La pobreza, la marginalidad y la exclusión social, no han dejado de formar parte de nuestra realidad social, aun con una revolución socialista cuya voluntad política ha estado dirigida permanentemente a evitar tales deformaciones.

Nos corresponde estudiar, descubrir e intervenir sobre las premisas, condicionantes, tendencias, regularidades y consecuencias para la salud de los cubanos del proceso de reestratificación social ocurrido en los noventa, para propiciar la adopción de políticas y estrategias que reconviertan esa realidad y hagan más democrático, participativo, humano y justo nuestro proyecto social.

Analizar la situación de salud a partir de este enfoque, no significa excluir los factores ya abordados por otros modelos, por el contrario, se abarcan en el mismo todo el rango de factores y condiciones de riesgo que determinan la salud de la población, y muy especialmente de los subgrupos particulares, reconociendo las semejanzas y diferencias que se establecen entre los factores y las condiciones de riesgo.

Se requiere con urgencia del diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, lo que implica pasar del paradigma dominante biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político y una sólida participación intersectorial y social con el objetivo de que "todos" puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.

Resumiendo, podemos referir que el enfoque de los determinantes sociales de la salud nos permite tomar en cuenta las condiciones sociales y asociar su comportamiento con su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para reducir las inequidades en salud, a través de políticas que incorporen acciones sobre los determinantes sociales que provocan de esas inequidades.

Agradecimientos

Los autores desean dejar constancia de su agradecimiento a todos los compañeros que durante la última década han integrado los distintos equipos de investigación que sobre este tema se han conformado en el INHEM y en los territorios del país; muy especialmente a los cientos de profesionales con los cuales se ha tenido la oportunidad de intercambiar sobre este tema. Por último agradecer a los residentes y maestrantes con los cuales hemos tenido el placer enorme de trabajar; muchos de los conceptos e ideas expresados en esta entrega nacieron y se desarrollaron a lo largo de años de fructíferas discusiones sostenidas con estos profesionales de la salud pública cubana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 43 ed. Ginebra, Suiza: OMS; 2001.
2. McKeown T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Popul Stud.* 1972;26(4):345-82.

3. Laframboise HL. Health policy: Breaking the problem down into more manageable segments. CMAJ. 1973;108(2):388-91.
4. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Ontario, Canada: Department of Health and Welfare; 1974.
5. Alan Dever GE. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Maryland, USA: Aspen Publisher Inc; 1991.
6. Buck C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud [Internet]. Canadian Journal of Public Health 1985 may-jun. [citado: 25 abr 2013]; 76(supl 1):10-6. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8598.pdf>
7. Evans RG, Stoddart GL. Producing health consuming health care. Social Science and Medicin. 1990;31(12):1347-63.
8. The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives 2010 [Internet]. London: The Marmot Review; c2013 [cited 2013 mar 25]. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
9. Health Canada. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense [Internet]. Washington, DC: OPS; 2000. [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/can1.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
11. Álvarez Pérez AG, Luis González IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, et. al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 Ago [citado: 25 abr 2013]; 48(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es
12. Álvarez Pérez AG, Alegret Rodríguez M, Luis González IP, Leyva León Á, Rodríguez Salvá AJ, Bonet Gorbea MH, et al. Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Ago [citado: 25 abr 2013]; 49(2):202-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es
13. Keck CW, Reed G. The Curious Case of Cuba. American Journal of Public Health. [Internet]. 2012 Aug [cited 2013 Jan 14];102(8):13-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464859/>
14. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]; 2007, 33(2) [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu13207.htm

15. Pagliccia N, Alvarez Pérez A. The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have a Role? International Journal of Health Services [Internet]. 2012 [cited 2013 jan 14];42(1):77-94. Available from: <http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,8,13;journal,2,166;linkingpublicationresults,1:300313,1>
16. Álvarez Pérez AG, García Fariñas Anai, Rodríguez Salvá Armando, Bonet Gorbea Mariano. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2007 Dic [citado: 25 abr 2013];45(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es
17. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2012 Jan [citado: 25 abr 2013];38(Supl 5):823-33. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=en./http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662012000500015
18. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41 de Salud Pública. Agosto 15, 1983. [Internet]. La Habana, Cuba: MINSAP; 1983 [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=AdvancedSearch&O=Y&FK=ley+41+1983&RP=10&SR=0&ST=Quick/> <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=419>
19. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit. [Internet]. 2013 [citado: 25 abr 2013];27(4):292-7. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/inequidades-salud-entre-paises-latinoamerica/S0213911112003433/>
20. Castro Ruz F. Discurso con motivo del Día de la Medicina Latinoamericana el 3 de diciembre de 2002. La Habana: ELAM; 2002.
21. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá AJ, Sosa Lorenzo IA, Bonet Gorbea MH, Pol De Vos, Patrick Van der Stuyft. Contribución de los servicios de salud a la situación de salud en Cuba entre los años 1989 y 2000. INFODIR [Internet]. 2011 dic. [citado: 25 abr 2013]; 7(12). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infodir/n1211/infod021211.htm>
22. Álvarez Pérez AG. La determinación social de la salud en Cuba. Principales desafíos. Salud vida. Revista Digital de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba. [Internet]. 2013 [citado: 25 abr 2013];1(3). Disponible en: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo/2013/12/04/la-determinacion-social-de-la-salud-en-cuba-principales-desafios>
23. Louro Bernal IL. Visión panorámica de los determinantes sociales de la salud. Salud vida. Revista Digital de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba [Internet]. 2013 [citado: 25 abr 2013];1(3). Disponible en: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo-dossier/2013/11/06/vision-panoramica-de-los-determinantes-sociales-de-la-salud>
24. Fernández Oliva R, Calderón Izquierdo I, Bormey Quiñones M, Bermúdez Conrado S, González Caraballo M, Hernández Pérez E, et al. Primera información de

