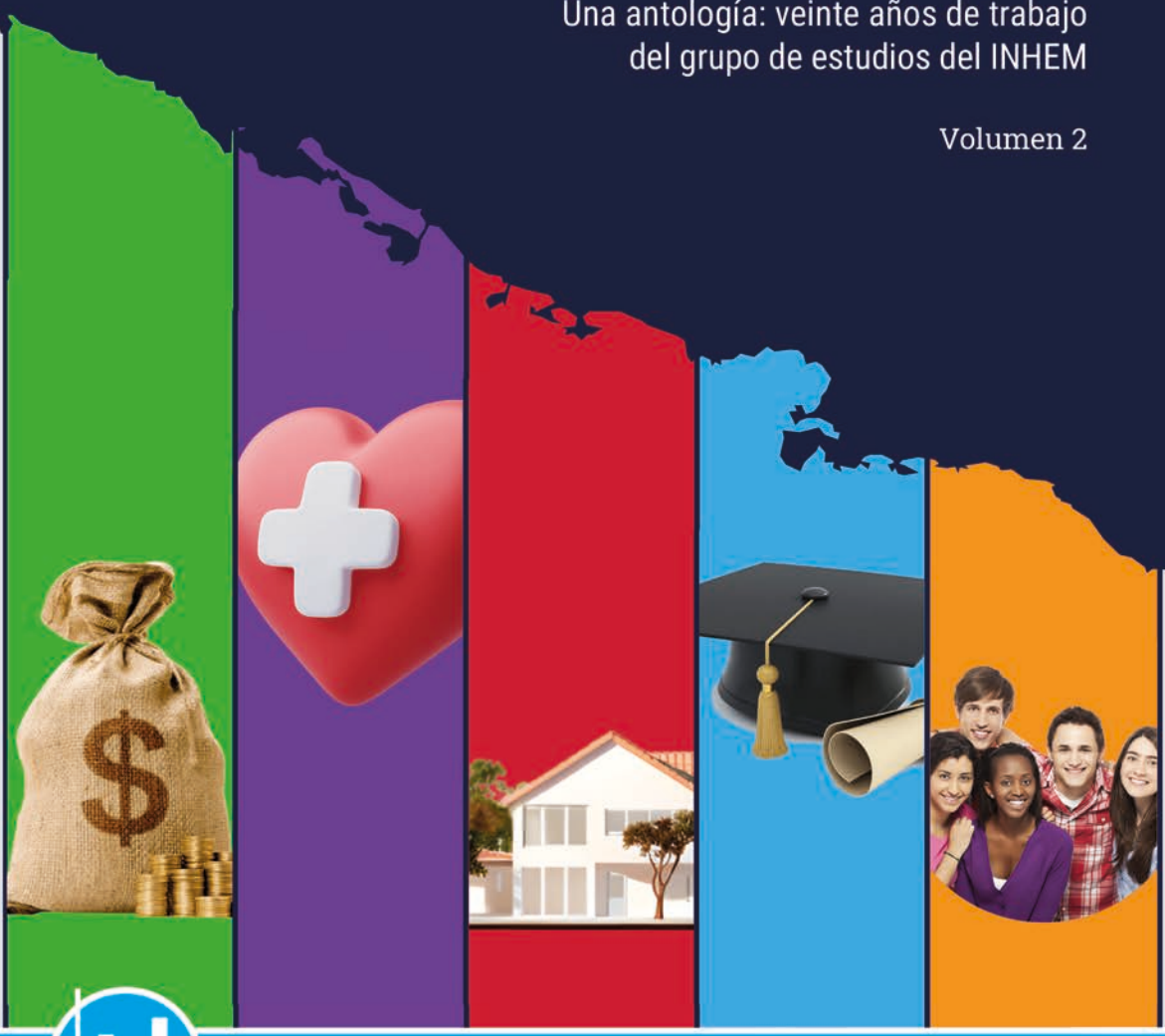
EDITORIAL CIENCIAS MEDICAS

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

La determinación social de la salud

Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM

Volumen 2



SALUD PÚBLICA • HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA

La determinación social de la salud

Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM

Volumen 2

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

La determinación social de la salud

Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM

Volumen 2



SALUD PÚBLICA . HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA

La Habana • 2025

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas
Cuba. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. / Colectivo de autores; coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2025.
V. 2. 440 p.: il., tab. — (Colección Salud Pública. Serie Higiene y Epidemiología)
-
-
Determinación Social de la Salud, Estrategias de Salud, Vulnerabilidad Social, Factores Socioeconómicos, Accesibilidad de los Servicios de Salud, Responsabilidad Social, Vigilancia en Salud, Políticas, Servicios de Salud, Análisis de Salud, COVID-19, Empoderamiento, Morbilidad, Factores de Riesgo, Cuba
-
WA 400

Cómo citar esta obra:

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. coord. Adolfo Gerardo Álvarez Pérez. V. 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2025. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia-volumen-2/

Edición: Lic. Patricia Lisette George de Armas
Diseño: D.C.V. Mariana Vila Acosta
Realización y maquetación: D.I. José Manuel Oubiña González

Sobre la presente edición:
© Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 2025
© Editorial Ciencias Médicas, 2025

Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Co- mercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es



ISBN 978-959-316-099-5 (obra completa, versión impresa)
ISBN 978-959-316-100-8 (obra completa, PDF)
ISBN 978-959-316-101-5 (obra completa, EPUB)
ISBN 978-959-316-222-7 (versión impresa, volumen 2)
ISBN 978-959-316-221-0 (PDF, volumen 2)
ISBN 978-959-316-219-7 (EPUB, volumen 2)

Las opiniones, resultados y conclusiones expresadas en la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente las decisiones, políticas ni puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud.
Agradecemos a la Representación OPS/OMS en Cuba por el apoyo, una muestra de su contribución al desarrollo científico y técnico en Cuba.

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado
La Habana, CP: 10400, Cuba
Teléfono: +53 7836 1893
ecimed@infomed.sld.cu
www.ecimed.sld.cu

AUTORÍA

COORDINADOR

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista en Salud Internacional por la Organización Panamericana de la Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Titular. Jefe del Programa Sectorial en Investigaciones en Determinantes Sociales de la Salud, Riesgos y Prevención en Grupos Vulnerables. Miembro del Grupo Asesor Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Coordinador del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0003-3673-333X

AUTORES

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista en Salud Internacional por la Organización Panamericana de la Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Titular. Jefe del Programa Sectorial en Investigaciones en Determinantes Sociales de la Salud, Riesgos y Prevención en Grupos Vulnerables. Miembro del Grupo Asesor Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Coordinador del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0003-3673-333X

Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Máster en Salud Pública por el Instituto de Medicina Tropical de Bélgica. Máster en Bioética. Miembro del Grupo de Expertos del Programa Sectorial en Investigaciones en Determinantes Sociales de la Salud, Riesgos y Prevención en Grupos Vulnerables. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0002-1226-0550

Mayra García Carmenate

Máster en Investigación en Ateroesclerosis. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Asistente. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Centro Provincial de Higiene, Epidemiologia y Microbiología de La Habana. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Armando Jorge Rodríguez Salvá

Máster en Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Epidemiología. Especialista de I Grado en Administración de Salud. Profesor e Investigador Auxiliar. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mireya Álvarez Toste

Máster en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor e Investigador Auxiliar. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0001-5331-2720

Blanca Graciela Terry Berro

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor e Investigador Titular. Centro de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Irma Andrónica Sosa Lorenzo

Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Addys María Díaz Piñera

Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Geominia Maldonado Cantillo

Máster en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Bioestadística. Profesor e Investigador Auxiliar. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Susana Balcindes Acosta

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0003-1562-9410

Yanet Pardo Molina

Máster en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Roxana Pineda Citalán

Master en Dirección y Gestión de Instituciones de Salud en México. Especialista en Gestión de la Salud y Bienestar Corporativo. Residente de Higiene y Epidemiología de México. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mayté Más Gómez

Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0002-0392-7624

Masiel Díaz López

Máster en Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología. Aspirante a investigador. Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
https://orcid.org/0000-0002-7687-1545

Lisvett González Rodríguez

Máster en Sociología. Investigador agregado. Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

René Guillermo García Roche

Máster en Informática en Salud. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor auxiliar. Investigador agregado. Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0003-1562-9410

Ramón Suárez Medina

Máster en Bioestadística. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yadira Olivera Nodarse

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Directora Nacional de Vigilancia en Salud. Ministerio de Salud Pública.

Carlos Aurelio Lage Dávila

Máster en Salud Ocupacional por el Instituto de Salud de los Trabajadores. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Policlínico Universitario 19 de Abril. Municipio Plaza de la Revolución. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Daimarelis Guerra del Valle

Master en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Medicina General integral y en Higiene y Epidemiología. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Juan Aguilar Valdés

Master en Educación Médica Superior. Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Higiene Escolar. Investigador Auxiliar. Profesor Asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0002-6830-0443

Marta Cañizares Hernández

Doctor en Ciencias de la Cultura Física. Profesor e Investigador Titular. Universidad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo.

René Barrios Duarte

Doctor en Ciencias de la Cultura Física. Psicólogo del Deporte. Profesor e Investigador Titular. Instituto de Medicina del Deporte. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Gisselle Brito Álvarez

Máster en Gestión de la Calidad y Ambiental. Investigador Agregado. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
https://orcid.org/0000-0003-2059-5366

Indira López Rodríguez

Especialista de I Grado en Medicina Interna. Investigador Agregado. Profesor Asistente. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yanet Olivares Giraudy

Máster en Enfermedades Infecciosas. Licenciada en Enfermería. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Milenia León Sánchez

Master en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Guanabacoa. La Habana. Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yusdany Torres Jiménez

Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Auxiliar. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guanabacoa. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lilliam León Amado

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Dirección Provincial de Salud Pinar del Río. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Hilda María Delgado Acosta

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor e Investigador Auxiliar. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Hospital Pediátrico Provincial Paquito González Cueto de Cienfuegos. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Esther Yarinely Hernández Diéguez

Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Unidad Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Municipio Abreus, Cienfuegos. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Jorge Rodríguez León

Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Unidad Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Municipio Abreus, Cienfuegos. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Sucel Suárez Armas

Máster en Psicología del Deporte. Licenciada en Psicología. Investigador Agregado. Instituto de Medicina del Deporte. Universidad Ciencias del Deporte Manuel Fajardo.

Sonia Monteagudo Díaz

Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiologia. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Cienfuegos Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Vanesa Fernández Bereau

Doctora en Ciencias de la Educación. Máster en Estudios Socioculturales. Licenciada en Estudios Socioculturales. Miembro de la Academia de Ciencias de Cuba Profesor Titular. Facultad de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos.

Roxana González López

Master en Economía de la Salud. Licenciada en Contabilidad y Finanzas. Consultor Equipo Técnico de la OPS/OMS en Cuba. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud.
https://orcid.org/0000-0001-9818-7018

Patrick Van Der Stuyft

Doctor en Ciencias. Profesor de la Universidad de Gent, Bélgica. Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud.

Pierre Lefévre

Máster en Salud Pública. Sociólogo. Profesor e Investigador del Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica. Departamento de Salud Pública. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud. Retirado

Pol De Vos

Doctor en Ciencias. Máster en Salud Pública. Profesor e Investigador del Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica. Departamento de Salud Pública. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud.
https://orcid.org/0000-0002-1672-6469

Jesús Eduardo Robles Gastelum

Residente de Higiene y Epidemiología de México. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lidia Caridad Hernández Gómez

Doctor en Ciencias de la Salud. Licenciado en Psicología. Profesor Titular. Miembro del Grupo de Estudios en Determinantes Sociales y Equidad en Salud.

Amarilys Jiménez Chiquet

Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Mayda Guerra Chang

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Salud Pública. Casa Comunitaria del municipio Centro Habana. La Habana. Cuba.

Lilliam Ferrer Ferrer †

Master en Ciencias. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiologia. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba.

Delia Herrera Travieso

Master en Ciencias. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiologia. Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba.

Irideysi Abreu González

Licenciada en Psicología. Socióloga. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba.

COLABORADORES

Pablo Feal Cañizares

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades. La Habana.

Mildred González González

Atención Medica. Proyecto Quisicuaba.

Tatiana Durán Morales

Unidad de Promoción de Salud y prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud Pública.

Caridad Pérez Charbonier

Unidad de Promoción de Salud y prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud Pública.

Fernando Vargas Ramos

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana.

Yaimara Gutiérrez de la Cruz

Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Santiago de Cuba

PRÓLOGO

La epidemiología es una disciplina científica dedicada al estudio de los determinantes, la distribución, la frecuencia, las predicciones y el control de los factores vinculados a la salud y la enfermedad de los seres humanos.

Es ampliamente conocido que la salud es un producto social y que el código postal es tan importante o más que el código genético. Las circunstancias materiales de vida y el comportamiento están determinados y determinan socialmente la salud de las poblaciones.

En las últimas décadas se han reportado evidencias suficientes sobre el efecto de las condiciones y factores socioeconómicos presentes en la vida de las personas, en su salud y en los indicadores de morbilidad y mortalidad de los territorios donde viven.

Las personas cuya vida transcurre en espacios o barrios precarios, en desventaja social o en situación de vulnerabilidad, según el criterio de quien los define, tienen una peor salud y mayores difenciales en las tres categorías básicas de la epidemiología: espacio, tiempo y persona. Las personas más afectadas por el impacto de la pobreza y de la precariedad socioeconómica en las condiciones en que transcurre su vida, tienen una peor salud y mayores diferenciales en indicadores. Las que sufren los efectos de las desigualdades sociales y que multidimensionalmente se ha demostrado que tienen afectadas una o más de las dimensiones que la conforman, tienen una peor salud.

Durante los años 2020 y 2021, y como resultado de los efectos de la epidemia de COVID-19, los países de la región de América Latina y el Caribe reportaron a CEPAL un retroceso de 27 años en la situación de la pobreza y la precariedad en sus poblaciones, polarizándose las disparidades socioeconómicas en los grupos extremos de gradiente social y por consiguiente su efecto directo en la salud de las poblaciones y territorios más vulnerables.

Iniciativas regionales y nacionales dirigidas al fomento de la intersectorialidad para la equidad en salud y el fomento de municipios, ciudades y comunidades saludables,

basadas en el fortalecimiento del papel de los consejos de salud, requieren sustentarse en el enfoque teórico metodológico de la determinación social de la salud.

El desarrollo de iniciativas impulsadas por la dirección del país, como las relacionadas con macroprogramas de gobierno para el desarrollo humano, la equidad y la justicia social, como parte del ejercicio nacional de desarrollo económico y social hasta 2030 y la transformación integral de los barrios en desventaja social son ejemplos de lo mucho que se puede hacer a partir de la aplicación de este enfoque de manera integral e integrada.

Este segundo volumen del libro *La determinación social de la salud en Cuba* constituye una continuidad del esfuerzo individual y colectivo, que por más de dos décadas han desarrollado los miembros del grupo de estudios sobre la determinación social de la salud del INHEM, bajo la dirección del profesor Alvarez Pérez.

Ha sido un placer para mí recorrer sus páginas y encontrarme a lo largo de los capítulos que conforman las cinco partes de este volumen, evidencias suficientes para entender, que sin la implementación de este enfoque en la práctica epidemiológica actual y futura del SNS, en el quehacer de la medicina familiar y del nivel local, y en el cumplimiento de funciones esenciales, como el análisis, la vigilancia y la promoción de salud, no lograremos los cambios que necesitamos y esperamos obtener en el cuadro de salud de la población cubana.

Nuestro agradecimiento a los autores por permitirme acercarme una vez más a este mágico y necesario tema, y por solicitarme compartir con ustedes estas líneas de presentación de tan significativa entrega.

Dr. Francisco Durán García
Director Nacional de Epidemiología
Ministerio de Salud Pública

PREFACIO

Dos años han pasado desde que saliera a la luz el primer volumen del libro antología *La determinación social de la Salud. Veinte años del Grupo de Estudios del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.* El libro tan soñado por sus autores vio la luz finalmente en formato impreso y digital gracias al esfuerzo colectivo de la representación de la OPS/OMS en Cuba y de la Editorial Ciencias Médicas.

Nuevamente, gracias a ese esfuerzo colectivo de los autores y coordinadores del volumen, tenemos la oportunidad, otra vez, de transitar por este mágico y a veces incomprendido y subestimado tema. Este segundo volumen repite su naturaleza interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional, quizás haciendo realidad la máxima martiana de "con todos y para el bien de todos".

A lo largo de este segundo volumen revisitamos temáticas como la determinación social de la salud y la vulnerabilidad social relativa a salud, a partir de nuevas evidencias en el contexto cubano. Se incorpora la experiencia de las salas situacionales para la vigilancia en salud y se retoma la estrategia de movimiento "Municipios por la salud" con enfoque de DSS, ahora, a partir de su implementación en el municipio Sancti Spíritus.

El libro permite seguir acercándonos al tema de la responsabilidad por la salud y su fomento, al considerar temas inéditos, como escenarios prospectivos, mapeo y juego de actores para su fomento y la propuesta de un modelo integrador. Se incorporan aspectos como el empoderamiento comunitario en salud y las representaciones sociales sobre hipertensión arterial a nivel de áreas de salud en Cuba.

La obra retoma temas ya iniciados en el primer volumen, como es el análisis de situación de salud; los autores comparten reflexiones y percepciones sobre su teoría y práctica en el contexto cubano, a partir de su aprobación mediante el Programa de la Medicina Familiar. Se exponen informes sobre la situación de salud y sus determinantes en territorios de la capital. A uno de ellos se le aplica la técnica del análisis crítico.

Cinco entregas le permiten al lector continuar profundizando en el tema de las investigaciones sobre servicios de salud. Se describen las evidencias derivadas de un estudio sobre clima organizacional en diferentes estructuras de dirección de salud de una provincia en Cuba y se exponen resultados sobre la utilización de los servicios de salud por la población adulta a nivel de país.

Se abordan, además, las inequidades de género y la utilización de los servicios del nivel primario de atención en tres policlínicos de Cuba. Se expone la vigilancia en salud pública con enfoque de determinación social en un municipio cienfueguero y se muestran los resultados del estudio sobre la percepción de la población acerca de la atención que brindan los médicos y enfermeras de la familia en la provincia Pinar del Río durante 2023.

En esta última parte, se exponen, además, las experiencias desarrolladas por los autores relacionadas con el Programa de Salud Materno Infantil. Parte en la que se documenta la determinación social en el aborto inducido en el Hospital Ginecobstétrico 10 de octubre; se muestra el enfoque, desde la determinación social, del bajo peso al nacer, los diferenciales identificados en el proceso en el municipio La Habana Vieja. Se estudia, también, la determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, 2015-2020.

Las páginas de este libro solo pretenden contribuir al logro de los objetivos y de las transformaciones necesarias, al desempeño de nuestros servicios de salud y a la construcción colectiva del tema en el país. Si sus páginas provocan al lector a iniciarse o continuar estudiándolo, los autores habrán cumplido sus sueños de estimular a trabajar todos juntos por una mejor salud sin dejar a nadie atrás.

Dr. C. Blanca Graciela Terry Berro
Directora General INHEM Cuba
Agosto 2025

AGRADECIMIENTOS

Cortázar escribió, que un libro comienza y termina mucho antes que su primera y última página. Ha sido largo el camino transitado en estas tres últimas décadas, y descubrimos con alegría que, después de tantos años, son muchos los que seguimos apostando por el desarrollo de este apasionante e incomprendido tema.

Con este segundo volumen queremos agradecer a todos los directivos del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, que han apoyado durante todos estos años el desarrollo de este tema, que interrelaciona lo social con la salud pública, para entender realidades y causalidades.

Nuestro agradecimiento a todos los colegas que en los últimos 25 años han contribuido al desarrollo del tema en Cuba. Nuestro reconocimiento a los colegas de Canadá, Chile, Uruguay, México, Brasil, Puerto Rico, Costa Rica y Bélgica, con los cuales hemos trabajado unidos y que hoy, con alegría, vemos como levanta vuelo.

A los colegas de la Representación OPS/OMS en Cuba, y en especial a su representante, por permitir el seguimiento y la divulgación de las experiencias recogidas en este segundo volumen. A la consultora, Roxana González López, por el enorme apoyo técnico brindado para su publicación.

A nuestras familias, a nuestros amigos, a nuestros compañeros de trabajo, motores impulsores de todo lo que somos y hacemos.

Grupo de Estudios sobre Determinación Social de la Salud
Instituto Nacional de Higiene, Epidemiologia y Microbiología

ÍNDICE DE CONTENIDOS

A modo de introducción/ 1

Parte 1. Determinación social de la salud y vulnerabilidad/ 3

La determinación social de la salud. Actualización de un modelo de construcción para y desde el contexto cubano/ 5
- Introducción/ 5
- Enfoque de la salud como producto social/ 6
- Implementación del modelo/ 8
- Diferencias entre determinación y determinantes sociales de la salud/ 17
- Diferencias entre desigualdades e inequidades en salud/ 17
- Conclusiones/ 19
- Referencias bibliográficas/ 20

Una mirada a la vulnerabilidad social con enfoque de determinación social de la salud/ 22
- Introducción/ 22
- Vulnerabilidad y su abordaje gubernamental/ 23
- La vulnerabilidad y sus representaciones sociales/ 25
- La vulnerabilidad social relativa a la salud con enfoque de determinación social/ 29
- Conclusiones/ 39
- Referencias bibliográficas/ 39

Pautas y experiencias en el desarrollo de salas situacionales para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social de la salud en el contexto cubano/ 41
- Introducción/ 41
- Vigilancia en salud en el contexto cubano/ 43
- Salas situacionales/ 45
- Conclusiones/ 57
- Referencias bibliográficas/ 58

Aspectos organizacionales y de determinación social incorporados al sistema de trabajo para el manejo de la epidemia de COVID-19 en Cuba/ 59
Introducción/ 59
Acciones organizacionales/ 60
Conclusiones/ 75
Referencias bibliográficas/ 75

El movimiento de municipios por la salud con enfoque de determinación social de la salud en Cuba. El caso del municipio Sancti Spiritus/ 76
Introducción/ 76
La experiencia de implementación del movimiento por la salud en Cuba/ 77
El enfoque de los determinantes sociales de la salud como base teórica de la iniciativa/ 79
La experiencia de implementación del movimiento por la salud en Sancti Spiritus/ 83
Conclusiones/ 87
Referencias bibliográficas/ 88

Parte 2. Responsabilidad social con la salud/ 89

Escenarios prospectivos para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en Cuba hasta el año 2030/ 91
Introducción/ 91
Métodos/ 92
Resultados/ 94
Discusión/ 98
Fortalezas y limitaciones del estudio/ 99
Conclusiones/ 100
Encuesta para la aplicación del método/ 100
Referencias bibliográficas/ 106

Responsabilidad personal con la salud en Cuba: mapeo y juego de actores para su fomento/ 108
Introducción/ 108
Métodos/ 109
Resultados/ 111
Discusión/ 121
Fortalezas y limitaciones del estudio/ 126
Conclusiones/ 126
Referencias bibliográficas/ 126

Líneas estratégicas y acciones para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en Cuba/ 131
Introducción/ 131
Métodos/ 132
Resultados/ 134
Discusión/ 137
Criterios de medición, líneas estratégicas y acciones seleccionados por el grupo de expertos y utilizados en MULTIPOL/ 142
Referencias bibliográficas/ 145
Introducción/ 148
Métodos/ 150
Resultados/ 151
Discusión/ 154
Referencias bibliográficas/ 156

Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos/ 158
Introducción/ 158
Métodos/ 158
Resultados/ 159
Discusión/ 161
Conclusiones/ 163
Referencias bibliográficas/ 163

Parte 3. Vigilancia y análisis de situación de salud/ 165

Percepción sobre el análisis de situación de salud en un consejo popular del municipio Centro Habana/ 167
Introducción/ 167
Métodos/ 168
Resultados/ 168
Discusión/ 170
Recomendaciones/ 172
Referencias bibliográficas/ 172

Situación de salud de la población y sus determinantes sociales en el Policlínico Universitario 19 de Abril. 2014-2023/ 174
Introducción/ 174
Regularidades del análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud a nivel nacional e internacional/ 175

Diseño metodológico/ 180
Resultados y discusión/ 181
Aspectos éticos/ 221
Limitaciones del estudio/ 221
Conclusiones/ 222
Referencias bibliográficas/ 224