los resultados del proyecto: Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. Rev. Cub Salud Pública pública [Internet]. 2014 ene-mar [citado: 25 abr 2013]; 40(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu04114.htm

25. Ramis Andalia RM. Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud. INFODIR. [Internet]. 2012 [citado: 25 abr 2013]; 8(15). Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid04212.htm>

26. Borrel C, Artazcoz L. Las políticas públicas para disminuir las desigualdades de salud. Gac Sanit. [Internet]. 2008 [citado: 25 abr 2013]; 22(5):465-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext

27. Espina M, Rodríguez JR, Triana J, Hernández R. El período especial 20 años después. Revista Temas [Internet]. 2011 ene.-marz. [citado: 25 abr 2013]; (65):59-75. Disponible en: <http://thecubaneconomy.com/wp-content/uploads/2011/05/TEMAS-Ei-Periodo-Especial-veinte-anos-despues.pdf>

28. Espina M. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. Revista NUEVA SOCIEDAD [Internet]. 2008 julio-agosto [citado: 25 abr 2013]; 4(216). Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3539_1.pdf

29. Kofi A. Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos. Informe del Secretario General (A/59/2005), marzo del 2005 [Internet]. New York: ONU; 2005. [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/largerfreedom/report-largerfreedom.pdf>

30. Méndez, Elier, Lloret MC. Índice de Desarrollo Humano a nivel territorial en Cuba. Periodo 1985-2000. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2005 [citado: 25 abr 2013]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200003&lng=es&nrm=iso

31. De Vos P, García Fariñas A, Álvarez Pérez AG, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, Van Der Stuyft P. Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, 1989–2000 Tropical Medicine and International Health [Internet]. 2012 April [citado: 25 abr 2013]; 17(4):469–79. Available in: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2011.02941.x/full>

32. Oficina Nacional de Estadística e Información Informe Nacional. Censo de población y vivienda Cuba 2012. [Internet]. La Habana: ONE/MINSAP; 2012 [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www.one.cu/informenacional2012.htm>

33. Oficina Nacional de Estadística e Información. Panorama ambiental. [Internet]. La Habana: ONE/MINSAP; 2013 [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www.one.cu/panambiental2013.htm>

34. Oficina Nacional de Estadística e Información. Cuba: Objetivos de desarrollo del milenio. Tercer Informe. [Internet]. La Habana: ONEI/MINSAP; 2010. [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www.cu.undp.org/content/dam/cuba/docs/Informe%20ODM%20espanol%20cuba%202010.pdf>

35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance Económico Actualizado de América Latina y el Caribe 2013. Abril 2014 [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL/ONU; 2014. [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/52697/BalanceEconomicoActualizado2013.pdf>
36. Ferriol A. Política social y desarrollo. Una aproximación global [Internet]. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Política social y reformas estructurales: Cuba a principios del siglo XXI. México: CEPAL/INIE/PNUD; 2004. [citado: 25 abr 2013].
37. García A, Anaya B. Gastos básicos de una familia cubana urbana en 2011. Situación de las familias "estado-dependientes". En: Seminario Anual sobre Economía Cubana y Gerencia Empresarial del 26 y 28 de junio 2013. La Habana: CEEC; 2013.
38. Oficina Nacional de Estadística e Información. Cuba: Objetivos de desarrollo del milenio. Segundo Informe. [Internet]. La Habana: ONEI/MINSAP; 2010. [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: <http://www.cu.undp.org/content/dam/cuba/docs/Informe%20ODM%20espanol%20cuba%202010.pdf>
39. Varona Perez P, Bonet Gorbea MH, Garcia Roche R, Chang de la Rosa M, Suarez Medina R and National-Provincial Coordinating Group. Implementation of Chronic Disease Risk Factor Surveillance in 12 Cuban Municipalities. MEDICC Review [Internet]. 2014 Jan [cited 2013 mar 13];16(1):43-7. Available in: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=27&id=344&a=vam>
40. Reed G. New Survey Results Enhance Cuba's NCD Surveillance: Mariano Bonet Director, National Hygiene, Epidemiology and Microbiology Institute. MEDICC Review [Internet]. 2011 [citado: 25 abr 2013];13(4):11-3. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1555-79602011000400004&script=sci_arttext
41. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas Nacionales de Salud Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: ONN; 2012. [citado: 25 abr 2013]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf

Recibido: 18 de julio de 2013.

Aprobado: 16 de diciembre de 2013.

MSc. *Adolfo G. Álvarez Pérez*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 e/ Clavel y Llinás. Centro Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: alvareza@infomed.sld.cu