El análisis crítico del informe de análisis de situación de salud: La experiencia del Policlínico Universitario 19 de Abril en el año 2023/ 226
Introducción/ 226
Desarrollo/ 227
Conclusiones/ 233
Guías para el ASIS en las áreas y para el análisis crítico del informe/ 233
Referencias bibliográficas/ 235

El análisis de situación de salud en el entorno escolar. Relectura a la luz del enfoque de determinación social de la salud/ 236
Introducción/ 236
Desarrollo/ 238
Conclusiones/ 244
Referencias bibliográficas/ 245

Determinación social de la salud de la población en el municipio Diez de Octubre, La Habana, 2013/ 246
Introducción/ 246
Método/ 247
Resultados/ 248
Conclusiones/ 262
Referencias bibliográficas/ 262

Sala situacional para la vigilancia en salud pública con enfoque de determinación social de la salud en un municipio cubano/ 264
Introducción/ 264
Material y método/ 265
Resultados y discusión/ 267
Evaluación del trabajo de la sala situacional/ 273
Conclusiones/ 274
Referencias bibliográficas/ 274

Parte 4. Servicios de salud/ 277

Percepción de la población sobre la atención que brindan los médicos y enfermeras de la familia en la provincia Pinar del Río en el 2023/ 279
Introducción/ 279
Desarrollo/ 280
Conclusiones/ 286
Referencias bibliográficas/ 287

Utilización de los servicios de salud por la población adulta. Encuesta Nacional de Salud, Cuba 2018/ 288
Introducción/ 288
Métodos/ 289
Resultados/ 290
Discusión/ 295
Conclusiones/ 298
Referencias bibliográficas/ 298

Inequidades de género y utilización de los servicios del nivel primario de atención en tres policlínicos de Cuba/ 301
Introducción/ 301
Métodos/ 303
Resultados/ 304
Discusión / 306
Limitaciones del estudio/ 307
Referencias bibliográficas/ 307

Descripción del clima organizacional en diferentes estructuras de dirección de salud de una provincia en Cuba/ 309
Introducción/ 309
Material y método/ 312
Resultados/ 314
Discusión/ 321
Consideraciones finales/ 330
Referencias bibliográficas/ 331

Representaciones sociales sobre hipertensión arterial en el área de salud Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa/ 334
Introducción/ 334
Métodos/ 335

Resultados/ 337
Discusión/ 340
Referencias bibliográficas/ 341

Estudios de representaciones sociales sobre hipertensión arterial en Cuba/ 344
Introducción/ 344
Desarrollo/ 345
Conclusiones / 354
Referencias bibliográficas/ 354

Parte 5. Salud materno infantil/ 357

Determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja, Cuba 2022/ 359
Introducción/ 359
Método/ 361
Aspectos éticos/ 361
Resultados y discusión/ 361
Conclusiones/ 370
Referencias bibliográficas/ 371

Diferenciales del proceso de determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja, 2022/ 375
Introducción/ 375
Método/ 376
Resultados y discusión/ 377
Conclusiones/ 381
Referencias bibliográficas/ 382

Vulnerabilidad y desventaja social relacionada con el bajo peso al nacer en el municipio Abreus, Cienfuegos, 2023/ 384
Introducción/ 384
Desarrollo/ 385
Conclusiones/ 390
Referencias bibliográficas/ 390

Determinación social en el aborto inducido. Hospital Universitario Ginecobstétrico Diez de Octubre, La Habana, julio-diciembre, 2020/ 392
Introducción/ 392
Método/ 395

Resultados/ 395
Conclusiones/ 415
Referencias bibliográficas/ 415

La vigilancia a la morbilidad materna extremadamente grave con enfoque de determinación social de la salud/ 419
Introducción/ 419
Método/ 421
Resultados/ 422
Discusión/ 423
Conclusiones/ 426
Referencias bibliográficas/ 426

Determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, 2015-2020/ 429
Introducción/ 429
Métodos/ 431
Resultados/ 432
Discusión/ 436
Referencias bibliográficas/ 438

A MODO DE INTRODUCCIÓN

Apenas cinco años restan para que venza el plazo acordado en Naciones Unidas, por parte de los gobiernos de más de un centenar de naciones, para alcanzar los indicadores esperados por cada uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el marco de la Segunda Reunión del Grupo Asesor Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud se pudo conocer que, solamente el 24 % de los indicadores y el 23 % de las metas ya se han alcanzado o es probable que se alcancen de mantenerse la tendencia actual. Alrededor del 37 % de los indicadores y el 41 % de las metas presentan una trayectoria que va en la dirección correcta, pero el ritmo de avance actual no es suficiente para alcanzarlos. El 39 % de los indicadores y el 36 % de las metas se encuentran estancados o retroceden respecto al punto de partida en 2015.

Muy preocupante resultó conocer que, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se evaluó ¨sin tendencia clara de cumplimiento¨ al objetivo número 3, relacionado con *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*; situación esta que se agrava cuando vemos que dentro de la lista de los ODS con peores pronósticos de cumplimiento se encuentran objetivos que actúan como determinantes sociales claves en el fomento de la salud y el bienestar como son el (ODS-2) hambre cero, (ODS-6) agua limpia y saneamiento y (ODS-10) reducción de las desigualdades, entre otros.

Esta situación se agrava cuando vemos que el cumplimiento de los indicadores de los ODS-1 y ODS-5, relacionados con la pobreza y las desigualdades de género, avanzan a ritmo lento, los cuales, desde una perspectiva multidimensional y compleja, determinan socialmente que se avance lentamente en el logro del ODS-11, relacionado con las ciudades y comunidades sostenibles. La realidad es, que la mayoría de los países de la región de las Américas no alcanzarán estos propósitos en la fecha esperada, y en un contexto mundial y regional caracterizado por la crisis del desarrollo, la Agenda 2030, para el desarrollo sostenible, requiere de una mirada multidimensional e interseccional del impacto de cada uno de los objetivos y metas en el fomento de la equidad en salud.

Cuando revisamos esta situación de manera diferencial entre subregiones, encontramos que el 35 % de las metas en Centroamérica y México, el 37 % en América del Sur y el 45 % en el Caribe muestran un pronóstico de estancamiento o retroceso. En las tres subregiones mencionadas el 40 % de las metas presentan un ritmo de avance insuficiente para alcanzar

los umbrales previstos. En este sentido, la interdependencia de los objetivos y metas de la agenda 2030 de desarrollo sostenible coloca en su justo lugar el rol que se espera del estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud, desde un enfoque basado en la teoría de la complejidad, que permita entender, fomentar y sostener la salud como estrategia de desarrollo sostenible en nuestros países. Lejos de las campañas dirigidas a minimizar el posible impacto de esta iniciativa del Sistema de Naciones Unidas, el abordaje de esta agenda, desde un enfoque de la determinación social de la salud, permitirá impulsar sus diferentes pilares para superar la crisis del desarrollo.

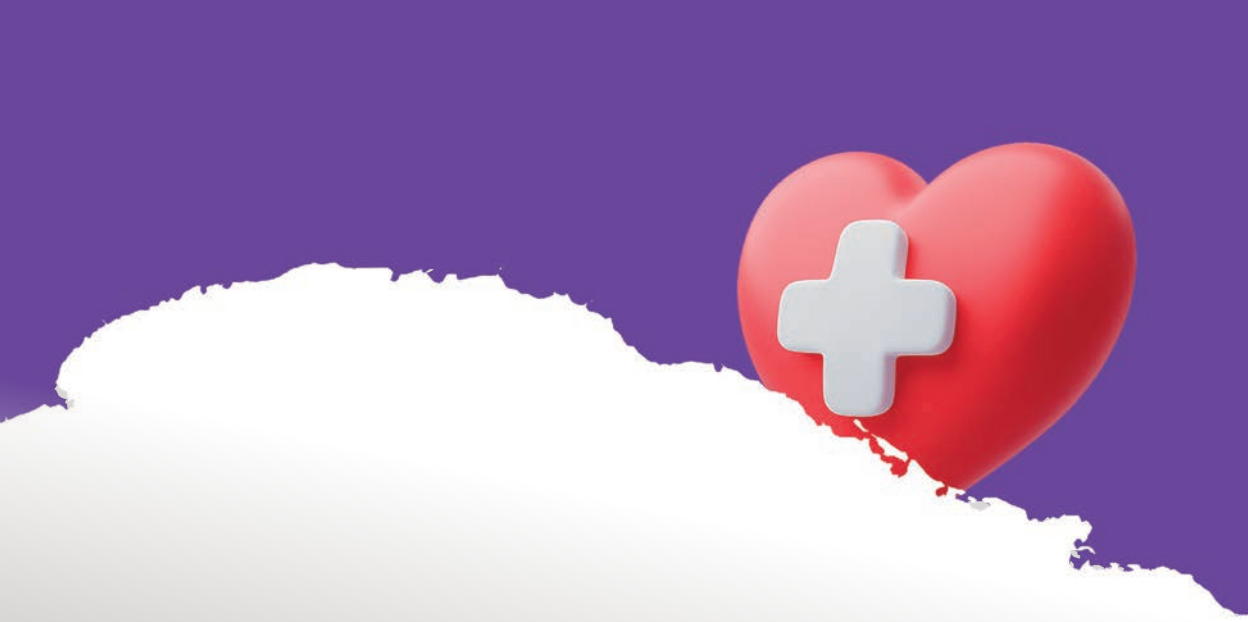
Llegamos a la mitad de 2025 en un escenario caracterizado por una economía y una geopolítica mundial, regional y nacional de alta complejidad, que supera cualquier experiencia previa. La región atraviesa una crisis del desarrollo caracterizada por tres barreras o trampas fundamentales: a) una baja capacidad para crecer de las economías de nuestros países, b) un incremento de las desigualdades sociales, unido a la baja movilidad social y a una débil cohesión social, y c) un deterioro de la capacidad institucional asociado a una gobernanza local poco efectiva.

Para superar estas barreras o trampas se requiere una mirada diferente, se precisan enfoques novedosos de acción transformadora, que desde una perspectiva interdisciplinaria y multidimensional permita a nuestras naciones continuar avanzando en el logro de desarrollo humano, equidad y justicia social. Se requiere para ello la implementación por parte de nuestros países de políticas públicas para alcanzar las metas acordadas en 2015, privilegiando el uso del enfoque de la determinación social como estrategia para el fomento del desarrollo sostenible y de la salud.

En el contexto cubano, las desigualdades sociales y las personas en condiciones de vulnerabilidad se han incrementado en los últimos años y no todas están identificadas. La atención a las desigualdades sociales y a las personas en situaciones de vulnerabilidad constituyen objetivos priorizados por el Gobierno cubano, como parte de las estrategias de desarrollo local. La atención a las comunidades y a personas en situación de vulnerabilidad debe transitar, definitivamente, del subsidio a productos al subsidio a personas, y el perfeccionamiento de la sociedad requiere comenzar una verdadera transformación, a partir de la aplicación de un enfoque no asistencialista.

A través de las páginas de este segundo volumen intentamos acercar al lector, ya familiarizado con el tema, a una actualización conceptual y metodológica sobre el enfoque de la determinación social en las condiciones del contexto cubano actual. Persigue contribuir a la formación de los profesionales de la salud y de otros sectores, que desde una perspectiva multidimensional e integradora fomentan la salud de las poblaciones y de las comunidades en que viven.

Prof. Adolfo G. Alvarez Pérez
Coordinador del Grupo de Estudios sobre DSS
INHEM



PARTE 1

Determinación social de la salud y vulnerabilidad

5 artículos

Coordinador de temas: Dr. C. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

La determinación social de la salud. Actualización de un modelo de construcción para y desde el contexto cubano[1]

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Lidia Caridad Hernández Gómez, Mayra García Carmenate Roxana González López

Introducción

La necesidad de abordar el enfoque de la determinación social de la salud (DSS) desde una perspectiva que rebase el sector de la salud se refrendó por primera vez en la Declaración de Alma-Ata en 1978, iniciativa posteriormente retomada en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986 y en la Declaración Política de Río en 2011. Durante estos últimos cuarenta años un fuerte movimiento mundial se ha dedicado a estudiar las 'causas de las causas' y su impacto en la salud.(1)

Como parte de ese movimiento mundial, en mayo de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó una comisión para estudiar el tema de los Determinantes Sociales de la Salud. Los miembros de este grupo de trabajo concluyeron en sus informes de 2008 y 2011, que las condiciones sociales en las cuales una población determinada, nace, crece, vive, trabaja y envejece son los "determinantes sociales de la salud" o "causas de las causas".(1, 2, 3, 4)

Según las definiciones aportadas por Tarlov y los miembros de la Comisión de la OMS, los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder, el conocimiento y los recursos a todos los niveles, aspectos sobre los cuales influyen las decisiones políticas.(1-4)

A pesar de esa definición, aún mantienen su vigencia las controversias referidas a los términos determinantes de la salud y determinación social de la salud, con medulares aportes realizados a este debate etimológico por parte de los representantes de los grupos de la medicina social y de la epidemiología crítica y social, procedente de los núcleos latinoamericanos, corriente que se comparte al igual que sus enunciados y su basamento filosófico.(5)

En Cuba, desde hace más de cuatro décadas, grupos académicos multidisciplinarios e intersectoriales han aportado insumos imprescindibles para el desarrollo de estas funciones,

[1] Artículo basado en la ponencia presentada por el autor principal en el Foro Regional Alianza por la Atención Primaria en Salud en las Américas. Inversión, innovación e Implementación de la APS para mejorar los resultados en salud. 4 al 6 de diciembre, 2023. Montevideo, Uruguay, y en la VI Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Perspectivas, Desafíos y Oportunidades de la Salud Pública y Promoción de Salud. 2 y 3 de mayo de 2024. Centro de Convenciones en San Juan de Puerto Rico.

según condiciones de vida o equidad en salud, lo que ha aportado importantes evidencias científicas, no siempre tomadas en consideración e implementadas en la práctica del Sistema Nacional de Salud (SNS).[5]

Existe consenso en afirmar que el análisis de situación de salud (ASIS), junto a la dispensarización, constituyen las habilidades que más singularizan al médico familiar en Cuba. Sin embargo, actualmente, no se realiza de manera uniforme en todos los territorios, y en las últimas dos décadas se han identificado un grupo de deficiencias relacionadas con problemas en la formación, motivación, exigencia y control.[5, 6, 7]

A estas deficiencias se agregan otras relacionadas con la desactualización de conceptos y metodologías empleadas para realizar el ASIS, la mala calidad de los informes y su confección rutinaria, la inadecuada recogida, disponibilidad y validez de los datos, la existencia de problemas con las técnicas y procedimientos para la descripción, comparación y análisis de la información y en especial, la ausencia de participación intersectorial y comunitaria en el proceso, aspectos que determinan su cuestionable valor de uso.[5, 8]

Entre 2005 y 2011, los miembros de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS declararon que los modelos de determinación de la salud disponibles a nivel internacional fueron creados a partir de las condiciones en que vivían las poblaciones de los países o regiones donde fueron confeccionados y por ello, recomendaron que cada país desarrollara sus propios modelos para explicar las condiciones en que se produce y reproduce socialmente la salud.[1, 4]

A partir de la consideración de que todos esos modelos reflejan y explican realidades muy diferentes a las de Cuba, se identificó la necesidad de actualizar la concepción teórica-metodológica existente sobre este tema y diseñar un modelo de determinación social de la salud que aporte elementos para el fortalecimiento de las capacidades/funciones esenciales de análisis de la situación de salud y vigilancia en salud en el contexto cubano actual.[1-5]

Este artículo pretende acercar al lector a la respuesta investigativa y operacional de los autores, a la solicitud de la dirección del MINSAP de introducir el enfoque de determinantes sociales y equidad en salud en todos los niveles del Sistema Nacional de salud como vía para fortalecer el análisis de situación de salud y elevar el estado de salud de la población.

Enfoque de la salud como producto social

El enfoque de la "salud como producto social" coloca a la salud como el resultado de la interacción compleja del conjunto de condiciones sociales, económicas, comerciales, políticas y culturales a la que se encuentran expuestos individuos y poblaciones en el curso de la vida. Al menos seis son los componentes que configuran este enfoque:

- Los determinantes sociales de la salud. Componente que engloba al conjunto de condiciones económicas, educacionales, de ambiente físico, de redes sociales y el sistema de salud.
- Desigualdades en salud. Componente que parte de la premisa de que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud. y que las personas en situación de pobreza suelen tener peores resultados de salud debido a barreras en el acceso a servicios y recursos.

- Gobernanza en salud. Componente que parte de la premisa de que las políticas sociales y económicas relacionadas con el empleo, la educación, la vivienda y el medio ambiente tienen un impacto directo en la salud de la población y que la inversión en salud pública y la promoción de entornos saludables son clave para mejorar los resultados de salud a nivel poblacional.
- Enfoque intersectorial. Componente que parte de la premisa de que la salud no depende únicamente de acciones generadas por el sector sanitario y que se requiere la colaboración de múltiples sectores (educación, vivienda, transporte, entre otros) para abordar las premisas, condiciones y factores que determinan socialmente la salud.
- Participación comunitaria. Componente que parte de la premisa de que la implicación activa de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud es fundamental para diseñar políticas y programas que respondan a sus necesidades reales.
- Organización de los servicios de salud. Componente que parte de la premisa de que la concepción, planificación, dirección y evaluación de los programas y servicios de salud deben garantizar una inclusiva y equitativa cobertura, accesibilidad y utilización de los programas y servicios de salud por individuos y comunidades que respondan a sus necesidades y problemas de salud.

En resumen, entender la salud como un producto social para los directivos y profesionales de la salud implica reconocer que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son fundamentales para su salud y bienestar. Este enfoque destaca la importancia de considerar y abordar "las causas de las causas", entendidas como los determinantes subyacentes de las inequidades en salud, con vistas a promover políticas integrales que mejoren la salud, el bienestar y la calidad de vida de toda la población.[5]

Es necesario aprender, desaprender y reaprender que la salud y la enfermedad son hechos fundamentalmente sociales y que, aunque a lo largo de la historia pareciera evidente que las causas de la mala salud están en la sociedad, el pensamiento dominante ha estado centrado en la enfermedad y su dimensión biológica. El papel de la determinación social de la salud debe estar dirigido a transformar las condiciones que generan la mala salud y la enfermedad.[5]

El panorama socioeconómico actual para los países de la región de Las Américas se configura a partir de un grupo de retos para los sistemas nacionales de salud: el panorama demográfico (envejecimiento, migración y natalidad), el incremento de las enfermedades crónicas y comorbilidades, el incremento de los índices de invalidez y discapacidad, el aumento de la demanda y de los costos crecientes de la atención, el panorama pos-COVID y las enfermedades emergentes y reemergentes, el avance en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el deterioro ambiental y los efectos del cambio climático, el incremento de la pobreza, la vulnerabilidad y las desigualdades en salud, el reencuentro con las ciencias sociales y la necesidad del rescate del liderazgo, la intersectorialidad y la participación comunitaria.[5]

El Sistema Nacional de Salud como respuesta a esos retos se ha trazado un redimensionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud, poniendo como eje medular la actualización y el fortalecimiento del Programa del Médico de la Familia, a partir de la situación actual y de las características de cada territorio, buscando fortalecer el rol del Equipo Básico de Salud (EBS) como brazo ejecutor del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, dirigido a satisfacer las necesidades de la población y modificar positivamente los indicadores de salud.[6,7,8]

Este proceso de redimensionamiento toma en consideración los cambios de la sociedad, del cuadro de salud de la población y la necesidad de rescatar y fortalecer la intersectorialidad y la participación social, con autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria, como vía para la solución de los problemas de salud del individuo, la población, la comunidad y el ambiente. En este sentido destaca la actualización del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con enfoque de determinación social de la salud, como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de la población, el cual se realizará con la participación comunitaria y de los sectores y actores de la comunidad. Destaca, además, el rescate del papel del Consejo Popular por la Salud como espacio para la evaluación y solución integral de los principales problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud.[6, 7, 8]

En este complejo contexto de retos multidimensionales para los sistemas de salud, la determinación social de la salud se define por los autores de esta entrega como el "proceso" de interacción compleja y diferencial de un grupo de premisas, condiciones y factores presentes en el curso de la vida de individuos y poblaciones, como resultado de la posición que ocupa en la estructura social existente en un contexto y momento dado que determina el proceso salud-enfermedad.[5]

El modelo generado a partir de esa definición permite la identificación e intervención oportuna sobre las premisas, condiciones, factores y comportamientos de protección o riesgo presentes en el proceso salud-enfermedad, como resultado de la exposición diferencial de individuos y poblaciones a las desigualdades sociales desde una perspectiva interseccional y de vulnerabilidad relativa a salud.[5]

Este modelo fue elaborado a partir de las evidencias aportadas al desarrollo de este tema por representantes de las dos escuelas de pensamiento principales en el campo de la determinación de la salud, y desde las cuales se explican "las causas de las causas" que determinan que unas poblaciones enfermen y otras no; y tomar decisiones efectivas para solucionar los problemas surgidos y dar seguimiento a los cambios que se produzcan.[5]

Implementación del modelo

Para el desarrollo de esta propuesta, en el INHEM (fig. 1.1) se siguió la metodología GRIPP, elaborada por Graham et al. para la implementación de las evidencias de la

investigación en la práctica de la organización de los servicios, en la participación intersectorial y comunitaria y en los procesos de toma de decisiones y la formulación de políticas en el nivel local.[9]

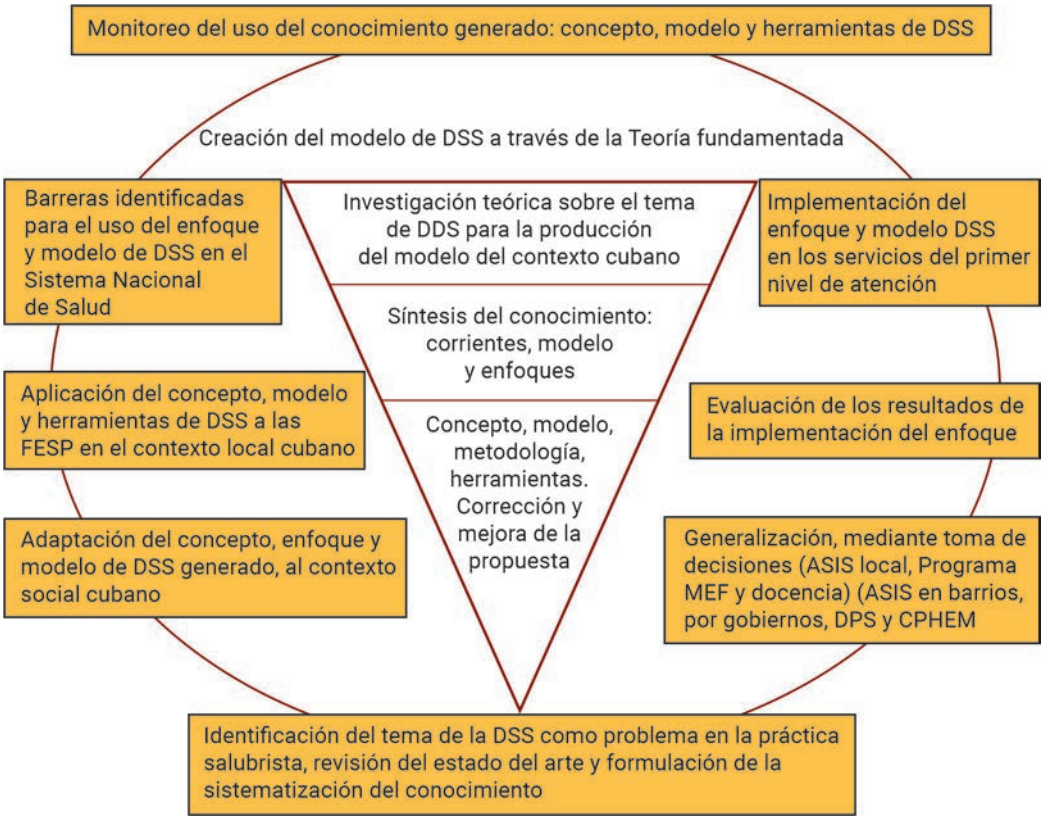


Fig. 1.1. Modelo de implementación de la propuesta de determinación social de la salud desarrollada por el INHEM para la práctica de los servicios, la toma de decisiones y la formulación de políticas. *Leyenda*: FESP: Funciones esenciales de la salud Pública. MEF: Médico y enfermera de la familia. DPS: Dirección Provincial de Salud. CPHEM: Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. *Fuente*: Graham et al. 2006.

La metodología comprende:

- Identificación del tema de la determinación social de la salud como problema de la ciencia en la práctica de la salud pública.
- Revisión del estado del arte del tema de la determinación social de la salud, definición de las regularidades identificadas y formulación de la sistematización del conocimiento.
- Elaboración, a través de la teoría fundamentada, de un concepto y un modelo de determinación social de la salud y de herramientas para estudiar este tema en el contexto local cubano:
  - Investigación teórica sobre el tema de determinación social de la salud para la producción de un modelo explicativo para el contexto cubano.

- Síntesis del conocimiento, corrientes de pensamiento, paradigmas y modelos dominantes, enfoques y conceptos sobre el tema de la determinación social de la salud.
- Elaboración del concepto, modelos, metodologías y herramientas para explicar y estudiar el proceso de determinación social de la salud.

– Aplicación y validación del concepto, del modelo y de las herramientas para estudiar la determinación social de la salud en el contexto local cubano.
– Identificación de barreras para la implementación del enfoque, el modelo y las herramientas de determinación social de la salud en el sistema de salud cubano.
– Identificación de los criterios de usuarios y decisores del primer nivel de atención en salud acerca de la utilidad acerca del enfoque, el modelo y las herramientas de determinación social de la salud.
– Monitoreo del uso del conocimiento y de las prácticas generadas en el campo de la determinación social de la salud en el nivel local cubano.
– Implementación del enfoque, del modelo (Guía para el ASIS, tablero de sala situacional y herramienta DeterminaMe) a la práctica de los servicios del primer nivel de atención en salud.
– Evaluación de los resultados de la implementación del enfoque, del modelo (ASIS, sala situacional y herramientas) a la práctica de los servicios del primer nivel de atención en salud.
– Corrección y mejora de la propuesta de concepto, enfoque, modelo y herramientas de determinación social de la salud.
– Generalización de la propuesta de concepto, enfoque, modelo y herramientas de determinación social de la salud (Programa Medicina Familiar, Programa Transformación Barrios, Docencia).

La implementación del modelo en el nivel local cubano permitió conocer las condiciones y factores presentes en el proceso de producción social de la salud de la población cubana durante el periodo 2017-2023, y las relaciones complejas de determinación que se establecen como resultado de la influencia de las premisas políticas y de los estratificadores sociales en este proceso. Estas relaciones de determinación compleja pueden y deben explicarse en los tres niveles básicos en que se produce socialmente la salud de individuos y poblaciones, a partir de los conceptos de modo, condiciones y nivel de vida: individual, grupal y social, reconociendo todo lo que acontece en la cotidianidad y las condiciones en que se desarrolla la vida de esas personas.[5]

El modelo desarrollado (fig. 1.2) permite explicar el proceso de producción social de la salud en el contexto cubano durante el periodo 2017-2022. Se representan las cinco dimensiones principales que configuran el proceso de determinación social de la salud y entre las cuales actúan, según niveles de determinación, desde la perspectiva de una causalidad compleja, los mediadores sociales explicados anteriormente.[5]

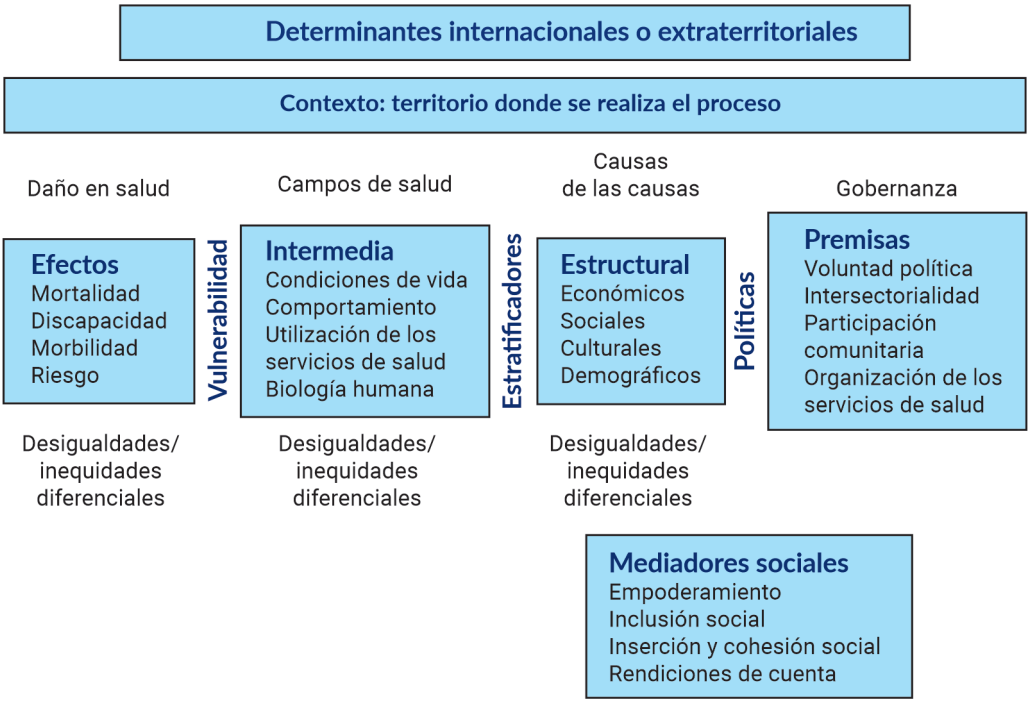


Fig. 1.2. Modelo de determinación social de la salud desarrollado por el INHEM.

Dimensiones contextuales del modelo desarrollado

La primera de las dimensiones contextuales del modelo es la determinación extraterritorial. Se define como el conjunto de factores, condiciones o eventos de naturaleza internacional o extraterritorial, que sobrepasa el ámbito de las decisiones y la gobernanza local, y que impactan directa o indirectamente en la situación de salud de la población de un territorio. Se documenta a partir de información de utilidad para el análisis relacionada con el impacto de la legislación internacional, la existencia de leyes con efecto extraterritoriales y las decisiones de gobierno, el papel de organismos internacionales, los bancos y el acceso a fuentes de financiamiento externo, el papel de bloques y acuerdos supranacionales, los efectos de la globalización, el liberalismo y el comercio internacional. Se documenta a partir de información de utilidad para el análisis relacionada con el impacto de la industrialización y la urbanización, la crisis económica y su impacto social en las dinámicas migratorias y seguridad en las fronteras, la aparición de nuevas enfermedades emergentes, la posición de las grandes productoras de medicamentos y el cumplimiento del reglamento y control sanitario internacional. Se documenta además a partir de información de utilidad para el análisis relacionada

amenazas ambientales y la ocurrencia de desastres naturales asociados al cambio climático, acciones terroristas, la seguridad de la información y el control de la comunicación.

La segunda de las dimensiones contextuales del modelo es el territorio que en nuestro caso usaremos la categoría barrio. Las ciudades están conformadas por barrios y estos devienen en una variable esencial para el estudio de la determinación social de la salud. En el barrio se materializa en esencia la actividad humana como ser social, allí se desarrollan las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. En el barrio se materializan las representaciones sociales y se establecen las relaciones comunitarias y de participación social. Un barrio vulnerable es una comunidad en la que se identifica una problemática de tipo social y/o ambiental que deviene en riesgo para la población que la habita. Esto se asocia en la mayoría de las veces a carencias multidimensionales relacionadas con la infraestructura de servicios básicos de agua potable, saneamiento básico, electricidad, vías asfaltadas y un mal estado de la infraestructura social y las viviendas. En Cuba se utiliza el término de barrios en transformación para referirse a aquellas comunidades y barrios vulnerables identificados gubernamentalmente para la transformación participativa de sus problemáticas con el fin de lograr mejoras en la salud y el bienestar de su población con un enfoque basado en los principios de equidad y justicia social.

Dimensiones principales del modelo

Efectos en la salud. La primera de las dimensiones principales del modelo se refiere al resultado de la exposición específica y diferencial de individuos y poblaciones a condiciones y factores de protección o riesgo en el proceso salud-enfermedad. Se expresa a través de indicadores de salud de la población, como mortalidad, discapacidad, severidad y morbilidad. El impacto en los indicadores de desarrollo y bienestar de la población se expresa a través de indicadores de desarrollo humano: equidad, justicia social y bienestar de la población.

Determinación intermedia. La segunda de las dimensiones principales del modelo se refiere a las condiciones y factores resultantes de la estratificación social estructural y que se traducen en una mayor o menor exposición diferencial (individual o poblacional) a factores de protección o riesgo para la salud. Se documenta a partir de variables que permitan condiciones materiales y psicosociales de vida (fondo habitacional, estado y seguridad de la vivienda y del barrio, condiciones de vida y trabajo, cobertura de agua y ordenamiento del medio); comportamiento individual y colectivo (estilos y modos de vida, responsabilidad personal con la salud y autocuidado, percepción de salud y riesgo, factores psicosociales, redes de apoyo social, adicciones, acceso a servicios y productos básicos, consumo de alimentos y vestuario, hábitos alimenticios y de práctica de ejercicio), características biológicas (comorbilidades, antecedentes familiares, herencia e inmunidad) y servicios de salud (cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública) cumplimiento de los programas de salud, cobertura y acceso a los servicios de salud, utilización y satisfacción con los servicios de salud).

Determinación estructural. La tercera de las dimensiones principales del modelo se refiere al conjunto de estratificadores presentes en la dimensión económica (lugar en la estructura social, situación socioeconómica, ingresos mensuales, salarios promedio, remesas, tipo de

empleo, vinculación laboral) la dimensión social (situación de calle, exclusión/discriminación, estructura y funcionamiento familiar, jefatura de hogar monoparental, educación sanitaria y nivel educacional), la dimensión cultural (representaciones sociales orientación sexual, ideología, creencia religiosa, identidad cultural, estigmas, marginalidad y condición migratoria), y dimensión demográfica (lugar de residencia, color de la piel, estado civil, género y edad). Estos estratificadores impactan en la vulnerabilidad social diferencial a través de los determinantes intermedios.

Premisas de la determinación. La cuarta de las dimensiones principales del modelo se refiere al papel de la voluntad política, la intersectorialidad, la participación comunitaria y la organización de los servicios de salud en el fomento de la salud.

Conectores dimensionales en el modelo

Políticas sociales. Primer conector dimensional, actúa de intermediario entre las premisas de la determinación y la determinación estructural. Se define como la forma más explícita y directa mediante la que el Estado reduce las inequidades sociales y, por tanto, construye cohesión social, brindando oportunidades productivas, desarrollando las capacidades individuales y colectivas, asegurando la protección universal y la elevación del nivel de vida de la población. La política social tiene un papel decisivo en el desarrollo multidimensional a nivel de individuos, poblaciones y territorios por su naturaleza estructurante de las desigualdades e inequidades sociales y en salud. Al menos cinco pilares deben tomar como ejes estas políticas centradas en el desarrollo humano, equidad y justicia social: salud, educación, empleo digno, seguridad y asistencia social y vivienda.

Estratificación social. Es el segundo conector dimensional, actúa de intermediario entre la determinación estructural y la determinación intermedia. Se define como el proceso mediante el cual los individuos, familias o grupos sociales se ordenan jerárquicamente en una escala expresada a partir de la existencia de desigualdades estructuradas-desigualdades sociales resultantes de patrones en la estructura social como resultado de las políticas sociales y que tienen un efecto en las oportunidades de vida y acceso a recursos socialmente valorados como la salud. La asignación de posiciones sociales responde a patrones de desigualdad en la estructura social, lo que da como resultado la conformación de grupos sociales en situación de vulnerabilidad que reproducen la estructura y la desigualdad social, tanto en términos económicos como sociales y políticos.

Vulnerabilidad social. Es el tercer conector dimensional, actúa de intermediario entre la determinación intermedia y los efectos en la salud. Hace referencia a factores de riesgo que impiden que una persona o grupo de personas mantenga o mejore su bienestar. Se refiere a la situación social, cultural, política y económica de aquellas personas, grupos o familias que han visto deterioradas sus condiciones de vida social y personal, donde las redes sociales son débiles y existen brechas en el acceso a los servicios públicos o básicos. Tiene una comprensión multidimensional y, desde las ciencias sociales, esta categoría tipifica determinadas características de individuos, hogares o comunidades en un entorno de exposición al riesgo y de incapacidad de los grupos más débiles para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener

beneficios de ellos. Se encuentra determinada en mayor o menor medida por la intensidad del riesgo individual y colectivo al que se encuentran expuestas de manera diferencial y especificas esas poblaciones por del efecto sinérgico resultante de la interseccionalidad.

Mediadores sociales en el modelo

Empoderamiento. Es e primer mediador identificado en el proceso de determinación social de la salud. Aparece como consecuencia de un entendimiento de las desigualdades existentes y su lucha por erradicarlas y se define en su doble dimensión de análisis. En primer lugar, como el fortalecimiento de las capacidades personales y de la confianza, como la ocupación de espacios políticos y sociales de protagonismo de mujeres y disidencias y, en segundo lugar, como el acceso al control de los recursos materiales que permiten incrementar la puesta en práctica de las capacidades políticas, sociales y económicas para protagonizar cambios en el territorio, barrio o comunidad. El empoderamiento comunitario se refiere a la capacidad que tiene la población para tomar decisiones y actuar usando su propia inteligencia, experiencia, intuición y creatividad, hacer que se involucren en los procesos de transformación, escucharlas y aprovechar sus ideas para ayudar a que la organización mejore y tenga éxito.

Inclusión social. Es el segundo mediador identificado en el proceso de determinación social de la salud. El Banco Mundial definió en 2014 a la inclusión social como el "proceso de empoderamiento de personas y grupos para que participen en la sociedad y aprovechen sus oportunidades". Se refiere a una acción afirmativa para cambiar las circunstancias y los hábitos que conducen (o han llevado) a la exclusión social. Es el proceso de mejorar la capacidad, la oportunidad y el valor de las personas, desfavorecidas por su identidad, para participar en la sociedad. La inclusión social permite a las personas que viven en situación de vulnerabilidad participar en condiciones de igualdad como miembros activos de la comunidad y contar con las oportunidades y recursos necesarios para la transformación de su entorno, con el fin de elevar los niveles de salud, bienestar y desarrollo.

Se trata de considerar a cada ser humano sin prejuicios de ningún tipo y mejorar la situación de desventajas de las personas debido a su identidad. Se relaciona con el grado de igualdad de derechos que poseen las personas de acceder a los mercados y servicios educativos, laborales y de salud, pero también, a los espacios políticos, económicos, sociales y físicos en el territorio en que viven. Tiene que ver con las oportunidades reales de esa población de contar con un empleo digno que le permita acceder a una alimentación equilibrada, un vestuario adecuado y la garantía de tener una vivienda para vivir dignamente. La CEPAL la ha definido como el "proceso por el cual se alcanza la igualdad, y como un proceso para cerrar las brechas en cuanto a la productividad, a las capacidades (educación) y el empleo, la segmentación laboral, y la informalidad, que resultan ser las principales causas de la inequidad".[3]

Cohesión social. Es el tercer mediador identificado en el proceso de determinación social de la salud; entendido como el grado de consenso existente entre los miembros de una comunidad. Este mediador depende del grado de relación e interacción entre los miembros del barrio, pero también se relaciona con el grado de satisfacción y bienestar de los miembros de esa comunidad y, por principio, es inversamente proporcional a la

exclusión social. La cohesión social se determina por el conjunto de relaciones sociales, de trabajo, la unidad y las emociones que caracterizan el contexto. La combinación de estos cuatro elementos favorece la comunicación y la cooperación necesarias para potenciar la cohesión grupal y el crecimiento social.

La cohesión social requiere que las relaciones entre los miembros sean percibidas como justas, en especial entre las autoridades y el resto de la población, de forma que exista una acción percibida como de interés o bien común. La cohesión grupal no es un fenómeno espontáneo, demanda que todos los miembros estén involucrados y pongan esfuerzos en conseguir satisfacer los objetivos comunes, aceptando las diferencias de los demás miembros del grupo. De esta forma se fortalece el tejido social y se lograrán grandes avances. La cohesión social implica procesos dinámicos, tanto de motivación como de mantenimiento del grupo. Se han identificado al menos cuatro componentes que favorecen los lazos entre los miembros de la comunidad: la atracción, la coordinación, el sentido de pertenencia y las emociones compartidas.

Accountability. El cuarto mediador identificado en el proceso de determinación social de la salud se define en inglés. Se definición aun no muy clara en español, va mucho más allá del tradicional enfoque de la responsabilidad dirigida a cumplir o lograr resultados. Cuando se es *accountable* se asume la responsabilidad de los hechos y se buscan soluciones. Asimismo, es capaz de encontrar los medios para identificar las distorsiones y alcanzar los objetivos a tiempo. Implica que cada miembro de la comunidad tenga las habilidades de asumir responsabilidades, esté comprometido y sea consciente de la importancia de su papel; y esté comprometido en el fomento de la salud y el bienes. tar de la comunidad en que vive. Se refiere a la disposición y la responsabilidad de cada miembro de la comunidad para cumplir con sus compromisos y aceptar las consecuencias de sus acciones. Es una cualidad que debe estar arraigada en el tejido y la cultura comunitaria como vía para fomentar la iniciativa, la proactividad y la innovación necesarias para contribuir a la mejora del territorio. La diferencia entre responsabilidad y *accountability* se ha declarado a partir del hecho de que solo se puede asignar una persona *accountable* por cada compromiso o acción acordada en el seno de la comunidad. La persona responsable, por su parte, es la persona que realmente ejecuta la tarea. La persona responsable es responsable de la implementación. El *accountability* personal se refiere a la responsabilidad individual de asumir las consecuencias de nuestras acciones y decisiones y rendir cuenta por ello.[5]

En este modelo se concibe la determinación social de la salud como un proceso complejo en el que se identifican los diferentes componentes que lo configuran y se rebasa la principal limitación de las propuestas previas (centradas en el riesgo individual de enfermar y morir) y para ello retoma elementos de los modelos sociales e incorpora las características estructurales y del contexto social, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos sobre la salud.[5]

Los barrios o comunidades devienen en el espacio donde se produce y reproduce socialmente la salud. Existen evidencias que permiten identificar al contexto físico y socioeconómico

como los principales determinantes de las inequidades en salud. Intervenir en el ámbito local de los barrios sobre los determinantes sociales requiere un enfoque que promueva la participación de la población en el fomento y cuidado de su salud y bienestar. Para develar esa relación se requieren instrumentos de evaluación participativos y que no se limiten a la recolección de datos.

La ausencia de instrumentos puntuales que aporten información sobre el proceso de determinación social de la salud en el contexto cubano generó la necesidad de desarrollar un grupo de herramientas multidimensionales dirigidas a evaluar la percepción de la población y de los sectores sobre el proceso de determinación social de la salud, el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud, la satisfacción con los servicios y la equidad en la formulación de políticas.

DeterminaMe consiste en un cuestionario que puede llenarse individual o colectivamente con el fin de conocer la percepción de los entrevistados sobre el proceso de determinación social de la situación de salud. Este instrumento fue desarrollado a partir de una experiencia desarrollada originalmente en Escocia a la que denominaron "Place Standard".[5, 7, 8]

Esta herramienta es aplicable a cualquier territorio y país, por lo que su uso puede ser generalizable y, además, contribuye a reducir el tiempo y los costos del procesamiento de la información, ya que puede ser introducida y procesada por una sola persona y hacerse en menos de una semana.

La herramienta elaborada sirve de guía para la vigilancia o monitoreo del proceso de la determinación social de la salud en Cuba, ya que permite identificar los espacios, eventos, momentos y grupos poblacionales que se encuentran más vulnerables desde el punto de vista diferencial y, de esta forma, determinar los diferentes grupos de riesgo y diseñar intervenciones apropiadas, oportunas y rápidas.[5]

La herramienta contiene varios cuestionarios, los primeros de ellos dirigidos a caracterizar el cuadro de salud (mortalidad, discapacidad, morbilidad y riesgo) del territorio estudiado y caracterizar sociodemográficamente (edad, sexo, lugar de residencia, color de la piel, estatus migratorio) de la población que reside en el barrio o comunidad estudiada.

La herramienta contiene además cuestionarios dirigidos a caracterizar la población que vive en el barrio estudiado y conocer su percepción sobre las condiciones en que transcurre su vida-trabajo (determinación social según dimensiones) y la satisfacción de la población con los servicios de salud a nivel de policlínicos y consultorios.

Los restantes cuestionarios de la herramienta permiten conocer la percepción de los directivos y trabajadores de la salud sobre cómo se cumplen las funciones esenciales de la salud y cuál es el clima organizacional de las instituciones de salud en el territorio. Existen cuestionarios adicionales que permiten caracterizar la gobernanza, la intersectorialidad y la participación comunitaria en el territorio.

Un último cuestionario está dirigido a evaluar la equidad en las políticas, a partir de una medición del grado de inclusión de los principales ejes de desigualdad/inequidad en las políticas y de la participación de representantes de esos grupos en situación de vulnerabilidad en los procesos de formulación y evaluación de políticas.

Diferencias entre determinación y determinantes sociales de la salud

Llegado este punto, resulta vital poder establecer las diferencias etimológicas, de enfoque, perspectiva, objetivo y la teoría causal en que se sustentan, los términos determinantes y determinación social de la salud, los cuales, no solo se usan indistintamente de manera incorrecta, sino que algunos profesionales le atribuyen, de manera totalmente desacertada, a los factores la capacidad de contener al proceso.

Determinantes sociales de la salud (DSs). Por definición son las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen en su estado de salud. Su enfoque se centra en identificar factores específicos que afectan la salud, como nivel socioeconómico, educación, acceso a servicios de salud, condiciones laborales, vivienda y entorno físico, discriminación y exclusión social, desde una perspectiva más descriptiva y analítica, buscando entender cómo estos factores contribuyen a las desigualdades en salud o determinan la salud.

Desde las teorías causales este enfoque tiene una mirada determinista, cuyas relaciones se establecen básicamente desde las teorías unicausal y multicausal, viendo los determinantes de manera aislada y fragmentada, los que bajo una mirada reduccionista terminan convertidos en los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales (tabaquismo, sedentarismo, inadecuada alimentación).

Determinación social de la salud (DSS). Por definición es un enfoque teórico que va más allá de los factores individuales y que analiza, desde una perspectiva de proceso (premisas, condiciones y factores), cómo las estructuras sociales, económicas y políticas generan desigualdades en salud. Su enfoque se centra en las relaciones de poder y las estructuras que producen y reproducen las inequidades en salud a partir de las desigualdades sociales. Su perspectiva es más crítica y estructural, buscando entender la producción social de pobreza/vulnerabilidad relativa a salud, o sea, cómo las sociedades organizan la producción, distribución y acceso a los recursos que afectan la salud. Desde las teorías causales este enfoque tiene una mirada de proceso, basada en la teoría de la complejidad desde una perspectiva contrahegemónica y diferente de entender la salud y la enfermedad: como derecho humano y social que debe ser garantizado por el Estado, mediante políticas públicas que actúen sobre las determinantes sociales, promuevan la intersectorialidad y la universalidad.

Diferencias entre desigualdades e inequidades en salud

Para finalizar esta entrega se hace necesario establecer las diferencias de enfoque y juicio de valor en que se sustentan los términos diferenciales, desigualdades e inequidades en salud, los cuales, también se usan de manera incorrecta por algunos profesionales al referirse a diferencias identificadas en el proceso de determinación social de la salud. Esos términos son utilizados indistintamente en el quehacer diario de decisores, académicos y científicos, al referirse a la relación entre la igualdad, la equidad y la justicia.

Los diferenciales en salud se definen como las diferencias observadas en indicadores de salud y sus determinantes sociales, entre grupos poblacionales, territorios y en el tiempo independientemente de la voluntad política de que estas no existan. Desde la perspectiva de juicio de valor se consideran neutras, ya que no implican la existencia de una injusticia. Un ejemplo de diferenciales en salud es el reporte de una mayor prevalencia de diabetes en adultos mayores que en jóvenes.

La desigualdad en salud se refiere a la existencia de diferencias sistemáticas en salud a menudo relacionadas con factores sociales. Desde la perspectiva de juicio de valor se pueden considerar neutras o pueden implicar una injusticia. Generalmente, están asociadas a un acceso diferente a las oportunidades, de ahí que la igualdad presupone que todos los individuos y grupos de población, independientemente de su condición y posición en la estructura social, se benefician por igual de las mismas políticas, incluida la asistencia social, ya que son concebidas desde una perspectiva igualitaria. Las herramientas y la asistencia están distribuidas uniformemente. Un ejemplo de desigualdad en salud es el menor acceso a servicios de salud especializados en zonas rurales en relación con zonas urbanas, o en capitales municipales o provinciales en relación con la capital del país.

La inequidad en salud se refiere a la existencia de desigualdades consideradas injustas y evitables. Desde la perspectiva de juicio de valor siempre implican una injusticia y demandan una acción inmediata. Generalmente, se refiere a que no todos los individuos y grupos de población reciben el apoyo que requieren, por lo que se requiere la adopción de políticas contentivas de herramientas personalizadas que identifiquen y aborden las desigualdades. Las herramientas en el fomento de la equidad deben personalizarse y están dirigidas a identificarse y abordar las desigualdades. Un ejemplo de inequidades en salud es la mayor mortalidad infantil o el mayor bajo peso al nacer en poblaciones vulnerables (riesgo preconcepcional), debido a la falta de ingresos y acceso a recursos.

La justicia por su parte se refiere a que las causas de las desigualdades e inequidades fueron resueltas con participación de todos los individuos y grupos de población; las barreras sistémicas y los ejes de desigualdad han sido resueltas o eliminadas; se ha arreglado el sistema para ofrecer acceso equitativo a herramientas y oportunidades.

En mayo de 2025, la Organización Mundial de la Salud, en el marco del lanzamiento de su Informe Mundial sobre Determinantes Sociales de la Equidad en Salud reveló, que persisten disparidades significativas en la esperanza de vida saludable basadas en factores como la geografía, los ingresos, la raza, el género, la educación y la discapacidad. Estas diferencias, según el informe, se ven influenciadas en gran medida por los determinantes sociales de la salud: las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen.[10]

El informe publicado el 6 de mayo de 2025 analiza el progreso insuficiente en el cumplimiento de los objetivos de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud para lograr la equidad en salud, y centra la narrativa y la agenda de acción en los factores que producen y reproducen las inequidades en salud y las soluciones políticas de eficacia comprobada disponibles. En sus páginas, el informe presenta 14 recomendaciones en cuatro áreas de acción clave, haciendo hincapié en las políticas que pueden ayudar a cerrar estas brechas.[10]

En el documento se hace un llamamiento a la acción colectiva de los gobiernos nacionales y locales y de los dirigentes de los sectores de la salud, el mundo académico, la investigación, la sociedad civil y el sector privado para:

- Abordar la desigualdad económica e invertir en infraestructura social y en servicios públicos universales.
- Superar la discriminación estructural y los determinantes e impactos de los conflictos, las emergencias y la migración forzada.
- Gestionar los desafíos y las oportunidades de la acción climática y la transformación digital para promover los beneficios de la equidad en salud.
- Promover acuerdos de gobernanza que prioricen la acción sobre los determinantes sociales de la equidad en salud, incluido el mantenimiento de plataformas y estrategias políticas intergubernamentales, la asignación de dinero, poder y recursos al nivel más local, donde pueda tener mayor impacto, y el empoderamiento de la participación de la comunidad y la sociedad civil.[10]

Conclusiones

La experiencia desarrollada en el contexto cubano en materia de determinación social de la salud permite concluir que el modelo presentado en esta intervención contribuye a rescatar el análisis de la situación de salud como principio fundacional del programa de la medicina familiar, y coloca al equipo básico de salud como líder de este proceso en el territorio y en la comunidad.

Los resultados del estudio aportaron insumos importantes para fortalecer los procesos de toma de decisiones en los territorios y contribuyen al redimensionamiento de la asistencia, la formación y la investigación, vinculando estas funciones esenciales a la situación de salud concreta de cada territorio estudiado.

Las evidencias obtenidas permiten afirmar que la salud en encuentra determinada por al menos cuatro premisas: voluntad política, acción intersectorial, participación comunitaria y organización de los servicios de salud, y que las condiciones y factores presentes en las circunstancias en que transcurre la vida de las poblaciones producen efectos importantes en su salud.

Existen evidencias suficientes que justifican la necesidad de abordar la determinación social de la equidad en salud como base para la implementación de la estrategia de gestión del SNS basado en ciencia e innovación y del fortalecimiento de la higiene y la epidemiología. El enfoque de la determinación social de la salud deviene hoy en base teórica para la práctica de la salud publica en el contexto cubano actual.

La propuesta de modelo cubano para estudiar el proceso de la determinación social de la salud en el contexto cubano actual permitió explicar las causas de las causas de los principales problemas del cuadro de salud de la población cubana y actuar sobre ellas, desvelando cómo los determinantes sociales varían de una enfermedad a otra y según tiempo, espacio y persona.

Este modelo se incorporó a la estrategia gubernamental de transformación integral de los barrios y comunidades en situaciones de vulnerabilidad, permitiendo una aproximación más real, no solo a la situación de salud de los miembros de estas comunidades, sino a la explicación de las premisas, condiciones y factores que la determinan, favoreciendo la incorporación de esas evidencias a la toma de decisiones.[11, 12]

Hoy más que nunca se justifica la incorporación del enfoque de determinación social de la salud a la práctica del sistema nacional de salud, en especial lo relacionado con el cumplimiento de las funciones de análisis y vigilancia de la situación de salud, como parte de los procesos dirigidos a fortalecer la Atención Primaria de Salud y actualizar el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.[11,12]

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009. 1-31. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://nccdh.ca/resources/entry/a-conceptual-framework
3. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud [Documento de Trabajo]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, octubre de 2011. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, octubre de 2011 En: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, 19-21 de octubre de 2011. Rio de Janeiro, Brasil. Disponible en: https://acortar.link/gEiquJ
5. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
6. Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1984.
7. Ministerio de Salud Pública, Colectivo de autores. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_med_enf_familia/programa_med_enf_completo.pdf
8. Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada. 3. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/
9. Graham ID, Tetroe JM. Getting Evidence into Policy and Practice: Perspective of a Health Research Funder. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;18(1). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2651211/

10. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588
11. Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on Health in All Policies approaches. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372714/9789240067530-eng.pdf?sequence=1
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y enfermera de la familia. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/

Una mirada a la vulnerabilidad social con enfoque de determinación social de la salud[1]

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Mayra García Carmenate,
Lidia Caridad Hernández Gómez,
Isabel Pilar Luis Gonzálvez,
Roxana González López

Introducción

La evaluación realizada a nivel global del cumplimiento del progreso de los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) a partir de las metas 2023 y datos más recientes, deja un saldo negativo, donde destacan los objetivos con un progreso razonable que necesitan ser acelerados, los objetivos estancados o en retroceso, los objetivos con datos insuficientes para ser evaluados, y aquellos cuyas metas fueron alcanzadas o se encuentran en vías de ser alcanzadas.(1, 2, 3, 4)

Lo cierto es que hoy se reportan más de 700 millones de personas viviendo en situación de pobreza, cerca de 800 millones de personas que padecen hambre, 650 millones de personas sin acceso a agua potable y cerca de 2500 millones de personas sin acceso a saneamiento básico, por solo mencionar algunas de las metas que reflejan las desiguales condiciones de vida de las poblaciones entre países y hacia el interior de estos.(1-4)

Esta situación impacta negativa y desigualmente en la mortalidad global y entre continentes y países en términos de prematuridad y exceso, según causas y lugar de ocurrencia, como expresión de las inequidades resultantes de las desiguales condiciones y factores de determinación social de la vulnerabilidad social relativa a salud.(1-4)

Por otro lado, se ha reportado por diferentes publicaciones acuñadas por el Consejo Económico para América Latina (CEPAL) que solo en 2021 la región de las Américas había retrocedido 27 años en materia de pobreza extrema, como resultado del impacto de la pandemia de COVID-19, lo cual determinó un aumento de las desigualdades asociadas a ingresos del 87 %, de desigualdades de la riqueza del 78 %, de desigualdad racial del 66 % y de desigualdad de género del 56 %, intersecciones que impactan negativamente en la salud de esas poblaciones.(1-4)

A esto se suma el hecho de que las prioridades de los sistemas y servicios de salud tuvieron que desplazarse hacia la respuesta y la recuperación post-Covid-19, con un rol diferente y responsabilidades fortalecidas del sector salud para enfrentar al menos tres fenómenos:

[1] Artículo basado en la ponencia presentada por el autor principal en el I Simposio Internacional en Salud Pública. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. 20 al 22 de noviembre de 2024.

la morbimortalidad directa por COVID-19, la interrupción o postergación de los cuidados y atenciones de salud a urgencias y pacientes con enfermedades crónicas y el impacto a largo plazo en los determinantes sociales de la salud.[1-4]

En el Reporte de la Cumbre de Oslo de 2012 se recogió la premisa de que la salud es una precondición, un resultado y un indicador de una sociedad sostenible, indicador que debe ser adoptado como un valor universal y una meta compartida socialmente como objetivo político por y para todos. En mayo de 2023, el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó sobre la necesidad de medidas urgentes para desencallar la falta de avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.[4, 5]

Estas afirmaciones refuerzan el planteamiento realizado por la anterior directora de esa organización, la doctora Margaret Chan, relativo a que la Agenda Post 2015 debería estar orientada por Determinantes Sociales de la Salud, ya que la salud, en un sentido amplio, debe tener una posición preeminente en la Agenda de Desarrollo, salud no debe verse solamente a través del objetivo 3, como comúnmente sucede, para alcanzar las metas de salud hay que actuar sobre sus determinantes sociales, sin dejar a nadie atrás.[4, 5]

Múltiples y diversos son los retos actuales para los sistemas y servicios de salud: la transición demográfica, las enfermedades crónicas, las enfermedades emergentes y reemergentes, la demanda y los costos crecientes de la atención en salud y el reencuentro con las ciencias sociales para reducir las desigualdades y la vulnerabilidad social relativa a salud, de manera interdisciplinaria e intersectorial con el fin de alcanzar las metas y Objetivos de Desarrollo Sostenible.[4, 6,7]

Diversos informes elaborados en Cuba demuestran que, al igual que en el resto de los países de la región, las desigualdades sociales y el número de personas en condiciones de vulnerabilidad se han incrementado en los últimos años, situación que en el caso cubano se agrava por el impacto del bloqueo y de un grupo de distorsiones identificadas en la gestión económica. La atención a las desigualdades y a las personas en situaciones de vulnerabilidad ha sido declarado oficialmente como un objetivo priorizado por el Gobierno cubano dentro de las estrategias de desarrollo local en los años 2023 y 2024.[8]

Vulnerabilidad y su abordaje gubernamental

En los documentos rectores del VIII Congreso del PCC se define la necesidad de priorizar la atención del Partido, la UJC, las organizaciones de masas y sociales a las comunidades de mayor complejidad, acorde con sus características, con mayor sistematicidad y efectividad. Solucionar los problemas de las comunidades de forma sostenible es la premisa que ha guiado estos últimos tres años (2022-2025) la transformación de los barrios en Cuba.[8]

La dirección del país ha reconocido que las desigualdades y las personas en condiciones de vulnerabilidad se han incrementado en los últimos años, razón por la cual se estableció este tema como un asunto prioritario contemplado dentro de las estrategias de desarrollo local. Se insistió en la necesidad de que la atención a las comunidades y a personas en situación de vulnerabilidad logre la participación de todos en la transformación del barrio para mejorar la calidad de vida del pueblo.[8]

Uno de los objetivos es combatir la compleja situación económica y social con un aseguramiento político que estimule la comprensión y la participación del pueblo y fortalezca la unidad. La atención a las desigualdades y a las personas en situaciones de vulnerabilidad están entre los objetivos priorizados por el Gobierno cubano dentro de las estrategias de desarrollo local.[8]

Se ha insistido en la necesidad de que la atención a las comunidades y a personas en situación de vulnerabilidad transiten definitivamente del subsidio a productos, al subsidio a personas. El perfeccionamiento de la sociedad requiere comenzar una verdadera transformación, a partir de la aplicación de un enfoque no asistencialista.[8]

En Cuba, desde hace más de cuatro décadas, grupos académicos multidisciplinarios e intersectoriales han aportado insumos imprescindibles para explicar el fenómeno de la vulnerabilidad social como expresión de individuos y poblaciones, importantes evidencias científicas no siempre tomadas en consideración e implementadas en la formulación de políticas y en la toma de decisiones.[8]

Aunque han sido múltiples las intervenciones y respuestas locales a las situaciones de vulnerabilidad que actualmente poseen las familias asistenciadas, evaluaciones realizadas muestran que aún son insuficientes para lograr una mayor inclusión social y desarrollo sostenible.[8]

Se aprecia un limitado uso del enfoque de determinantes sociales en las investigaciones sobre este tema con un predominio del enfoque de riesgo y factores aislados para explicar y abordar las causas de las situaciones de vulnerabilidad y sus efectos en la salud, por lo que hay un limitado uso de las evidencias aportadas sobre determinantes en la toma de decisiones.[8]

La oportunidad de extender a todos los barrios del país la experiencia desarrollada por la capital de generalización del modelo de análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales a todos los barrios en transformación permitió la problematización de la situación de salud y sus determinantes sociales como premisa del desarrollo humano, la equidad y la justicia social, confirmando la teoría de que las personas que residen en situaciones de vulnerabilidad social tienen una peor salud.[8]

Esta iniciativa permite estimular la participación de la comunidad en la transformación de su situación de salud, en la búsqueda de soluciones intersectoriales para actuar sobre las condiciones que determinan socialmente su salud en el marco de la iniciativa de las comunidades saludables; propuesta que rebasa y complementa la iniciativa inicial de transformación integral de los barrios socialmente vulnerables indicadas por la dirección del país y desarrollada en la mayoría de los territorios.[8]

La determinación social de la salud es una categoría que integra el proceso de interacción compleja y diferencial de un grupo de condiciones y factores presentes en el curso de la vida de individuos y poblaciones, como resultado de la posición que ocupa en la estructura social existente en un contexto y momento dado. El modelo propuesto permite la identificación de condiciones y comportamientos que devienen en factores de protección o riesgo a la salud, como resultado de la vulnerabilidad y la exposición diferencial de individuos y poblaciones a esas condiciones y comportamientos.[5-9, 10]

Este modelo permite explicar "las causas de las causas" que determina que existan unas poblaciones más sanas que otras o que unas poblaciones enfermen y otras no. Su implementación en el nivel local cubano permitió conocer las premisas, condiciones y factores presentes en el proceso de producción social de la salud de la población cubana durante el periodo 2017-2024, y las complejas relaciones de determinación que se establecen en un contexto y momento dado a partir de la influencia de los determinantes internacionales, las premisas políticas y de los estratificadores sociales en este proceso.[8]

Estas relaciones de determinación compleja pueden y deben explicarse en los tres niveles básicos en que se produce socialmente la salud de individuos y poblaciones a partir de los conceptos de modo, condiciones y nivel de vida: individual, grupal y social, reconociendo todo lo que acontece en la cotidianidad y las condiciones en que se desarrolla la vida de esas personas.[8]

La vulnerabilidad y sus representaciones sociales

A pesar del incremento en los últimos años del fenómeno pobreza/desigualdad/vulnerabilidad en la mayoría de los países de la región de las Américas, se aprecia una tendencia en las publicaciones del Consejo Económico para América Latina (CEPAL) dirigida a invisibilizar el fenómeno de la vulnerabilidad social o sociodemográfica.[11, 12, 13, 14, 15]

Expertos de diversos organismos internacionales coinciden en definir, que la vulnerabilidad social es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente, pero que también expresa la susceptibilidad e incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para prevenir, neutralizar y sobreponerse a determinadas situaciones de riesgo o peligro y obtener beneficios de ellos.[11-15]

Ponentes y participantes en un evento organizado por la Universidad en Costa Rica en octubre de 2024 coincidieron en afirmar, que la vulnerabilidad social se representa a través de una realidad heterogénea de contextos, donde priman las comunicaciones distorsionadas y las identidades estigmatizadas en relación con una población difícil de medir, porque priman estadísticas grises y datos insuficientes.[8, 11-15]

La invisibilización de este fenómeno conspira contra la objetividad, al favorecer la pérdida de identidad, la discriminación según ejes de desigualdad y, con ello, se fomenta una distancia social basada en narrativas distorsionadas que los ubican como amenazas para la sociedad, que los excluye al considerárseles vagos, consumidores y sobre todo peligrosos.[8, 11-15]

La vulnerabilidad social no es un estado, es el resultado de un proceso complejo de relaciones e intersecciones de relación social con expresiones de inequidad e injusticia social. Por ello puede afirmarse que es un fenómeno diverso con diferentes denominaciones, que a veces llega a ser desacreditador y descalificador.[8, 11-15]

Las situaciones de vulnerabilidad social se expresan de manera interseccional y su origen se asocia a desigualdades persistentes que favorecen la fragilidad e incapacidad de respuesta de individuos y poblaciones a una combinación multifactorial, compleja y estratificada de condicionantes y determinantes sociales entre los cuales prevalece el mal funcionamiento familiar.[8, 11-15]

La vulnerabilidad, usualmente se determina a partir de un umbral o estándar, que dice cuales individuos y poblaciones se definen como poblaciones en desventaja social, a partir de la existencia de ejes de desigualdad/interseccionalidad y que determinan socialmente la exposición, la fragilidad, el riesgo, el peligro y la resiliencia.[8, 11-15]

Existen al menos tres variables que actúan como atenuadoras o aceleradoras del tránsito de individuos y poblaciones a las condiciones de vulnerabilidad: capacidades, recursos y oportunidad para manejar los recursos y las estrategias para enfrentar esos riesgos de manera resiliente y sostenible en el tiempo en un contexto dado.[8, 11-15]

La vulnerabilidad social es el resultado, en términos de riesgo, de la exposición específica y diferencial y específica de individuos y poblaciones a un grupo de condiciones, factores presentes en las condiciones de vida, el comportamiento, el acceso a servicios básicos y la biología humana, que interactúan de manera compleja, determinando socialmente el proceso salud-enfermedad y la capacidad de resiliencia.

La vulnerabilidad social no es una definición simple, se concibe como un fenómeno complejo con múltiples causas interrelacionadas a nivel individual y social, y que se refiere a la situación en que se encuentran personas, familias y comunidades que son más propensos a sufrir los efectos de los daños o consecuencias negativas, debido a diversos factores como:

- Factores económicos. Entre ellos: pobreza, desempleo, ingresos y desigualdad económica, acceso a bienes y servicios básicos.[8]
- Factores sociales y comunitarios. Incluye la cohesión social, la confianza y la presencia de redes de apoyo social como elementos para luchar contra la discriminación y estigmatización basada en género, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, entre otros factores de exclusión social, como resultado de la marginación de ciertos grupos, lo cual dificulta su integración y confianza en la sociedad y su acceso a servicios básicos (educación, salud, vivienda, transporte y saneamiento básico) y redes de apoyo.[8]
- Factores ambientales asociados a la vivienda y el peridomicilio. Entre ellos: la contaminación ambiental, el acceso a espacios verdes y los efectos del cambio climático, a través de desastres naturales como ciclones, inundaciones, sequias, terremotos, que generan pérdidas humanas y materiales, afectan las circunstancias materiales de vida o generan escasez de recursos de las poblaciones más vulnerables.[8]
- Factores políticos e institucionales. Se refiere a la efectividad de las instituciones gubernamentales, el acceso a la información y la disponibilidad de servicios sociales, como resultado de la formulación de políticas y la organización de sistemas de salud y protección social que no abordan las desigualdades y la vulnerabilidad, que agravan la inestabilidad política, conflictos que generan violencia y desplazamiento afectando a la población civil) y la falta de instituciones que obstaculizan el desarrollo y la protección de los ciudadanos.[8]
- Factores individuales asociados a la biología humana. Incluye a las enfermedades crónicas, las discapacidades, los problemas de salud mental y el comportamiento, como la edad, el sexo, el color de la piel y el lugar de residencia, y factores asociados a comportamientos de riesgo, como consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas, la falta de ejercicios físicos y la mala nutrición.[8]

Es importante destacar que estas causas suelen interactuar entre sí creando situaciones de vulnerabilidad multidimensional, mayores o menores, como resultado de la intersección de esas condiciones y factores de manera estratificada. Por ejemplo, una persona que vive en una zona rural con bajos ingresos, con bajo nivel de educación y afectada por un desastre natural se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad.[8]

La vulnerabilidad social tiene consecuencias a corto, mediano y largo plazo relacionadas con el incremento de la desigualdad, como consecuencia del aumento de la brecha entre ricos y pobres, el incremento de la pobreza que dificulta el acceso a bienes básicos como salud y educación, el incremento de la exclusión social, que margina a grupos y limita las oportunidades, el incremento de la violencia, que aumenta el riesgo de sufrir abusos y explotación y el incremento de la inseguridad y los conflictos sociales, que generan tensiones, incertidumbre, miedo ante el futuro y desestabiliza comunidades.[8]

La magnitud del impacto de estas consecuencias de la vulnerabilidad social pasa por las capacidades individuales y colectivas para prepararse, adaptarse y sobreponerse a los cambios, situaciones que actúan negativamente sobre el proceso salud enfermedad, desencadenando la exposición diferencial y específica a condiciones y factores de riesgos la salud y, como resultado final, del proceso complejo de interacciones, la aparición de enfermedades y muertes de manera diferencial.[8]

Aquí se instala el concepto de vulnerabilidad social relativa a la salud, definición que se refiere a la susceptibilidad de individuos, familias y comunidades a experimentar problemas de salud (riesgo, enfermedad y muerte) como consecuencia de la exposición diferencial y específica a esas condiciones y factores de determinación social de la salud.[8]

Esto significa que, al menos tres categorías deben ser abordadas a la hora de explicar este concepto:

- Desigualdades. A partir de la premisa de que las poblaciones con menos recursos, nivel educacional o acceso a servicios básicos suelen tener una peor salud.
- Factores de riesgo. A partir de la premisa de la exposición a condiciones de vida precarias o a comportamientos de riesgo.
- Barreras al acceso de tipo geográfico, cultural financiero y organizacional a servicios básicos y de salud, compra de alimentos y medicamentos, lugares donde practicar ejercicios o a sitios con información de salud, aumentan la probabilidad de enfermar y morir.

El concepto de vulnerabilidad social relativa a la salud permite ampliar el espectro de intervención sanitaria-observación, considerando, al unísono, tres elementos: las carencias (económicas, sociales, culturales), las estrategias (políticas locales, programas y servicios de salud, acciones intersectoriales y comunitarias), que se adoptan para el manejo de los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud, y los activos (recursos financieros, materiales, institucionales, conocimientos) con que cuentan los profesionales de la salud y otros sectores, la población del lugar y las personas y hogares para transformar su situación sanitaria.

Los grupos más vulnerables en el contexto latinoamericano actual se relacionan con los llamados grupos marginados (indígenas, migrantes, afrodescendientes, personas sin hogar,

población LGBTQ+, entre otros); las personas con discapacidad (física, mental o sensorial), los niños y ancianos (por sus características fisiológicas y sociales) y las poblaciones de bajos ingresos (con menor acceso a recursos y oportunidades).[8]

De estos destacan las personas en situación de calle (personas que carecen de una vivienda estable y tienen limitado el acceso a servicios básicos) poblaciones migrantes, (personas que enfrentan discriminación, explotación y falta de acceso a derechos) y poblaciones indígenas (a menudo viven en condiciones de pobreza y marginación, con sus culturas y territorios amenazados).

Estos tres grupos de poblaciones vulnerabilizadas fueron seleccionadas para el comité organizador del evento de la universidad de Costa Rica, para debatir en plenaria los desafíos de salud que representan esas poblaciones desde la perspectiva del eje epidemiológico, del eje de determinantes sociales de la salud (DSS) y del eje de inequidad y políticas públicas.

Una de las causas principales de la vulnerabilidad social es el desempleo o la desigualdad de oportunidades. Una persona o colectivo también puede verse en esta situación por otros motivos, como desastres naturales o los efectos directos o indirectos de epidemias, cambio climático, accidentes graves y hambrunas, entre otras.[8, 11-15]

Una población en situación de vulnerabilidad se define como un grupo humano en cuyo entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico y político existen condiciones y factores que determinan socialmente una exposición especifica o diferencial a una situación de riesgo para su salud y bienestar.[8, 11-15]

La vulnerabilidad es más que la simple exposición continuada al riesgo (fig. 2.1), también es la incapacidad de respuesta y la inhabilidad para adaptarse y modificar esos riesgos y las condiciones que los determinan.[8, 11-15]



Fig. 2.1. Flujo de la determinación social de la vulnerabilidad social relativa a la salud.

Las poblaciones en situación de vulnerabilidad son el resultado de la existencia de desigualdades estructurales (inequidades), que por diversos factores históricos, políticos, sociales, económicos, culturales y demográficos les impiden aprovechar las oportunidades derivadas del desarrollo humano.[8, 11-15]

Una población vulnerabilizada se define como un grupo humano en cuyo entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico o hasta político existen condiciones y factores que determinan socialmente una exposición especifica o diferencial a una situación de riesgo.

Estas condiciones reflejan las diferencias existentes entre las personas y grupos sociales, según estratificadores sociales, como la posición social que otorga el poder, el prestigio y los recursos; refleja la jerarquía social existente en una sociedad.[8, 11-15]

Estas condiciones actúan de manera diferencial sobre las personas más vulnerables, como resultado de una exposición diferencial a los factores de riesgo o protección a la salud, según lugar de residencia, género, etnia y color de la piel.[8, 11-15]

Estas condiciones actúan de manera diferencial sobre las personas como resultado de un acceso diferencial a los servicios de atención de salud generando desiguales efectos o consecuencias sociales de enfermedad, discapacidad y muerte.[8, 11-15]

Las poblaciones vulnerabilizadas son el resultado de la existencia de desigualdades estructurales que, por razones históricas, políticas, sociales, económicas, culturales y demográficas les impiden aprovechar las oportunidades derivadas del desarrollo humano.

La principal causa de la vulnerabilidad social es la desigualdad de oportunidades. El desempleo lleva a la pobreza y está a la falta de oportunidades a nivel de educación, vivienda, salud, alimentación y relaciones sociales, lo que desemboca en la marginalidad, que a su vez trae conflictos sociales.[8, 11-15]

La vulnerabilidad depende de diferentes factores, tales como la edad y la salud de la persona, las condiciones higiénicas y ambientales, así como la calidad y condiciones de las construcciones y su ubicación en relación con las amenazas. Entre las causas que inciden en la existencia de vulnerabilidad, pueden mencionarse la falta de igualdad de oportunidades, la incapacidad para satisfacer las necesidades y la desnutrición y enfermedad.[8, 11-15]

Según Crenshaw (abogada estadounidense), la interseccionalidad se refiere al estudio de las identidades sociales solapadas o intersectadas y sus respectivos sistemas de opresión, dominación o discriminación. No se trata de una suma. La teoría sugiere y examina cómo el género, la etnia, la raza, la clase, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la edad, la nacionalidad y otros ejes de identidad interaccionan en múltiples y a menudo simultáneos niveles.[8, 11-15]

La vulnerabilidad social relativa a la salud con enfoque de determinación social

La vulnerabilidad social relativa a la salud con enfoque de determinación social es abordada muchas veces desde una mirada reduccionista, en la cual prevalecen, entre otros, los enfoques causales univariante o multivariante y, como diría Oscar Feo "la determinación social de la salud va mucho más allá de determinantes aislados y fragmentados que bajo

una mirada reduccionista terminan convertidos en los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales".[8, 11-15]

En otras ocasiones, los estudios realizados responden a iniciativas que abordan los determinantes de manera fragmentada en función de los intereses devenidos en proyectos financiados por organismos internacionales, en función de sus estructuras organizativas, y es así que nos enfrentamos a determinantes culturales, sociales, comerciales, económicos y ambientales; propuestas que carecen del análisis desde una perspectiva causal compleja y todas las bondades que le aportan esas evidencias a la toma de decisiones.[8, 11-15]

Es importante tener en cuenta la vulnerabilidad social relativa a salud con un enfoque de determinación social al diseñar políticas y programas de salud para asegurar que los grupos más vulnerables tengan acceso a los servicios de salud necesarios para prevenir y tratar enfermedades. Esto puede ayudar a reducir las disparidades en la salud y mejorar el bienestar de todas las poblaciones.[8, 11-15]

Cuando se habla de vulnerabilidad social relativa a salud con enfoque de determinación social nos referimos a la probabilidad de que ciertos grupos o poblaciones sean más susceptibles a padecer problemas de salud, ya que esta vulnerabilidad se basa en factores, como la edad, el género, la etnia, la clase social, el nivel educativo, la ubicación geográfica y la accesibilidad a los servicios de salud.[8, 11-15]

En los documentos rectores del VIII Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC) se define la necesidad de priorizar la atención del Partido, la Unión de Jóvenes Comunistas (UJC), las organizaciones de masas y sociales a las comunidades de mayor complejidad, acorde con sus características, con mayor sistematicidad y efectividad. Solucionar los problemas de las comunidades de forma sostenible es la premisa que ha guiado estos últimos años la transformación de los barrios en Cuba.[8, 11-15]

En Cuba, la dirección del país ha reconocido que las desigualdades y las personas en condiciones de vulnerabilidad se han incrementado en los últimos años y no todos están identificados ni se transforman sus realidades. Por esta razón, se estableció este tema como un asunto prioritario dentro de las estrategias de desarrollo local. Se insistió en la necesidad de que la atención a las comunidades y a personas en situación de vulnerabilidad logre la participación de todos en la transformación del barrio para mejorar la calidad de vida del pueblo.[8, 11-15]

Al no existir datos públicos y oficiales sobre el porcentaje de población urbana cuya vida transcurre en condiciones determinadas por la pobreza de ingresos, que imposibilita la satisfacción de necesidades básicas, se estima en un 45 %. Si se suma a ese estimado el calculado para las capas medias de la población urbana, que se ubica entre el 11 y el 13 % puede plantearse que los estimados de población en situación de vulnerabilidad en Cuba, actualmente, fluctúan entre un 55 y un 60 %. Es importante destacar que estas capas están por encima de las precariedades, y se ha demostrado que poseen capacidades y habilidades para la vida que le permiten enfrentar y solucionar los problemas de la vida cotidiana, de sobrevivencia y acceso a bienestar.

Las diferencias en ingresos y riqueza han agravado las desigualdades socioeconómicas y las brechas entre grupos poblacionales, situación que se agrava para aquellas personas y familias que no reciben remesas procedentes de familiares y amigos que viven en el

extranjero, configurándose de alguna manera la población urbana en cinco grandes grupos de acuerdo con los ingresos promedios mensuales, el gasto real per cápita y la capacidad de compra-consumo:

- Grupo 1. En este grupo se ubican las personas pensionadas, subsidiadas y jubiladas no recontratadas; este grupo tiene dos estratos determinados por la posibilidad de acceso a remesas.
- Grupo 2. En este grupo se ubican las personas jubiladas recontratadas, en especial profesionales, y los trabajadores estatales no empresariales; este grupo también tiene dos estratos determinados por la posibilidad de acceso a remesas.
- Grupo 3. En este grupo se ubican los trabajadores estatales empresariales y los cuentapropistas de pequeños negocios, este grupo también tiene dos estratos determinados por la posibilidad de acceso a remesas o ayudas del extranjero.
- Grupo 4. En este grupo se ubican los trabajadores por cuenta propia de mediano y grandes negocios y los propietarios de pequeños y medianos negocios; este grupo también tiene dos estratos determinados por la posibilidad de acceso a remesas o inversiones del extranjero.
- Grupo 5. En este grupo se ubican algunos trabajadores por cuenta propia de grandes negocios y los propietarios de medianos y grandes negocios; este grupo también tiene dos estratos determinados por la posibilidad de acceso a inversiones del extranjero.

El origen estructural de las desigualdades territoriales y sociales tiene su explicación a partir de al menos cuatro regularidades bien delimitadas: la distribución no homogénea del desarrollo entre provincias, asociada en primer lugar a las desigualdades heredadas de las políticas de la república neocolonial, los diferenciales creados como parte de los procesos de reducción de desequilibrios territoriales y, en especial, de las diferencias rural-urbana, la reestratificación social resultante entre otras causas de las medidas de ajustes adoptadas en 1990 y a las diferentes posibilidades de participación económica abiertas a partir de las medidas de apertura adoptadas en 2011 y a las desigualdades multidimensionales y espaciales asociadas al recrudecimiento del bloqueo y las distorsiones socioeconómicas originadas por el reordenamiento económico de 2020.

Como parte de las intervenciones estatales para reducir las desigualdades sociales y las personas viviendo en situaciones de vulnerabilidad se identificaron 89 mil familias y 350 537 personas, unos 3 847 beneficiarios reciben el servicio de asistencia social a domicilio y reciben protección 3 mil 761 madres de hijos con discapacidad severa. Se identificaron 3819 nuevas familias para completar los gastos del núcleo familiar, y superaron la situación de vulnerabilidad económica unas 4380 familias.[8, 11-15]

Debemos repensar fórmulas de socialización de la propiedad, el poder y la riqueza; se requiere un enfoque que promueva el desarrollo sostenible con equidad. Como ha planteado en varias ocasiones el presidente, la atención a las personas vulnerabilizadas requiere transitar del subsidio a productos al subsidio a personas y de la aplicación de un enfoque no asistencialista.

Aunque en Cuba, las personas cuentan constitucionalmente con el derecho a la atención médica, la educación, el deporte y bienes culturales, algunos grupos enfrentan limitaciones

en el acceso y disfrute de programas y servicios sociales universales y gratuitos, debido a elementos culturales y educativos, el mayor impacto en la vulnerabilidad de otras necesidades básicas como alimentación, vestuario y vivienda, la pobreza se configura de otra manera.[8, 11-15]

El análisis de la vulnerabilidad social relativa a salud con enfoque de determinación social en el contexto cubano se concibió en una lógica multinivel que se inicia en los consultorios y concluye con el análisis del cuadro de salud de país con enfoque de determinantes sociales; proceso que transitó por el análisis de situación de salud de los barrios en transformación y de las áreas de salud y los análisis del cuadro de salud de los municipios y provincias.[8, 11-15]

Al estudiar de manera comparada la determinación de la salud en barrios y comunidades en situación de vulnerabilidad y entre territorios se encontró que, aunque las desigualdades no son muy pronunciadas entre los territorios estudiados, sí se observó que las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidas tienen una peor salud. Se corroboró que los diferenciales en salud están determinados por desigualdades sociales presentes en las dimensiones intermedia y estructural, como resultante del papel de las premisas de la determinación social de la salud.[8, 11-15]

Los barrios en transformación son aquellos donde el Gobierno, articulado con los organismos, las organizaciones e instituciones de la comunidad, identifica y soluciona problemáticas a partir de la gobernanza local, que propicia una óptima participación popular en el proceso y la innovación social como sus pilares.[8, 11-15]

En Cuba se utiliza el término de barrios en transformación por ser el objetivo del Gobierno, con su intervención en ellos, transformar el lugar con mejoras que eleven la calidad de vida de sus pobladores, porque refiere una de sus esencias como un perfecto sistema. Al introducir cambios en algún componente hace que los demás se transformen, y porque exalta un enfoque social tangible y verdadero que materializa los principios de equidad y justicia que defiende nuestro sistema social.[8, 11-15]

Las acciones de mejoras en las comunidades del programa de transformación integral deben tener como principio la calidad de las terminaciones, la belleza, la cultura del detalle y la participación de instituciones y vecinos, paralelo a las acciones constructivas y de mejoras debe levantarse la espiritualidad del barrio, así como profundizar en el trabajo social con las personas y familias vulnerables, para solucionar las vulnerabilidades a partir de una atención diferenciada.[8, 11-15]

Una casi regularidad en el quehacer cotidiano de barrios y comunidades que deben transformarse "por todos y para el bien de todos" tiene que ver con "hechos y comportamientos que nos hemos acostumbrado a ver" en lo constructivo, en lo espiritual, en lo sanitario, son las situaciones relacionadas con salideros, baches y establecimientos cerrados, que impactan negativamente en la salud y el bienestar de las poblaciones y que hay que resolver con participación de todos.[8]

El análisis de situación de salud de la población en situación de vulnerabilidad con un enfoque de determinación social se aplicó en todos los barrios en transformación de la capital y su alcance temporal ya se adentra en su cuarto año. A partir de esta experiencia se identificaron las necesidades y problemas de salud de la población con un enfoque de determinación

social, se propusieron y adoptaron alternativas de solución participativa intersectorial y comunitaria, teniendo en cuenta, entre otras, a los activos comunitarios y la prescripción social. Se promovieron investigaciones complementarias para explicar y solucionar los problemas del cuadro de salud de la población de esos barrios y se estableció un proceso de control al cumplimiento de lo planificado y la calidad de las acciones desarrolladas.[8]

Los estudios de análisis de situación de salud de municipios y áreas de salud de la capital permiten afirmar que, en el contexto actual, las situaciones de vulnerabilidad pueden estar presentes en cualquier tipo de barrio y que requieren de una toma de decisiones que permita decidir prioridades de intervención. Los barrios o comunidades de alto riesgo se caracterizan por el predominio de viviendas inseguras e improvisadas, personas o familias acogidas a sistema de protección social y la existencia de barreras en el acceso a servicios básicos.[8]

La Ley 145 establece para el contexto urbano cubano tres tipos de barrios en desventaja social: degradados, precarios y vulnerables. Los barrios degradados son aquellos que han sufrido un proceso degenerativo por obsolescencia, que incluye calles, edificios, espacios públicos, infraestructura, entre otras.[8]

Por su parte, los barrios precarios se refieren a conjuntos habitacionales de más de 50 viviendas, creados de manera informal, sin tener en cuenta ningún tipo de regulación urbana ni arquitectónica y que constituyen una forma compleja del hábitat en los asentamientos urbanos actuales, caracterizada por la segregación social y espacial y por condiciones de vida inferiores a las del resto de la ciudad.[8]

Los barrios vulnerables, de acuerdo con la nueva agenda urbana, consideran la expresión de situación de "vulnerabilidad" en referencia a personas, grupos humanos con desventajas de índole social y económica y de marginación, inequidad y exclusión. Aquellos con condiciones donde se manifiestan riesgos peligros y amenazas de desastres o vinculadas al cambio climático y los que se encuentran ante insuficiencia en servicios básicos y condiciones de habitabilidad.[8]

Los resultados preliminares del estudio de los barrios permiten afirmar que el número de barrios se ha incrementado de 129 a 132 y luego a 150 en los tres últimos años en la capital, y que la mayor cantidad de ellos se encuentran localizados en los municipios Diez de Octubre, Arroyo Naranjo, Cerro y Boyeros. Actualmente, residen en ellos cerca de medio millón de personas, con un predominio de los mayores de 65 años (alto envejecimiento) y del sexo femenino.[16, 17, 18]

El cuadro de salud de estos barrios aporta evidencias del predominio de la mortalidad por enfermedades no transmisibles y lesiones (hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes *mellitus* y enfermedad cerebro vascular); predominan las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual. Se aprecia un predominio, con tendencia ascendente, del número de atenciones médicas por enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, escabiosis, pediculosis y otras enfermedades infecciosas. La dispensarización muestra un predominio de la población dispensarizada en los grupos II y III, no así en el IV.[16, 17, 18]

En relación con el comportamiento de riesgo se aprecia un predominio de personas consumidoras de bebidas alcohólicas, productos del tabaco, medicamentos regulados y drogas. Se reporta además un incremento de las personas que practican sexo transaccional y relaciones sexuales desprotegidas o de riesgo.[16, 17, 18]

Las principales circunstancias materiales de vida (condiciones de riesgo) reportadas se asocian con el mal estado y hacinamiento de las viviendas, el acceso a agua potable, la disposición final y vertimiento de residuales líquidos y la recogida de desechos sólidos. Predominan prácticas como el fecalismo al aire libre o la disposición y quema de basura a los lados del camino. Se garantizan los servicios básicos en bodegas y farmacias y se organizan ferias semanales para acercar a la población a servicios médicos y de compra de productos alimenticios y aseo.

En relación con la cobertura, acceso, utilización y satisfacción con los servicios de salud, la atención médica de la toda la población que reside en los barrios en transformación de la capital, se realiza en 274 Consultorio del Médico de la Familia (CMF) de 62 policlínicos del territorio (alta cobertura). Todos los consultorios reportan tener su informe de análisis de situación de salud completo y actualizado. Se identifican carencias de personal, de estado de los consultorios, del mobiliario y del equipamiento (baja resolutividad). Se reportan además brechas en el cumplimiento de programas asociados a la situación higiénico sanitaria, en especial del incremento de vectores y roedores.[16, 17, 18]

Desde el punto de vista estructural se reporta un alto número de pobladores en estos espacios con bajo nivel escolar (primario) e incluso varios centenares de iletrados, elementos que podrían estar asociados al abandono escolar y un deterioro del trabajo de las comisiones de prevención en estas comunidades.[16, 17, 18]

Regularidades de vulnerabilidad social relativas a salud con enfoque de determinación social en el contexto cubano actual:

- En todos los municipios existen barrios, comunidades y poblaciones viviendo en situación de vulnerabilidad y esto se ha incrementado anualmente.
- El número de barrios, comunidades y poblaciones en situación de vulnerabilidad varía según territorios y no todos están identificados.
- La vulnerabilidad relativa a salud se encuentra determinada por la exposición diferencial y específica a factores de riesgo y la incapacidad de enfrentarlos.
- El deterioro de la situación socioeconómica afecta de manera desigual las circunstancias materiales de vida y el incremento de la vulnerabilidad según grupos sociales.
- La influencia de las premisas, condiciones y factores varía según ejes de desigualdad en función de la estructura social y el acceso a recursos y oportunidades.
- Las premisas, condiciones y factores presentes en el proceso de determinación de la salud se determinan a partir de las políticas, la estratificación y la vulnerabilidad social.
- Los ingresos familiares, las condiciones de la vivienda y su ubicación, el ordenamiento del medio y el acceso a servicios están asociados a las principales inequidades.
- En los barrios ubicados en las periferias y zonas rurales se identifican las peores condiciones de vida y acceso a servicios básicos, incluido el transporte público.
- Los principales mediadores sociales del proceso de determinación social de la salud son el empoderamiento, la inclusión y la cohesión social y la responsabilidad.
- Las oportunidades de invertir en el país aportan un nuevo dinamismo, pero eso es ambivalente.
- Las oportunidades para invertir y mejorar las condiciones de vida aportan un dinamismo ambivalente, ya que están asimétricamente distribuidas en la sociedad cubana.

– Hay grupos sociales que han quedado rezagados y viven en condiciones de vulnerabilidad social, esto se reproduce y acumula históricamente, esas personas tienen una peor salud.
– La desigualdad de oportunidades, la insuficiencia de ingresos y el deterioro de las condiciones de vida devienen hoy en elementos claves de la vulnerabilidad.
– El deterioro en el acceso y calidad de los servicios de salud y la escasez de medicamentos determinan negativamente en su utilización, adherencia y satisfacción.
– La disminución de productos normados en la canasta básica, la escasez en la oferta y los altos precios de los alimentos, vestuario, calzado y medicamentos en el mercado negro acentúan las desigualdades e inequidades en salud.

Efectos de la vulnerabilidad social en el proceso salud enfermedad, desde una perspectiva de determinación social en el contexto cubano actual:
– Las personas que residen en situaciones de vulnerabilidad social tienen una peor salud, en esos espacios predominan las personas enfermas, las personas en riesgo y las personas con discapacidad, en ese orden.
– Las principales causas de muerte de las personas que residen en situaciones de vulnerabilidad social son las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos, en ese orden.
– Las condiciones y estilos de vida de las personas en situación de vulnerabilidad social favorecen la aparición de enfermedades como hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes *mellitus* y enfermedades cerebrovasculares, en ese orden.
– En las personas que viven en situación de vulnerabilidad social predominan las atenciones por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, la escabiosis, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-sida.
– El ambiente en que transcurre la vida de estas personas favorece la aparición de enfermedades asociadas al mal estado de las viviendas y al hacinamiento, a dificultades en el abasto de agua, vertimiento de residuales líquidos, deficiente recogida de desechos sólidos, la presencia de microvertederos, vectores y roedores.
– El comportamiento de riesgo de estas personas favorece la aparición de enfermedades asociadas a una dieta inadecuada, el consumo de alcohol, productos del tabaco y drogas, relaciones sexuales de riesgo, embarazo en la adolescencia, sedentarismo, obesidad.

Los ejes de desigualdad/intersección identificados en toda la extensión de la gradiente social y que configuran los principales grupos de población que viven en situación de vulnerabilidad en el contexto cubano actual son:
– Grupos de edad: los niños y adolescentes en hogares de bajos recursos y los ancianos discapacitados o solos o a cargo de personas no familiares.
– Ingresos: hogares conformados por jubilados o pensionados no recontratados que no reciben remesas.
– Situación de calle: personas que deambulan por diversas causas: abandono familiar, enfermedad mental o adicciones.
– Color de la piel: poblaciones afrodescendientes con énfasis en aquellos que tienen baja escolaridad o insuficientes capacidades y recursos.

– Género: las mujeres solas con énfasis en las mujeres jefas de hogar de núcleos monoparentales con más de 2 hijos.
– Familia: familias monoparentales sin apoyo exterior, familias extensas con escasos recursos y familias disfuncionales.
– Escolaridad: personas iletradas o con bajo nivel escolar vencido, personas con analfabetismo funcional.
– Empleo: trabajadores informales y trabajadores estatales del sector no empresarial, trabajadores y estudiantes con inadecuadas condiciones de trabajo-estudio.
– Lugar de residencia: zonas rezagadas desde el punto de vista económico y con marginalidad económica y cultural, zonas violentas (comunidades en desventaja social).
– Migrantes: poblaciones procedentes de provincias con menor desarrollo humano y con barreras culturales, sean en tránsito o residiendo en la comunidad por poco tiempo.
– Situación de salud: personas que padecen enfermedades crónicas y mentales sin seguimiento ni posibilidades de cumplir tratamiento, incremento de violencia y lesiones.
– Discapacidad: personas con discapacidades física, psíquica, emocional, en cuyo entorno existen barreras para desarrollar una vida plena.
– Orientación sexual: población LGTBI, en especial hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los transexuales (trastornos de identidad).

A partir de los estudios realizados en los barrios en situación de vulnerabilidad del país, se identificaron un grupo de premisas, condiciones y factores que determinaron socialmente la aparición e incremento de las situaciones de vulnerabilidad, pobreza y precariedad, son ellas:
– La pandemia y los desastres naturales.
– Distorsiones en la formulación de políticas económicas.
– Se posterga lo social en las normas y políticas locales.
– Insuficientes y desiguales oportunidades de invertir y mejorar las condiciones de vida.
– Insuficiente papel de los gobiernos locales en las políticas de protección social.
– Incremento de las desigualdades asociadas a la concentración de riqueza.
– Desigualdades en los ingresos y en la satisfacción de necesidades básicas.
– Deterioro del valor de los ingresos *versus* el valor de compra-consumo familiar.
– Bajo nivel escolar y analfabetismo funcional.
– Incremento del desempleo y subempleo, las estrategias de supervivencia familiar.
– Deterioro del entorno urbano y de las condiciones de la vivienda.
– No respeto a la interculturalidad y a la diversidad.
– Discriminación asociada a color de la piel, género, orientación sexual.
– Envejecimiento y el abandono asociado al mal funcionamiento familiar.
– Migraciones y discriminación.
– Aspiraciones no satisfechas o logros no cumplidos.
– Crisis personales o de identidad.
– Consumo de alcohol y drogas.
– Experiencias de criminalidad, violencia y abuso infantil.
– Abandono familiar y conflicto o rechazo de los pares y grupo social.
– Discapacidades y enfermedades mentales.

La tendencia creciente de las desigualdades en la sociedad cubana y la concentración de la precariedad se explican a partir de los ejes de desigualdad/intersección, identificados en toda la extensión de la gradiente o tejido social, y que configuran los principales grupos en situación de vulnerabilidad en el contexto cubano actual, se explican a partir de la acumulación histórica y juegan un papel decisivo en la formación de los ejes de desigualdad.[8]

Por su parte, las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales, y la vulnerabilidad es el resultado de los efectos de la intersección de los múltiples ejes diferenciales (ej.: edad, género, color de la piel) y de la distribución del poder según niveles que se configuran de manera particular en cada contexto. La generación de desventajas que se representan en las condiciones de vida y el comportamiento y las desventajas no pueden entenderse examinando de forma aislada los elementos de su identidad.[8]

La presencia de estructuras de vulnerabilidad múltiples, variadas y simultáneas en cada contexto se asocian a las brechas que determinan la exposición diferencial y específica de poblaciones a riesgos a la salud y los diferenciales que determinan la desigualdad, prematuridad y exceso de enfermedad y muerte.[8]

La gradiente de vulnerabilidad social relativa a salud está determinada por el número de diferenciales presentes en cada individuo o grupo poblacional estudiado en el contexto y las condiciones, factores y estratificadores asociados a un grupo de variables supranacionales, como los efectos de la pandemia de Covid-19, el impacto del bloqueo económico en la salud y la nutrición de la población cubana y los efectos de diversos desastres naturales ocurridos en el contexto cubano.[8]

Estas estructuras de vulnerabilidad se encuentran determinadas, además, por el incremento de la crisis económica y su expresión en los niveles de pobreza, precariedad y marginalidad, consecuencia de las crecientes desigualdades en la distribución y concentración de la riqueza y de las distorsiones identificadas en la formulación de políticas y prácticas sociales, económicas e institucionales, la introducción de fórmulas de mercado y de privatización en las políticas económicas y las insuficientes y desiguales oportunidades para la inversión económica de los grupos poblacionales.[8]

A estos elementos se suma el insuficiente papel de los gobiernos locales en las políticas de protección social y la disminución del monto del presupuesto dedicado a este fin; el deterioro del entorno urbano, el déficit habitacional y las condiciones de las viviendas, como consecuencia de los insuficientes ingresos y capacidad de compra de productos básicos, variables a las cuales se suma el envejecimiento, el inadecuado funcionamiento familiar, los efectos de la migración y el incremento de los comportamientos de riesgo.[8]

Los diversos informes de los grupos de expertos de la OMS y la OPS en relación a este tema han señalado la necesidad de considerar al menos criterios ejes básicos para intervenir sobre los ejes de desigualdad/interseccionalidad que determinan socialmente el estado de salud de la población de los territorios estudiados, y que pueden ser:

– Mejorar la salud de los grupos o individuos más vulnerables o con mayor riesgo a través de políticas o programas focalizados.

– Disminuir las brechas de salud entre los grupos socioeconómicos extremos y entre los de mejor salud y peor salud.
– Intervenir con un enfoque para disminuir la gradiente de salud, es decir, a través de toda la jerarquía social.

Igualmente, y a partir de nuestros estudios, se han identificado un grupo de premisas para intervenir sobre los ejes de desigualdad/interseccionalidad que determinan socialmente el estado de salud de la población de los territorios estudiados, y que son:
– La gobernanza local como expresión de la voluntad y la acción política para abordar las causas de las inequidades y sus efectos en las poblaciones vulnerabilizadas.
– La promoción de la responsabilidad como base de la participación comunitaria y el liderazgo local para mitigar los efectos de inequidades en poblaciones vulnerabilizadas.
– El fortalecimiento del liderazgo del sector salud para el cumplimiento de las funciones esenciales y de los programas de salud pública dirigidos a poblaciones vulnerabilizadas.
– La revitalización de la Atención Primaria de Salud a partir de la situación actual y las características de cada territorio, comunidad y barrio en situación de vulnerabilidad.
– El fortalecimiento del rol del Equipo Básico de Salud como brazo ejecutor del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en la atención a las poblaciones vulnerables
– La acción interdisciplinaria basada en el alineamiento de prioridades y actores de la comunidad para la reducción del efecto de inequidades en poblaciones vulnerabilizadas.
– La vigilancia del progreso en la reducción de las inequidades y la mejora de salud para desarrollar la toma de decisiones y la formulación de políticas sobre sus determinantes.
– Implementar un sistema de gestión del desarrollo local basado en ciencia e innovación para la formulación de las políticas con enfoque inclusivo y participativo de poblaciones vulnerabilizadas.

Para concluir, se plantean un grupo de preguntas, a la luz de los desafíos que implica la inclusión de las personas y las poblaciones vulnerabilizadas:
– ¿Cuál es el rol que pueden y deben desempeñar los estados y, específicamente, los ministerios y escuelas de salud?
– ¿Cómo las políticas de inclusión social y de salud pública pueden responder a las especificidades de las personas y de las poblaciones vulnerabilizadas?
– ¿Qué iniciativas han permitido avanzar en el empoderamiento de las personas y poblaciones vulnerabilizadas?
– ¿Cómo la pandemia afectó a las personas y poblaciones vulnerabilizadas? ¿Ha profundizado la discriminación o exclusión de estos? ¿Han emergido nuevos patrones de exclusión?
– ¿Cómo se puede avanzar en la reducción de la desigualdad y desventajas de las personas y poblaciones vulnerabilizadas a través de la participación social con un enfoque de determinación social?
– ¿Cuáles podrían considerarse como las prioridades a abordar desde las políticas sociales para reducir las brechas de desigualdad que afectan a las personas y poblaciones vulnerabilizadas y alcanzar un desarrollo social inclusivo? ¿Cómo podríamos identificar estas prioridades?

Conclusiones

La experiencia desarrollada en el contexto cubano dirigida a estudiar la vulnerabilidad social relativa a salud con enfoque de determinación social permite afirmar que contribuye a rescatar el análisis de la situación de salud como principio fundacional del programa de la medicina familiar y coloca al equipo básico de salud como líder de este proceso en los territorios.

Los resultados del estudio aportaron insumos importantes para fortalecer los procesos de toma de decisiones en los territorios y comunidades, ya que permitieron reorientar y redimensionar la asistencia, la formación y la investigación, vinculando estas funciones esenciales a la situación de salud concreta de cada territorio estudiado.

Existen evidencias suficientes que justifican la necesidad de abordar la determinación social de la salud y de la equidad en nuestros países como parte de la estrategia de la Atención Primaria de Salud. El enfoque de la determinación social de la salud deviene hoy en base teórica para la práctica de la salud publica en el contexto socioeconómico actual.

La concepción expuesta sobre vulnerabilidad social relativa a salud ha permitido desvelar las causas de las causas de los principales problemas y actuar sobre ellas. Hoy más que nunca se justifica la incorporación del enfoque de determinación social a la evaluación, formulación e implementación de políticas públicas dirigidas al desarrollo humano, la equidad y la justicia social con un enfoque multidimensional e inclusivo.

La oportunidad de extender a todos los barrios y comunidades en situación de vulnerabilidad del país la experiencia desarrollada en la capital cubana, de analizar la situación de salud con enfoque de determinantes sociales en todos los barrios en transformación permitirá la problematización de la situación de salud y sus determinantes sociales, como premisa del desarrollo humano, la equidad y la justicia social, confirmando la teoría de que las personas que residen en situaciones de vulnerabilidad social tienen una peor salud.

Esta iniciativa permite estimular la participación de la comunidad en la transformación de su situación de salud, en la búsqueda de soluciones intersectoriales para actuar sobre las condiciones que determinan socialmente su salud en el marco de la iniciativa de las comunidades saludables; propuesta que rebasa y complementa la iniciativa primera de transformación integral de los barrios socialmente vulnerables.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. 2018. Disponible en: https://pactoglobal.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/ODS-Metas-e-indicadores_compressed.pdf
2. United Nations Development Programme. Human Development Report 2023/2024. 1 UN Plaza, New York, NY 10017 USA; 2024.
3. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703
4. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin Ch, Buss P, Chongsutivatwong V, Frenk J, et al. Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectivas de cambio. Lancet. The Lancet- Universidad de Oslo Comisión sobre Gobernanza Global para la Salud – Maio; 2014. Disponible en: https://acortar.link/9fCLHo

5. Declaración de la AMM sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM. Montevideo, Uruguay, 2011. Disponible en: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2015/10/S-2011-04-2011_OVS.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009. p. 1-31. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/44084
7. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud [Documento de Trabajo]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro; 2011. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
8.Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
9. Organización Mundial de la Salud. Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240102606
10. Organización Mundial de la Salud. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320
11. Kaztman R. Notas sobre la vulnerabilidad social. Uruguay: Universidad Católica; 2002. Disponible en: https://www.ucu.edu.uy/aucdocumento.aspx?1020,3205
12. Espina M. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificacióon social. Nueva sociedad No. 216;2008.
13. Zabala Arguelles MC, Fundora Nevot GE, Hidalgo López-Chávez VE, Díaz Pérez D, Echeverría León D, Jiménez Guethón RM, et al. Desigualdades y políticas sociales. Análisis interseccional del contexto cubano 2008-2018. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2022;12(1):e1145. Disponible en: https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/1145/1316
14. Zabala Arguelles MC, Fundora Nevot G. Las investigaciones sobre pobreza, vulnerabilidad y marginación en la Cuba actual. Consensos y propuestas a la política social. La Habana: Fundación Friedrich Ebert. FLACSO; 2021. Disponible en: https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/17889.pdf
15. Ferriol Muruaga A, Carriazo G, U-Echavarría O, et al. Efectos de políticas macroeconómicas y sociales sobre los niveles de pobreza: el caso de Cuba en los años 90. La Habana: INIE / CIEM; 1997.
16. Dirección General de Salud La Habana. Actualización de los Barrios Vulnerables. La Habana; 2025.
17. Dirección General de Salud La Habana. Atención Primaria de Salud en Barrios Vulnerables. La Habana; 2025.
18. Dirección General de Salud La Habana. Proceso de Transformaciones Necesarias en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia 2025. La Habana;2025.

Pautas y experiencias en el desarrollo de salas situacionales para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social de la salud en el contexto cubano[1]

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Esther Yarinely Hernández Diéguez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Mayra García Carmenate, Yadira Olivera Nodarse, Roxana González López

Introducción

La salud es un producto social. No es únicamente un resultado de factores biológicos o individuales, sino que en el proceso salud enfermedad está profundamente influenciada por condiciones ambientales, sociales, económicas, comerciales, políticas y culturales. Este enfoque reconoce que la salud de individuos y poblaciones es el resultado de una interacción compleja entre diversos determinantes sociales.(1, 2, 3, 4, 5)

Al menos son cinco los aspectos que permiten explicar la salud como un producto social: los determinantes sociales de la salud, las desigualdades en salud, las políticas públicas como expresión de la voluntad o gobernanza local, la acción intersectorial y la participación comunitaria en un contexto y momento dado.(1-5, 6)

Entender la salud como un producto social implica reconocer que, las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son fundamentales para su bienestar y calidad de vida. Este enfoque destaca la importancia de abordar las causas subyacentes de las inequidades en salud y promover políticas integrales que mejoren la calidad de vida de individuos y poblaciones.(1-6)

Desde esa perspectiva se ha planteado que la mejora de la salud y el bienestar a partir del logro de las metas contempladas en la Agenda 2030 será inalcanzable si no se invierte en salud y si esta agenda no está orientada por el enfoque de determinantes sociales, además de que se requieren medidas urgentes para desatascar la falta de avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con la salud.(1-6)

La salud ha sido considerada por diversos expertos y organismos internacionales como una precondición básica para el desarrollo sostenible, pero a la vez, es considerada como un resultado y como un indicador esencial de una sociedad sostenible, por lo que debe ser adoptado como un valor universal y como una meta compartida socialmente, como un objetivo político por y para todos desde una perspectiva multidimensional.(1-3)

[1] Artículo basado en la ponencia presentada por el autor principal en la Reunión Regional Monitoreo de Determinantes Sociales de la Equidad en Salud organizada por la OPS y desarrollada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, del 25 al 27 de noviembre de 2023.

La vigilancia es un proceso sistemático, permanente y orientado de observación, recopilación, análisis y difusión de información acerca de los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población, la ocurrencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, los factores determinantes de la salud y las respuestas del sistema sanitario. La recolección de la información debe ser sistemática, periódica, oportuna, válida y confiable.[6, 7, 8, 9, 10]

El resultado es la información, que permite contar con una visión global del proceso salud-enfermedad a distintos niveles, orientar las acciones referidas a la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades, y evaluar la efectividad de los programas y servicios. La gestión, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones en salud involucra al análisis de situación de salud y a la vigilancia basada en salas de situación de salud.[10]

La vigilancia en salud es un proceso sistemático y continuo de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la salud de una población. Su objetivo principal es monitorear la situación de salud, identificar tendencias, detectar brotes o epidemias, evaluar intervenciones, planificar y priorizar, y proporcionar información para la toma de decisiones en políticas y acciones de salud pública para la prevención y control de enfermedades.[10]

La vigilancia en salud pública es un componente fundamental de los sistemas de salud, enfocado en la recolección, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la salud de una población. Su objetivo principal es monitorear y controlar enfermedades, identificar riesgos y tendencias, y proporcionar información para la toma de decisiones en políticas y programas de salud pública.

La vigilancia en salud con enfoque en los determinantes sociales de la salud (DSS) es un enfoque integral, que busca monitorear y analizar las condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales que influyen en la salud de las poblaciones. Este enfoque reconoce que la salud no solo depende de factores biológicos o médicos, sino también de las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.[6-10]

En estos momentos, la función esencial de vigilancia en salud integra diversos enfoques o tipos de vigilancia.

Vigilancia epidemiológica. Es la enfocada en el seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, diabetes u obesidad, vigilancia de lesiones enfocadas en el monitoreo de accidentes de tránsito, violencia o lesiones laborales, y el monitoreo de enfermedades transmisibles o infecciosas, como COVID-19, arbovirosis, influenza y VIH/Sida, entre otras. También se utiliza la vigilancia de brotes para la detección temprana de brotes de enfermedades como el cólera.

Vigilancia de factores de riesgo. Enfocada en el monitoreo de hábitos, como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta y actividad física.

Vigilancia ambiental. Se enfoca en el control de factores físicos que afectan la salud, como la calidad del aire, agua y suelo.

Vigilancia de eventos adversos. Está dirigida a la detección de efectos secundarios de medicamentos, vacunas o tratamientos médicos.

Vigilancia sindrómica. Se sustenta en el monitoreo de síntomas o grupos de síntomas que pueden indicar la presencia de una enfermedad.

En la actualidad, se ha identificado, que la vigilancia en salud pública no se sustenta en el enfoque de determinación social de la salud y, por tanto, los modelos que soportan la práctica del monitoreo de la situación de salud no incorporan las premisas, condiciones y factores que determinan socialmente la situación de salud, ni se analiza, como un proceso complejo, el impacto de las causas de las causas sobre los cambios en los indicadores de salud.

Existen un grupo de limitaciones conceptuales, metodológicas y operacionales que justifican la propuesta de crear salas situacionales para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social, como la desactualización y descontextualización de la función esencial de vigilancia de salud en las salas situacionales y la carencia de propuestas metodológicas para incorporar este enfoque al quehacer de los puestos de dirección o salas situacionales para monitorear la situación de salud.

La adopción del enfoque de la determinación social de la salud como base teórica de la salud publica indica la necesidad de reorientar las salas situacionales con un enfoque de determinación social de la salud, para lograr una vigilancia más integral del proceso salud-enfermedad y de las premisas, condiciones y factores presentes desde una perspectiva de proceso de determinación social.

La gestión, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones en salud deberá integrar al menos cinco elementos: análisis de situación de salud de los consultorios, barrios en transformación y áreas de salud, sala de situación para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social de la salud, participación de todos los sectores y activos de la comunidad en la transformación de los determinantes sociales de su situación de salud; intercambio de información y actuación conjunta de los sectores y aplicación en la práctica de los servicios y la toma de decisiones del conocimiento que respalda las acciones.

Vigilancia en salud en el contexto cubano

En Cuba, desde hace más de cuatro décadas, grupos académicos multidisciplinarios e intersectoriales han aportado insumos imprescindibles para explicar la producción social de la salud y desarrollar distintas propuestas de vigilancia en salud, cuyos aportes a la toma de decisiones y la formulación de políticas, no siempre han sido valorados o tomados en consideración para su implementación.

En el marco de la cooperación técnica del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba con el Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica se ha

desarrollado un proyecto de investigación dirigido a la concepción e implementación de una *Sala Situacional* para la vigilancia en salud pública con enfoque de determinación social de la salud a nivel municipal.

Según Bergonzolli (OPS, 2006), la sala situacional en salud es el espacio de trabajo matricial, donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, coyunturales o no, para llevar a cabo análisis de los factores que las determinan, así como las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local, y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Este concepto constituye un modelo de trabajo que promueve el análisis sistemático de información, a fin de generar conocimiento oportuno y de calidad acerca de los problemas de salud poblacionales y de la capacidad de respuesta de los sistemas de atención para apoyar el proceso de gestión en salud pública, por lo que la sala situacional propicia el análisis de la información epidemiológica, tomando en cuenta los antecedentes históricos de la población y los macrodeterminantes políticos, sociales, económicos, ambientales, culturales y étnicos.

El análisis de la información epidemiológica permite establecer los perfiles de salud de la población en contextos definidos, elaborar diagnósticos de situación y comparar la ocurrencia de enfermedades. La evidencia producida, si se comunica de manera apropiada, permite intervenir con mayor eficacia en el proceso salud-enfermedad.

Para los autores de este texto, la sala situacional de salud con enfoque de DSS ha sido concebida como un espacio físico o virtual donde se conjugan diferentes actores para la identificación y estudio de la situación de salud, el análisis de los factores que la determinan, así como las soluciones más viables, el monitoreo y la evaluación de las decisiones tomadas.

Este espacio de análisis y reflexión tiene un alcance nacional, cuyo propósito es dar seguimiento integral a los componentes de dichos determinantes e informar de manera sistemática aquellos aspectos relevantes relacionados con la salud, para apoyar la toma de decisiones, contribuyendo a su preservación y mejoramiento e incluyendo la reducción de brechas, diferenciales o desigualdades en salud.

La determinación social de la salud ha sido definida por los autores como el proceso de interacción compleja y diferencial de un grupo de premisas, condiciones y factores presentes en el curso de la vida de individuos y poblaciones, como resultado de la posición que ocupa en la estructura social, existente en un contexto y momento dado, que determina el proceso salud-enfermedad.[5]

La sala situacional de salud con enfoque de determinación social de la salud debe funcionar en lo fundamental con "carácter virtual", de forma que cada usuario (decisor, investigador, docente) pueda acceder a informaciones, tanto de publicaciones institucionales de salud, de población u otras, al igual que tributar e intercambiar resultados de investigaciones o proyectos que acometen, lo que permitirá percibir con mayor claridad e integridad, las diferentes situaciones de salud según la temática sobre la que indaguen. Este concepto se representa a través de la figura 3.1.

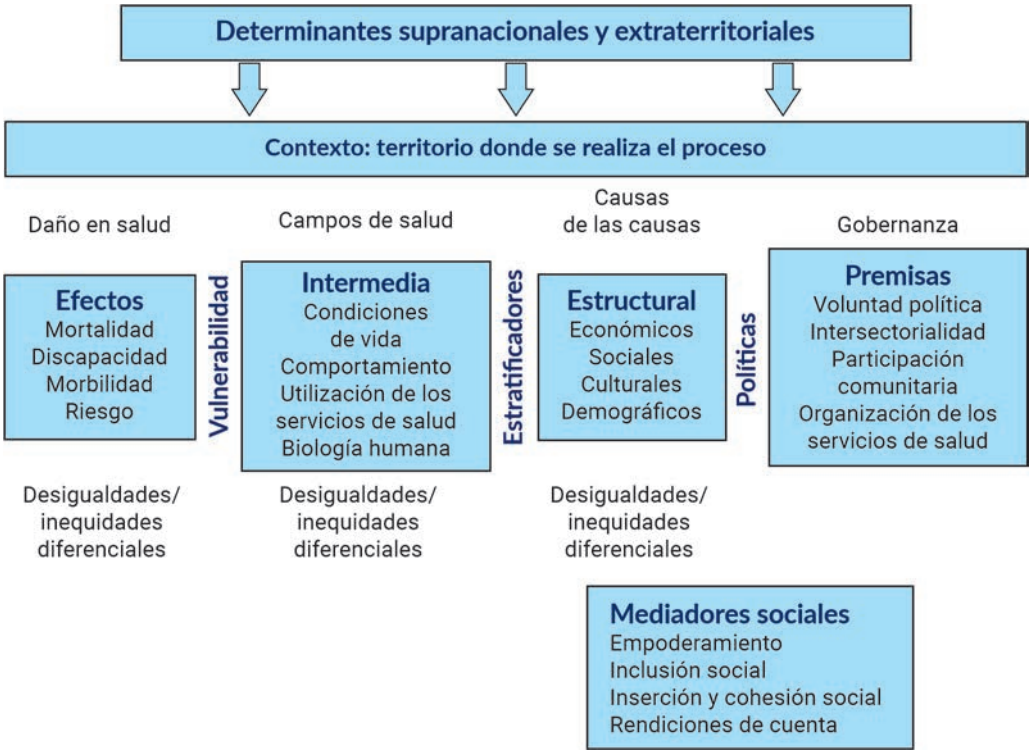


Fig. 3.1. Modelo de determinación social de la salud que sirve de sustento al desarrollo e implementación de la sala situacional del municipio Abreus.

Salas situacionales

Las salas de situación reflejan la mayoría de las acciones que hacen a la tarea epidemiológica: vigilancia (elaboración de instrumentos para el relevamiento, control de calidad y oportunidad de datos), investigación análisis (elaboración y verificación de hipótesis), planificación y programación de actividades, evaluación de impacto y comunicación. La eficacia del instrumento implica operatividad técnica y viabilidad política; esto es, contar con el respaldo de las autoridades para la implementación y la toma de decisiones.

La sala situacional de salud con enfoque de determinantes sociales procura caracterizar los problemas de salud de acuerdo con variables epidemiológicas, así como en su priorización, para luego presentar una visión global de las condiciones del evento en la comunidad, cumpliendo así su rol esencial para el proceso de gestión y generando motivación en todos los participantes.

La vigilancia de la situación de salud mediante salas situacionales, junto al an{alisis de situación de salud (ASIS), favorecen el desarrollo de una cultura de análisis y uso de la información producida por los servicios de salud para realizar una adecuada toma de decisiones en la solución de los problemas de salud.

Implementar una sala situacional para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social de la salud requiere planificación, recursos y colaboración, pero es una herramienta poderosa para gestionar epidemias y mejorar los procesos de toma de decisiones y la formulación de políticas públicas saludables por parte de los consejos de salud en los distintos niveles.

La sala situacional para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social de la salud nació de una experiencia desarrollada en el contexto de la epidemia de COVID-19, cuando se le orientó, por el autor principal, a las autoridades sanitarias y de higiene y epidemiologia del municipio elaborar un tablero de mando en una sala situacional para el monitoreo de la epidemia en el territorio. Ello facilitó el seguimiento del curso de la epidemia, trazar prospectivas y tomar decisiones para su manejo y control.

Lo que fue un tablero improvisado sobre un pizarrón para el manejo de una contingencia terminó adaptándose al trabajo cotidiano, gracias al fortalecimiento de capacidades locales para el manejo del tema de determinación social de la salud en el territorio y como resultado de las capacitaciones y talleres en los que participaron especialistas del territorio como parte del proyecto INHEM-IMTA (fig. 3.2).

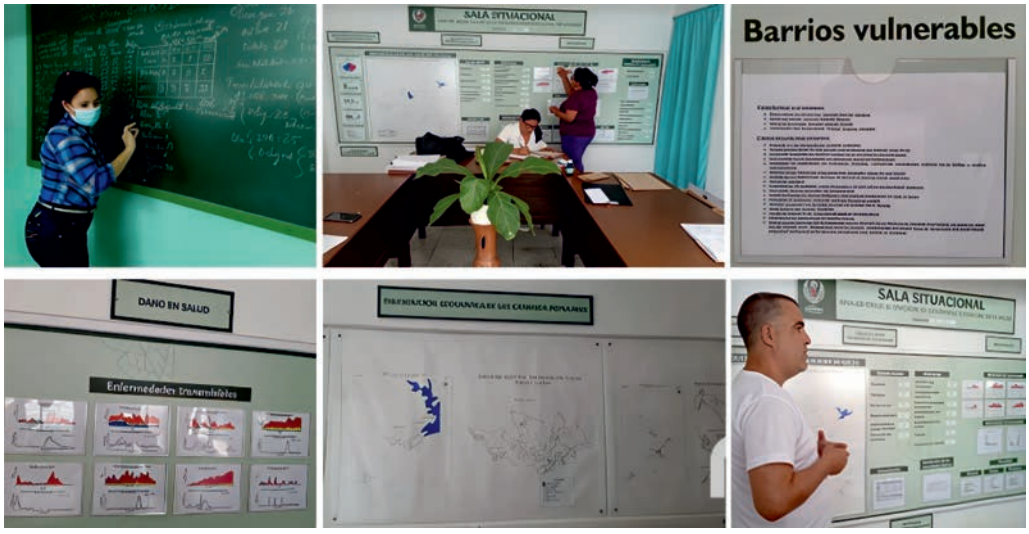


Fig. 3.2. Evolución de la sala situacional de Abreus.

La creatividad, constancia y capacidad demostrada por los actores del territorio permitieron que aquel pizarrón deviniera en una sala situacional con enfoque de determinación social de la salud. Un tablero de mando en el que se visualizan los datos a partir de los cuales se establecen las alertas y las notificaciones oportunas para la toma de decisiones y formulación de políticas. Se incluyó en un segundo momento la información relativa a los barrios y comunidades vulnerables.

El tablero de mando de la sala situacional

El tablero de mando de una sala situacional es una herramienta de gestión que permite visualizar, monitorear y analizar información clave en tiempo real sobre el proceso salud-enfermedad con enfoque de determinación social de la salud para la toma de decisiones. Es especialmente útil en entornos donde se requiere un seguimiento constante de indicadores, métricas y situaciones críticas (fig. 3.3).



Fig. 3.3. Tablero de mando o *dashboard* de una sala situacional con enfoque de determinación social de la salud.

El tablero de mando de una sala situacional tiene:

- Una vista general en la que se aprecian gráficos de líneas para mostrar, por ejemplo, tendencia de casos de una enfermedad, mapas para mostrar la distribución geográfica de casos y tarjetas para resumir indicadores claves del estado de salud y su determinación social.
- Una vista detallada en la que se aprecian tablas contentivas de datos desagregados por región, edad, género y gráficos de barras para la comparación de indicadores entre regiones.
- El establecimiento de alertas a través de notificaciones ante el aumento inusual de casos, situaciones de riesgo, déficit nutricional o medicamentos en falta.

A continuación, se describen los componentes del tablero de mando de una sala situacional.

Indicadores claves. Son el primer componente del tablero de mando de la sala situacional. Son las métricas que reflejan el proceso salud enfermedad y su determinación social en el territorio estudiado. En este caso se formulan los indicadores siguiendo la operacionalización de las variables, según dimensiones del modelo de determinación social de la salud, elaborado por los autores, incluidos los indicadores de vulnerabilidad, desigualdad y equidad.

Visualización de datos. El segundo componente del tablero de mando de la sala situacional se corresponde con los gráficos, tablas, mapas y diagramas que facilitan la comprensión rápida de la información sobre el proceso de salud enfermedad y su determinación social en el territorio estudiado. En este componente se incluyen, además, las herramientas comunes: gráficos de barras, líneas, mapas de calor, etc.

Fuente de datos. El tercer componente del tablero de mando de la sala situacional se corresponde con la integración en tiempo real o actualización periódica de los sistemas y subsistemas de información, bases de datos, sensores, encuestas, informes, anuarios, otros.

Alertas y notificaciones. Son el cuarto componente del tablero de mando de la sala situacional, se corresponde con los mecanismos diseñados, como parte del sistema de vigilancia, para identificar situaciones críticas o fuera de lo normal, las que en algunos casos se hacen a través de alertas por mensajes, por WhatsApp, correos electrónicos, representaciones como las metáforas espaciales o los cambios de color en el tablero de mando.

Interfaz intuitiva. Es el quinto componente del tablero de mando de la sala situacional; es la concepción de un diseño claro y fácil de entender para usuarios con distintos niveles de experticia.

Contexto y análisis. El sexto componente del tablero de mando de la sala situacional es se denomina así porque está conformado por toda aquella información adicional relacionada con el contexto territorial donde se ubica la sala situacional, de manera que ayude a interpretar los datos (tendencias, análisis comparado).

La vigilancia en salud en un enfoque de determinación social de la salud reconoce que la salud no solo depende de factores biológicos o médicos, sino que el binomio salud enfermedad es el resultado de un proceso complejo de determinación social que toma como bases dos premisas: las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen durante el curso de la vida.

La incorporación del enfoque de determinación social de la salud a las tradicionales salas situacionales de vigilancia en salud permite lograr, además de los objetivos tradicionales de todas las salas o unidades de análisis y tendencia en salud (mortalidad, morbilidad, factores de riesgo), poder identificar desigualdades en salud, lo que representa poder detectar diferencias en los resultados de salud entre grupos poblacionales, como diferencias por nivel socioeconómico, género, etnia, educación o ubicación geográfica, entre otros.

Este enfoque permite la incorporación a las salas de mecanismos para monitorear las premisas, condiciones y factores presentes en el proceso de determinación social de la salud mediante la recopilación de datos intermedios y estructurales relacionados con la vivienda, el empleo, la educación, la seguridad alimentaria, el entorno ambiental, la organización de los servicios de salud, la participación comunitaria, la acción intersectorial y la voluntad-acción política (gobernanza local).

Las salas situacionales con enfoque de determinación social de la salud permiten evaluar la pertinencia e impacto de las políticas públicas, o como se materializa el enfoque de salud en todas las políticas en el nivel local, analizar cómo las políticas públicas y los programas sociales impactan en los determinantes sociales y, en consecuencia, en la salud de la población. También permiten promover la equidad en salud al generar evidencia para diseñar

intervenciones que reduzcan las desigualdades y mejoren las condiciones de vida de los grupos más vulnerables.

El desarrollo e implementación del tablero de mando de una sala situacional requiere de un grupo de pasos:

- Primer paso: Definir los objetivos a partir de un grupo de consideraciones, como la definición del proceso que se quiere monitorear (salud enfermedad), el enfoque teórico-metodológico en el que se sustenta el proceso a monitorear (enfoque de determinación social) y quienes serán los usuarios del tablero (consejo de salud) y sus posibles usos (toma de decisiones y formulación de políticas).
- Segundo paso. Definir los indicadores clave a monitorear, según las dimensiones del modelo de determinación social de la salud. Se seleccionarán las métricas relevantes y alineadas con los objetivos.
- Tercer paso. Recopilar la información y la conexión de las fuentes de datos necesarias (bases de datos, APIs, etc.). Para ello, se deberán identificar fuentes confiables de datos (instituciones públicas, sensores, encuestas, redes sociales, etc.) y se integrarán los datos a partir del establecimiento de protocolos para recopilar, validar y actualizar datos de manera constante.
- Cuarto paso. Elegir herramientas de visualización de la información o datos, que en este caso pueden ser software, como Power BI, Tableau, Google Data Studio, o soluciones personalizadas. Para el procesamiento de datos se recomienda utilizar herramientas para limpiar, organizar y analizar la información; y para la visualización se propone crear gráficos, mapas, tableros y reportes que faciliten la interpretación de los datos asociados a los indicadores claves, una vez definidas las métricas relevantes para monitorear la situación (tasas de incidencia, número de casos, áreas afectadas).
- Quinto paso. Diseñar la interfaz. Para esto es preciso organizar la información de manera clara y accesible y usar colores, íconos y gráficos adecuados.
- Sexto paso. Implementar alertas a partir de la configuración de mecanismos, umbrales y notificaciones para detectar y comunicar cambios ante situaciones críticas.
- Séptimo paso. Probar y ajustar el tablero a partir de la validación con usuarios finales y realizar procesos de mejora continua. Para el monitoreo y toma de decisiones (seguimiento continuo) se deberá actualizar la información en tiempo real o con la frecuencia necesaria.
- Octavo paso. Realizar un ejercicio de evaluación de la pertinencia de la toma de decisiones, para lo cual se propone evaluar, primero, la calidad de la información aportada para la toma de decisiones, y en un segundo momento, la pertinencia, rapidez y efectividad de las acciones generadas.
- Noveno paso. Realizar un ejercicio de evaluación de la pertinencia de la comunicación y difusión de la información; para ello se evaluarán los reportes periódicos e informes generados para autoridades y personal interesado. Se evaluará, además, la transparencia en la difusión de la información a los usuarios de sistema y la efectividad de los canales de comunicación previstos, como grupos de WhatsApp redes sociales, páginas web y medios tradicionales para difundir información.

– Décimo paso. Realizar un ejercicio de evaluación de los mecanismos de retroalimentación. Para ello se recopilarán opiniones del equipo y de los usuarios para mejorar el funcionamiento. Para la actualización tecnológica de sistema se propone mantener las herramientas y sistemas al día y entrenar al personal en el uso de nuevas tecnologías y metodologías.

El diseño del tablero de mando de la sala situacional de salud con enfoque de determinación social de la salud requiere un enfoque estructurado, que combine la recopilación de datos, el análisis, la visualización y la toma de decisiones. Para ello se debe:

– Definir el objetivo principal del tablero, que no es otro que contribuir a la toma de decisiones en salud pública mediante la visualización de datos claves del cuadro de salud y su determinación social; definir su alcance a partir de la delimitación de las áreas que se cubrirán e identificar a los usuarios que usarán el tablero.
– Identificar los indicadores claves para monitorear la situación de salud y sus determinantes sociales (indicadores de efecto, indicadores de determinación intermedia y estructural, indicadores de premisas).
– Identificar, recopilar y preparar los datos previendo como principales fuentes de datos a los sistemas de información en salud, las bases de datos gubernamentales, los datos en tiempo real (reportes de brotes), la calidad de los datos a partir de su precisión, completamiento y actualización. Se recomienda para la integración de la información a partir del uso de herramientas como ETL (Extract, Transform, Load) para consolidar datos de diferentes fuentes.
– Identificar, recopilar y preparar los datos, a partir del diseño de la visualización, mediante el uso de herramientas como Power BI, Tableau, QlikView y Google Data Studio o herramientas *open source* como Metabase o Apache Superset. Para la visualización se recomienda utilizar las herramientas Power BI, Tableau. Para el desarrollo se recomienda el uso de las herramientas Python (Dash, Streamlit) y R (Shiny). Se propone el desarrollo personalizado con librerías como D3.js, Plotly o Chart.js. Para el almacenamiento se recomienda el uso de las herramientas PostgreSQL, MySQL y MongoDB; y para la integración de la información se recomienda el uso de las herramientas APIs y ETL (Talend, Pentaho). Para cumplir con los principios de diseño se recomienda cumplir con la claridad mediante el uso de gráficos simples y fáciles de interpretar, interactividad que permite filtrar datos por región, tiempo, enfermedad. La priorización destaca los indicadores más importantes y la responsabilidad, que no es otra cosa que asegurarse de que el tablero sea accesible en dispositivos móviles.
– Implementar el tablero siguiendo una estructura que establece un resumen ejecutivo, mediante el cual se muestran los indicadores clave en un vistazo, un análisis detallado que permite profundizar en áreas específicas, y se realizan alertas tempranas basadas en mecanismos para detectar anomalías (aumento repentino de casos), las tecnologías (Backend: Bases de datos (SQL, NoSQL) para almacenar datos. Frontend: Interfaz de usuario intuitiva e Integración: APIs para conectar con fuentes de datos externas.
– Validar y probar el tablero mediante pruebas de usabilidad. Para esto hay que asegurarse que los usuarios finales puedan navegar y entender el tablero, validación de datos que confirma que los datos mostrados sean precisos y estén actualizados; y retroalimentación *(feedback),* mecanismo por el que se reciben comentarios de los usuarios para mejorar el diseño.

– Capacitar a los usuarios para que puedan interpretar y utilizar el tablero de manera efectiva, de ser posible se les proporcionan manuales o guías rápidas.
– Monitorear y actualizar. En el caso del mantenimiento se recomienda actualizar regularmente los datos y corregir errores. Para las mejoras continuas se proponen añadir nuevos indicadores o funcionalidades según las necesidades.

Implementación de la sala situacional y premisas de funcionamiento

La implementación de una sala situacional debe cumplir el objetivo y el propósito para el que se crea (monitorear la determinación social de la salud) y delimitar el alcance de a partir de determinar el ámbito geográfico, temporal y temático que cubrirá.

Los niveles de actuación, definidos en el marco de la sala situacional con enfoque de determinación social de la salud, tienen que ver con:
– La recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo.
– El análisis de datos, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas.
– La valoración de problemas, intervenciones y toma de decisiones.

El funcionamiento de la sala situacional se basa en un grupo de premisas, como el trabajo intersectorial, multicéntrico e interdisciplinario, la alineación estratégica basada en los principios de la integración e integralidad, la aceptación y comunicación, el intercambio de información y trabajo en equipo, así como la solución de conflictos.

La sala situacional puede configurarse en un espacio físico o virtual, pero se considera más oportuna una sala física con pantallas y equipos, que sustenten su trabajo en un grupo de herramientas tecnológicas, como software para análisis de datos (Excel, R, Python, Tableau, Power BI). sistemas de información geográfica (GIS) para mapas, plataformas de comunicación (Meet, Zoom, Microsoft Teams) y bases de datos para almacenar información.

Como fuentes de información se incorporan bases de datos y documentos en formato electrónico correspondientes a diferentes ejes temáticos, como censos, anuarios, bases de datos, encuestas, herramientas e informes técnicos que aportan información sobre aspectos de salud, demografía, socioeconómicos, ambiente, nutrición, vulnerabilidad territorial, barrios en transformación y ambientes laboral y escolar.

Para el desarrollo e implementación de la sala situacional con enfoque de determinación social de la salud se requiere contar con personal multidisciplinario, capacitado y dispuesto a trabajar en contingencias y periodos de rutina. Se recomienda conformar un equipo multidisciplinario integrado por expertos en análisis de datos, epidemiólogos, otros profesionales de la salud, ingenieros y comunicadores, entre otros. En este sentido los roles claves hacia el interior del equipo son: coordinador general, analistas de datos, especialistas en visualización, personal de soporte técnico y comunicadores para difundir información.

Para el contexto cubano se ha previsto que, de manera permanente, trabaje en la sala situacional un especialista en Higiene y Epidemiología, quien tendrá a su cargo la actividad de la sala y, de ser posible, contar con un licenciado en geografía y un informático (a tiempo parcial), ajustando su fondo de tiempo a las prioridades establecidas de acuerdo con la periodicidad y frecuencia de la información suministrada.

Junto a este equipo, interactúan otros profesionales del municipio que responden a los temas y tributan al tablero de la sala; de manera que exista un intercambio permanente y directo y se puedan evaluar y reajustar las informaciones que se reciben, así como las que se procesen mediante las diferentes técnicas y metodologías disponibles: análisis de indicadores, tendencias, tabulación de información, graficación y mapeo, para garantizar una vigilancia activa de cada problemática que se monitorea.

Se recomienda, además, de ser posible, colocar la sala situacional en un área aislada del resto de los demás locales, por el tipo de información a procesar. Se plantea la necesidad de contar con equipos de comunicación que garanticen el enlace inmediato con las fuentes de información y con los decisores, equipos de computación con conexión a internet para elaborar informes, bases de datos, gráficos, mapas, análisis y medios para la proyección de imágenes, según disponibilidad, y que favorezca el acceso a bases de datos actualizadas del sector, nacionales e internacionales, al igual que a informaciones extrasectoriales en formato electrónico.

Se requiere, además, de un módulo básico de bibliografías técnicas en formato electrónico o impreso, mapas del territorio impresos o en formato electrónico, según los recursos disponibles, pizarras y murales para colocar documentos, imágenes, mapas y gráficos impresos, mobiliario de oficina y otros aseguramientos de logística que se consideren en dependencia de las condiciones. Como parte del trabajo de la sala se pueden generar y reproducir materiales audiovisuales relacionados con temáticas de interés vinculadas a la salud y su determinación social.

Las mesas se recomiendan que se ordenen de manera integrada, como un solo bloque, rodeadas por sillas, una pizarra acrílica y una pantalla de proyecciones. La mayoría de las salas cuentan con al menos un televisor, destinado a la difusión de información que se procese en la sala y de materiales y temas de actualidad, el monitoreo de situaciones y noticias de actualidad nacional e internacional y la difusión de imágenes y audio sobre información asociada con el trabajo de la sala situacional, a partir de periféricos que se conecten al puerto USB.

Funciones de las salas situacionales

Las principales funciones de la sala situacional con enfoque de determinación social de la salud tienen que ver con la realización de estudios sobre la situación de salud (análisis para definición de políticas, planes y proyectos o informes técnicos sobre problemas prioritarios), monitorear y evaluar la situación de salud de grupos humanos e impacto de intervenciones, identificar necesidades de investigación y diseminar e intercambiar información (videoconferencias).

El correcto funcionamiento de estas salas con enfoque de determinación social de la salud requiere al menos del redimensionamiento de cuatro de sus componentes clave.

Recolección de datos relacionados con la mortalidad, la discapacidad, la mortalidad y los factores de riesgo. A los cuales se incorporan indicadores demográficos culturales y

socioeconómicos que determinan la salud de la población, como ingresos, nivel educativo, acceso a servicios básicos y condiciones laborales, entre otras. Se recomienda en este punto el uso de Sistemas de información geográfica (SIG) para mapear y analizar la distribución espacial de los determinantes, así como el uso de Big data y análisis predictivo para identificar patrones y predecir tendencias en los determinantes.

En este punto se recomienda la estandarización de las variables de identificación para cruzar información: identificación, tipo de documento, localidad de residencia, dirección; la localización y georreferenciación de eventos, dirigida a evidenciar sus determinantes sociales; el suministro de la información con frecuencias bien definidas, el establecimiento de variables para la construcción de indicadores: como territorio, estacionalidad, sexo, edad, nivel educativo, y nivel socioeconómico, entre otros.

También se recomienda la construcción de indicadores intermedios, que contribuyan al cumplimiento de las metas de los programas que se evalúen (mortalidad, morbilidad, cobertura de vacunación, estado nutricional, otros.), incluir información extrasectorial para el análisis integral de los eventos, así como de otras áreas de la propia institución, prever la inclusión de los análisis de los eventos con posibles respuestas sociales y que la presentación de los datos sea interactiva, de forma que se comprenda por la comunidad y por otros sectores.

Análisis de los datos generados por el sistema. Tiene que ver con el uso de herramientas estadísticas y epidemiológicas, siguiendo las rutas cuantitativas y cualitativas para identificar patrones, tendencias y desigualdades en salud, a partir de las relaciones entre las premisas, condiciones y los factores presentes en el proceso de determinación social y los resultados de salud, pero también con incorporación del enfoque causal complejo, rebasando los criterios deterministas.

Interpretación y comunicación de la información generada (de manera contextualizada en función de las características de la población y el entorno). La información es presentada y difundida en diversos formatos, utilizando para ello tablas, gráficos y mapas, que favorezcan la representación visual de los datos y faciliten la comprensión de las desigualdades y el impacto de los determinantes sociales en la salud. Vital resulta la participación comunitaria en este componente, por lo que se debe involucrar a las comunidades en la interpretación de los datos y en la toma de decisiones. Esta información será difundida a través de documentos técnicos o informes, publicaciones, boletines, alertas y comunicados dirigidos a las autoridades del territorio, los consejos de salud, profesionales y técnicos de la salud y, sobre todo, a la comunidad, con el fin de adoptar de manera participativa las mejores políticas y acciones al utilizar los hallazgos para informar y diseñar políticas públicas.

Toma de decisiones con participación intersectorial y comunitaria. Se tomarán las decisiones a partir del uso de la información generada por la sala para diseñar, implementar y evaluar políticas y programas de salud, así como para diseñar e implementar intervenciones para abordar los determinantes identificados. Esta premisa de la determinación social de la salud requiere de la colaboración entre los representantes de los distintos sectores del territorio, como salud, educación, vivienda, trabajo y medio ambiente, para analizar los hallazgos y priorizar los problemas más relevantes, diseñar estrategias basadas en evidencia para abordar los determinantes sociales identificados y monitorear y evaluar el impacto de

las intervenciones y ajustarlas según sea necesario. Este componente ha sido concebido de manera que permita abordar el proceso salud enfermedad y las causas de las causas de los principales problemas de salud de manera integral y participativa. Un elemento primordial es la inclusión de la comunidad en el análisis y la toma de decisiones para abordar los determinantes sociales y la evaluación de las políticas públicas y programas existentes que impactan en los determinantes sociales de la salud.

Criterios e indicadores a monitorear en una sala situacional

El monitoreo de los determinantes sociales de la salud es fundamental para reducir las desigualdades en salud y mejorar el bienestar de la población; requiere un enfoque integral y multisectorial, así como el compromiso de todos los actores involucrados en la promoción de la salud y el desarrollo social.

La sala situacional con enfoque de determinación social de la salud recopila, analiza y permite visualizar los cambios que se producen en indicadores seleccionados y creados a partir de criterios sanitarios, sociales, económicos, ambientales y culturales, que influyen en el estado de salud de una población. La información podrá ser obtenida a partir de encuestas nacionales, censos, registros administrativos, estudios epidemiológicos. Este enfoque permite identificar desigualdades en salud y diseñar estrategias para abordarlas de manera integral.

El análisis de la información consolidada en indicadores de salud debe considerar la multiplicidad de factores y actores sociales involucrados en los procesos de salud enfermedad para poder construir tendencias, obtener una visión de conjunto e interpretar estos datos en cada contexto particular y en escenarios prospectivos. El análisis de datos se hará a partir de su desagregación por sexo, edad, etnia y ubicación geográfica. El análisis de desigualdades se hará a partir de la identificación de brechas en salud entre los diferentes grupos poblacionales y las tendencias temporales, mediante el monitoreo de cambios en los determinantes a lo largo del tiempo. Este proceso concluye cuando el producto es difundido de manera eficiente y oportuna entre los tomadores de decisiones y entre la población en general.

Aspectos del monitoreo:

- El monitoreo de los indicadores de efectos en el proceso salud-enfermedad tomará en consideración variables de impacto, como esperanza de vida, y de resultados, como mortalidad, discapacidad morbilidad y riesgo. Para todos los aspectos sirva de guía la figura 3.1.
- El monitoreo de los indicadores de determinación social de la salud tomará en consideración variables intermedias, como condiciones de vida, contaminación, empleo y estudio, responsabilidad, comportamiento y consumo, biología humana y cobertura-acceso a servicios de salud.

El monitoreo de los indicadores de determinación social de la salud tomará en consideración variables estructurales de tipo económicas, como ingresos y tipo de empleo; de tipo

social, como nivel educacional, redes de apoyo social y estructura familiar; de tipo políticas, como políticas públicas, inclusión y legislación; variables de tipo cultural, como religión, sentido de pertenencia, normas sociales, identidad, creencias y prácticas culturales y de tipo demográficas, como lugar de residencia, estatus migratorio, color de la piel, genero, edad.

El monitoreo de las premisas de la determinación social de la salud tomará en consideración variables y resultados de la aplicación de encuestas procesadas mediante la herramienta DeterminaMe, relacionadas con la voluntad-acción política, la participación intersectorial, la participación comunitaria y la organización de los servicios de salud.

El monitoreo de los indicadores de análisis de desigualdades tomará en consideración variables y resultados de la aplicación de encuestas procesadas mediante la herramienta DeterminaMe, relacionadas con la identificación de brechas en estos indicadores de salud siguiendo las tres categorías (espacio, tiempo y personas) al identificar diferenciales entre grupos poblacionales (por género, edad, nivel socioeconómico, etnia, etc.).

La sala situacional permite un enfoque integral y equitativo en salud pública, reconociendo que las condiciones sociales y económicas son fundamentales para el bienestar de las personas. Además, facilita la toma de decisiones basadas en evidencia y promueve la participación comunitaria en la solución de problemas de salud.

Beneficios de las salas situacionales

La sala situacional con enfoque de determinación social de la salud aporta importantes beneficios al proceso de gestión de la función esencial de vigilancia en salud al permitir identificar los mecanismos mediante los cuales la política determina las características sociales y de salud en un espacio-población determinada.

La sala situacional con enfoque de determinación social de la salud fortalece la capacidad de búsqueda, integración, procesamiento, análisis y comunicación de información para la toma de decisiones y la solución de eventos vinculados a la situación de salud con enfoque de determinación social de la salud.

Otro beneficio identificado se relaciona con la elevación del potencial técnico y funcional del municipio en lo referente al trabajo a emprender según temáticas y territorios (áreas y consejos), brindando la posibilidad de organizar, estructurar y diseminar la información que se genere, según la direccionalidad de los flujos que se definan.

También permite lograr mayor operatividad y oportunidad en el análisis y la toma de decisiones sobre las acciones que hay que acometer para dar solución a las problemáticas identificadas.

Se ha identificado, que las salas situacionales favorecen la transmisión de la información procesada, y analizada de forma casi inmediata, a los decisores, a través de los modernos medios de informatización, ya sea vía WhatsApp, correo electrónico y páginas web, a través de celulares, laptops y tabletas con conectividad (fig. 3.4).



Fig. 3.4. Imagen de una sala situacional con enfoque de determinación social de la salud.

La implementación de las salas situacionales con enfoque de determinación social de la salud ha enfrentado y enfrenta un grupo de desafíos, retos y brechas, entre ellas:

- Disponibilidad y calidad de los datos. Se han identificado errores en la recolección, subregistro o falta de estandarización, debilidad a la cual se suma la carencia de datos desagregados y actualizados sobre variables relacionadas con el proceso de determinación social de la salud,
- Recursos limitados. Se ha identificado falta de personal capacitado, infraestructura o financiamiento, a lo cual se suma la insuficiente integración de sistemas que genera una dificultad para consolidar datos de diferentes fuentes o sectores y el desarrollo de acciones coordinadas entre los diferentes sectores.
- Privacidad y confidencialidad. Se han identificado brechas relacionadas con la protección de la información personal de los individuos.
- Falta de respuesta oportuna, ya que, generalmente, no se garantiza que la información se traduzca en acciones rápidas y efectivas.
- Carencias en la implementación del enfoque de equidad, más allá del discurso de no dejar a nadie atrás, tratando de asegurar que las intervenciones prioricen a los grupos más vulnerables.
- Sostenibilidad. No es otra cosa que mantener la vigilancia en salud como una prioridad en las agendas políticas.

Conclusiones

La vigilancia en salud con enfoque en los determinantes sociales es esencial para comprender y abordar las causas fundamentales de las desigualdades en salud. Al integrar este enfoque, los sistemas de salud pueden promover políticas más equitativas y efectivas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de toda la población, especialmente de los grupos más desfavorecidos.

Las salas situacionales para la vigilancia en salud con enfoque de determinación social constituyen un instrumento básico para la toma de decisiones y formulación de políticas participativas en el nivel local. En la coyuntura demográfica y socioeconómica cubana actual, aporta evidencias para la identificación de problemas de salud y sus determinantes sociales, la gestión intersectorial, la identificación y movilización de activos y recursos, así como la monitorización y evaluación de las intervenciones en salud.

Este enfoque le aporta a la vigilancia del proceso salud enfermedad una mirada más integral, al colocar a la salud como un producto social, y al actuar sobre las causas de las causas aporta insumos para una toma de decisiones más integral, que permita no solo prevenir y controlar enfermedades, sino reducir la carga de morbilidad y mortalidad, mejorar la equidad en salud y fortalecer los sistemas de salud y la capacidad de respuesta ante emergencias.

Esta propuesta proporciona insumos para fortalecer la práctica de la vigilancia en salud en los municipios, aporta insumos para fortalecer los procesos de identificación de problemas y toma de decisiones en el nivel local basado en los análisis según diferenciales en los municipios y permite identificar las vulnerabilidades y riesgos a los que se expone la población que reside en los municipios.

Estas salas permiten monitorear la situación de salud, a la par que favorecen la identificación de cambios en los patrones de enfermedades y muerte, vulnerabilidad y factores de riesgo, y premisas, condiciones y factores de determinación social de la salud en una población. La apertura de estos espacios de vigilancia en salud permite detectar brotes y epidemias y de esta manera poder actuar rápidamente ante la aparición de eventos de salud pública.

El desarrollo de esta experiencia permite, además, la evaluación de intervenciones a partir de la medición de los productos, resultados e impacto de los programas y políticas de salud. En estos espacios de alerta-acción se planifica y priorizan esas intervenciones, activadas a partir del aporte de datos para la planificación de recursos y la asignación de prioridades en salud, la toma de decisiones, la actualización de programas y servicios y la formulación de políticas.

Las salas situacionales en salud con enfoque de determinantes sociales permiten prevenir y controlar la aparición de epidemias y brotes, enfermedades transmisibles y no transmisibles, sus factores de riesgo y determinantes sociales, al desvelar los ejes de desigualdad social en cada contexto y definir las principales comunidades y poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Esta iniciativa deviene en herramienta esencial para proteger y mejorar la salud de las poblaciones, permitiendo una respuesta proactiva y basada en evidencia ante los desafíos de salud pública con participación de la comunidad en la transformación de su situación de salud, y la búsqueda de soluciones intersectoriales para actuar sobre las condiciones que determinan socialmente su salud en el marco de la iniciativa de las comunidades saludables.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009. p. 1-31. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084
2. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud [Documento de Trabajo]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, octubre de 2011. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
3. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
4. Organización Panamericana de la Salud. Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil / Organización Panamericana de la Salud; orgs. Moya J, Risi Junior JB, Martinello A, Bandarra E, Bueno H, Morais Neto OL. – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud; 2010. p. 204. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3580/9788579670510_por.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C. OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211
6. Organización Panamericana de la Salud. Reporte de la Reunión Regional sobre Monitoreo de Determinantes Sociales de la Equidad en Salud: Construyendo desde el nivel local e integrando el marco operacional de la OMS. Bogotá, Colombia; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/67615
7. Organización Mundial de la Salud. Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240102606
8. Organización Mundial de la Salud. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320
9. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gac Sanit. 2016;30(S1):38-44. Disponible en: https://repositori-api.upf.edu/api/core/bitstreams/ff21b18d-3a51-424c-9daf-2667a1706d9e/content
10. Bergonzoli G. Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia en Salud. Guatemala. OPS/OMS; 2006.

Aspectos organizacionales y de determinación social incorporados al sistema de trabajo para el manejo de la epidemia de COVID-19 en Cuba[1]

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Lilliam León Amado, Mayra García Carmenate, Yadira Olivera Nodarse, Esther Yarinely Hernández Diéguez

Introducción

Muchas y diversas fueron las lecciones aprendidas y compartidas durante el trabajo en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia durante los años 2020 y 2021. El manejo y control de esta pandemia implicó "para todos" la necesidad de redefinir constantemente saberes y prácticas.

La propagación de una epidemia depende en gran medida de la oportunidad con que se adoptan las medidas de intervención o contención por zonas y grupos poblacionales, de la identificación oportuna de asintomáticos y sintomáticos, y del cumplimiento, por parte de los ciudadanos, de las medidas de aislamiento físico.(1, 2, 3, 4)

Los esfuerzos desarrollados en nuestro país para retardar y mitigar los efectos de esta pandemia en el cuadro de salud de la población cubana, exigieron la adopción de acciones interdisciplinarias, comunitarias e intersectoriales que, sin lugar a dudas, impactaron de manera diferencial en los indicadores de cambio de los territorios.(5, 6, 7, 8)

El manejo de la situación epidémica tenía entre sus objetivos evitar el colapso del sistema sanitario y disminuir los casos generales y el impacto en la salud de las poblaciones, actuando sobre las premisas, condiciones y factores que la determinaban socialmente. El no cumplimiento de estos objetivos provocó siempre la aparición de nuevos brotes de la enfermedad.(5-8)

Durante la epidemia de COVID-19 se demostró a nivel nacional e internacional que las intervenciones no farmacéuticas pueden controlar la transmisión, manteniendo una relación directa con la comunicación y la percepción de riesgo que se logre desarrollar en la población para el fomento de la autorresponsabilidad y del autocuidado de su salud.(9, 10, 11)

En la experiencia de trabajo se identificaron cinco pilares básicos para la reducción de los niveles de transmisión y el mejoramiento de la situación epidemiológica:

- La adopción de un sistema de trabajo basado en información pertinente.
- El cumplimiento con calidad de la pesquisa.
- El cumplimiento de la investigación epidemiológica.
- El control social.
- La calidad de la vigilancia microbiológica.

[1] Artículo basado en la experiencia desarrollada por los autores durante los dos años de pandemia en las provincias La Habana, Ciego de Ávila, Pinar del Río, Cienfuegos y Santiago de Cuba.

El presente trabajo sintetiza algunas lecciones organizacionales y de determinación social aprendidas y aplicadas por los autores durante el manejo y control de la epidemia de COVID-19 en Cuba, durante los años 2020 y 2021; las que fueron utilizadas por el autor principal en la capacitación a los equipos de las provincias de La Habana, Ciego de Ávila, Santiago de Cuba, Pinar del Río y Cienfuegos, con vistas al fortalecimiento del sistema de trabajo para el manejo de la epidemia.

Acciones organizacionales

La adopción de un sistema de trabajo basado en información pertinente exigió a los directivos de la provincia y del grupo asesor del MINSAP, la creación de una sala situacional provincial y de salas situacionales territoriales, una en cada municipio de la provincia. Este espacio era el encargado de recepcionar, procesar, analizar, sintetizar y diseminar la información sobre la situación epidemiológica en cada uno de los territorios.

La sala situacional se concibió como un espacio físico y virtual donde la información de los distintos aspectos de la epidemia y su determinación social era recogida, analizada y difundida diariamente por un equipo de trabajo multidisciplinario, el que aportó evidencias a través de diversos informes diarios a las autoridades del territorio durante la pandemia de COVID-19.

La información era presentada y difundida a través de informes ejecutivos y presentaciones confeccionadas en formato Word y PowerPoint, conteniendo tablas, gráficos, mapas y análisis estratégicos para la toma de decisiones y la formulación de políticas a nivel territorial, a partir de la identificación de problemas y el monitoreo y evaluación de las intervenciones.

Para la construcción de la sala situacional se tomaron en consideración los siguientes pasos:

- Determinación de la ubicación de la sala (no era la tradicional unidad de vigilancia).
- Selección de los miembros del equipo de trabajo y delimitación de sus funciones.
- Ubicación de equipos (pizarras, mapas, televisor, computadoras, impresoras).
- Definición de las fuentes de información (base de datos de confirmados entre otras).
- Definición de las categorías de información (nivel de agregación e indicadores).
- Análisis y presentación de la información (tablas, mapas, gráficos).
- Definición de la frecuencia de los informes (diarios, semanales, mensuales).
- Periodicidad de los informes de la situación epidemiológica.
- Presentación de la situación epidemiológica a la reunión técnica (diaria).
- Presentación de la situación epidemiológica al Consejo de defensa municipal/Consejo de defensa provincial (diaria).
- Informe de la situación del territorio a la reunión del Grupo de trabajo nacional (diaria).
- Análisis de la situación epidemiológica (semana, mensual).
- Difusión de la información (según su nivel de clasificación).

Las salas situacionales contaban al menos con una pizarra que, a modo de tablero de mando, permitió mantener actualizada la información básica relacionada con la epidemia en

el territorio y la situación de los controles de foco y eventos. También se habilitaron uno o dos números telefónicos para garantizar las comunicaciones con los territorios subordinados y uno de ellos con conexión a internet.

Igualmente, se ubicaron en las salas provinciales al menos cuatro computadoras para:

- Procesamiento de bases de datos de los PCR y casos confirmados.
- Manejo de la información estadística derivada de indicaciones vigentes.
- Manejo de "andariego" y otros sistemas georeferenciales.
- Manejo de la base de datos de proceso y resultados y confección de los análisis, presentaciones e informes.

El correcto funcionamiento de la sala situacional exigió, en primer lugar, un destacado compromiso, motivación y dedicación, tanto de los directivos como de los trabajadores seleccionados para trabajar en ella. Este personal requería de competencias para el armado y difusión de indicadores, la captura, recolección, almacenamiento y envío de datos, el análisis de la información, la identificación de problemas y sus causas y la propuesta de acciones para la toma de decisiones.

La experiencia de trabajo nos enseñó que, desde el punto de vista epidemiológico, para trabajar en estas salas se requiere de habilidades para el diseño y análisis de las bases de datos de proceso y resultados, para el uso de paquetes estadísticos, para la descripción de la dinámica de transmisión, para la representación de variables epidemiológicas y para la construcción y análisis de curvas epidémicas.

Para la conducción del trabajo de las salas situacionales en todos los territorios donde se trabajó, siempre se designó a la Subdirectora General del territorio, a la que se subordinaron un grupo de profesionales y técnicos con las siguientes competencias:

- Uno o dos profesionales con competencias de salud pública, epidemiología o bioestadísticas, para mantener actualizadas las bases de datos de resultados de los PCR, la base de datos de los casos confirmados y la base de datos de los indicadores de proceso y resultados; además de conducir los análisis, presentaciones e informes.
- Un técnico del departamento de estadísticas, encargado de la actualización, procesamiento y confección de la información relacionada con las indicaciones vigentes y elaborar las tablas correspondientes.
- Un profesional con formación en geografía o informática, para el manejo de los programas necesarios, actualización de los mapas y del sistema andariego.

Este personal debe tener, además, otras competencias, como: dominio técnico del tema, compromiso político con la tarea, capacidad de liderazgo, saber trabajar en equipo y elaborar informes y presentaciones, una buena comunicación oral y escrita, búsqueda de aspectos técnicos en internet y manejo de las redes sociales, entre otras.

Los datos que conforman la base para este análisis epidemiológico del territorio se recogían diariamente y se procesaban semanalmente para confeccionar el informe semanal.

Para la confección de estos informes, las bases de resultados para el análisis contenían los datos agregados a nivel municipal o provincial y los datos desagregados, según municipios y consejos populares y según la unidad territorial de análisis.

Estas bases incluían datos que permitieron analizar el comportamiento de la situación epidemiológica en distintas series de tiempo, que incluían los últimos quince días, el último mes, los meses del año en curso o desde inicios de rebrotes (tablas 4.1 y 4.2).

Tabla 4.1. Ejemplo de tabla resumen de los indicadores a evaluar en el análisis

Control de foco	Semanas					
	1	2	3	4	5	6
PCR realizados	20	2	22	2	0	0
Casos confirmados	9	0	0	0	0	0
Contactos de casos positivos	17	3	50	0	3	0

Tabla 4.2. Ejemplo de tabla resumen de los indicadores a evaluar según consejo popular

Consejos populares	Semana 12	Semana 13
CP 1	0	0
CP 2	6	1

El segundo componente de las salas situacionales durante el enfrentamiento de la epidemia de COVID-19 se denominaba puesto de dirección territorial y estaba integrado por una mesa coordinadora de referencia y contrarreferencia de pacientes (traslado correcto y oportuno de casos) y un profesional a cargo de la atención a la población (atención de sus necesidades, demandas, quejas y otros planteamientos).

El puesto de dirección tuvo entre sus funciones la de manejar la mesa coordinadora, tomar decisiones y dar seguimiento constante a las personas que se trasladaban a los centros de aislamiento; realizar las coordinaciones necesarias con el SIUM para garantizar la referencia y la contrarreferencia. Además, orientaba y daba respuesta a la población, ofreciendo ayuda psicológica en los momentos que se necesitaba. No en todos los territorios del país la sala situacional y el puesto de dirección estaban juntos, lo cual limitaba su capacidad de respuesta, al funcionar por separado.

Como parte del trabajo que realizaban las salas situacionales de los territorios se confeccionaron un grupo de tableros de mando, los que facilitaban el análisis y difusión de la información, una vez recepcionada y procesada por los integrantes de la sala situacional territorial.

Tablero de mando de casos activos. Permitió monitorear a los pacientes activos por área de salud, controles de foco, fecha de confirmación y fecha probable de alta clínica (tabla 4.3).

Tabla 4.3. Tablero de mando de casos activos, según controles de foco y áreas de salud

Nombre	Área de salud	Control de foco	Fecha de confirmación	Fecha de alta clínica
Lidia	1	a	17/11/2020	1/12/2020
Daniel	2	b	18/11/2020	1/12/2020

Tablero de mando de la situacion epidemiológica por controles de foco y eventos. Se encontraban abiertos por área de salud, recogía el nombre del control de foco (dirección del caso), por lo que permitió monitorear diariamente el número total de casos según brotes, el número de casos nuevos reportados en el día, el número de PCR realizados, el número de PCR pendientes de resultados, el número de casos sospechosos reportados en el día y asociados a ese foco, el número de PCR pendientes por realizar, la fecha del último caso y la fecha probable de cierre del brote (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Tablero de mando para el monitoreo de la situación de los controles de foco

Control de foco	Total de casos	Casos del día	PCR realizados	PCR pendientes de resultados	Casos sospechosos (día)	PCR pendientes de realizar	Fecha del último caso	fecha probable de cierre
1	20	2	22	2	0	0	18/1/2021	1/2/2021
2	9	0	0	0	0	0	14/1/2021	28/1/2021

Tablero de mando de controles de foco y eventos, según casos por área de salud. Permitió monitorear diariamente el estado de los controles de foco según el número total de casos que posee el brote, el número de casos nuevos que se reportaron en el día, el número de PCR realizados, el número de PCR pendientes de resultados, el número de casos sospechosos reportados en el día asociados a ese foco, el número de PCR pendientes a realizar, la fecha del último caso y la fecha probable de cierre del brote (tabla 4.5).

Tabla 4.5. Tablero de mando para el monitoreo diario de los controles de foco

Control de foco	de 1 a 4 casos (vigilancia)	de 5 a 7 casos (medidas de refuerzo)	de 7 a 9 casos (medidas de incremento)	más de 10 casos (evento)
Calle 1	3 casos	-	-	-
Calle 2	-	6 casos	-	-
Calle A	-	-	8 casos	
Calle B				22 casos

Como parte de la experiencia desarrollada en los territorios mencionados se implementó la certificación, mediante acta, de la apertura y cierre de los controles de foco y eventos institucionales y comunitarios del territorio. Esto permitió, primero, poder fortalecer el control de cada uno de los focos de infección abiertos en las áreas de salud y municipios y además, contribuyó al control y aseguramiento de la calidad de su cierre.

Acta de apertura. Certificación del control de foco, describe las características epidemiológicas que posee, las medidas adoptadas y las propuestas, según la magnitud del foco.

Acta de propuesta de apertura de un evento institucional o comunitario. Dirigida al Consejo de defensa provincial, describe la situación epidemiológica que justifica su apertura, las medidas adoptadas y las propuestas.

Acta de cierre. Certificación del control de foco o evento; describe el cumplimiento de la totalidad de los requisitos establecidos para la certificación del cierre del foco.

Para el seguimiento y preparación del cierre de brotes (focos y eventos) resultó muy útil un documento resumen (caracterización) del foco de infección. Esta ficha permitió informar de manera sintética a los organismos superiores sobre la situación epidemiológica de cada uno de los focos.

Contenido de la ficha resumen de los datos del brote (focos y eventos):

- Nombre del foco de infección.
- Universo que reside en el foco de infección.
- Universo estudiado en el área y zonas aledañas.
- Total de casos positivos:
  - Casos positivos residentes en el universo.
  - Casos positivos residentes en zonas aledañas.
- Fecha de adopción de las medidas de refuerzo.
- Fecha de adopción de las medidas de cuarentena.
- Caso índice, fecha de primeros síntomas y fecha de confirmación.
- Caso primario, fecha de primeros síntomas y fecha de confirmación.
- Último caso, fecha de confirmación.
- Posible fecha de cierre.

Cuando un evento estaba conformado por varios focos, resultó muy útil resumir la información a través del modelo de control que muestra la figura 4.1.

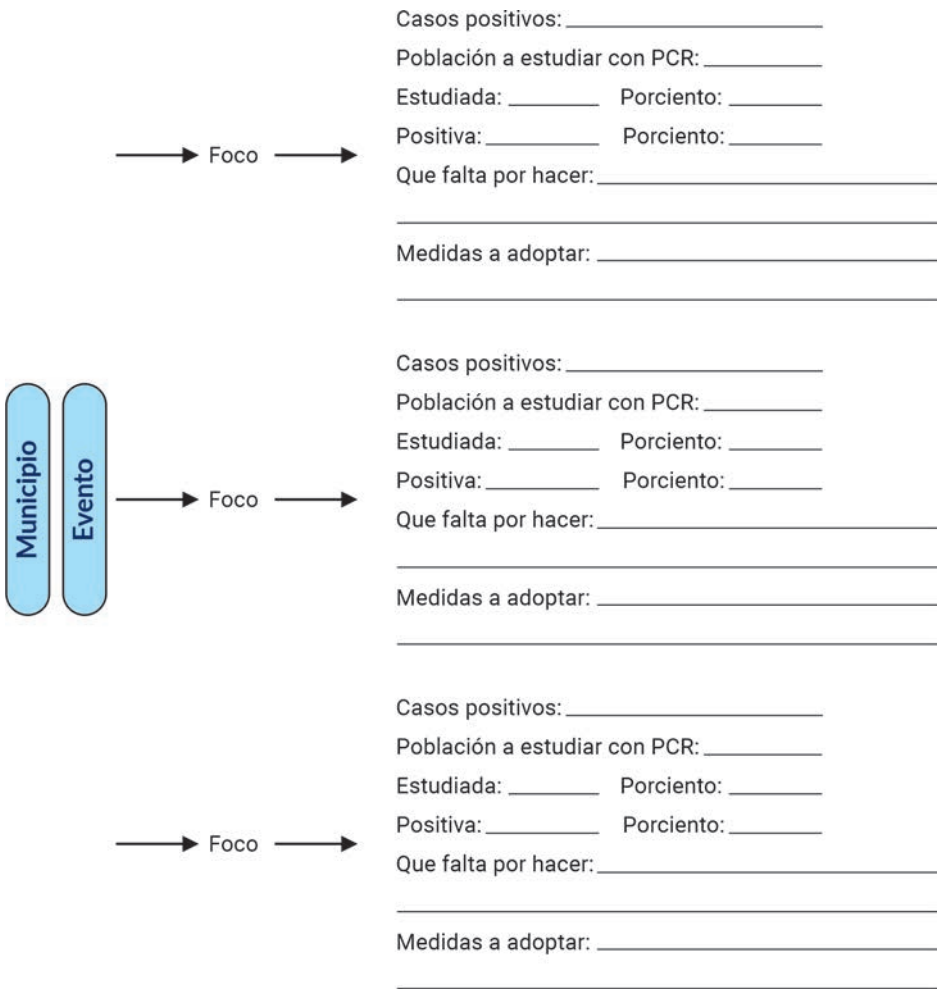


Fig. 4.1. Modelo de control de focos por áreas de salud y municipios.

Visitas de control a los municipios, áreas de salud y consultorios

Uno de los componentes del sistema de trabajo que favoreció el manejo y control de la situacion epidemiológica fue las visitas de control a los territorios, bajo la premisa de que no quedaran en la tradicional revisión de evidencias documentales en policlínicos y consultorios. En todas las visitas realizadas a los municipios se recorrieron los policlínicos, consultorios y controles de focos. Se revisó la evidencia documental, pero también se realizó observación directa de los procesos y se entrevistaron a pacientes, familiares y trabajadores de la salud.

Durante estas visitas de control del cumplimiento de las acciones del plan de prevención y enfrentamiento a la COVID-19 se revisaron los siguientes criterios explícitos y normativos.

- Valoración del ambiente organizativo y de control en el municipio:
  - Dominio por los directivos de la situación epidemiológica del territorio.
  - Sistema de trabajo dirigido al control de la situación.
  - Sala situacional con gráficos, tablas, mapas y tableros de mando.
  - Informes técnicos y de análisis epidemiológicos.
- Evidencias de la percepción de riesgo y autorresponsabilidad de la población:
  - En la calle: uso del nasobuco y cumplimiento del distanciamiento social.
  - En las viviendas de ingresos en el hogar, ver si se cumplen las medidas.
  - En tiendas: revisar si cumplen medidas y reportar aglomeraciones.
  - En centros de trabajo, si cumplen las medidas trabajadores y directivos.
  - Verificar si se visitan centros de trabajo de alto riesgo ya definidos.
- Cumplimiento de las medidas de bioseguridad por los trabajadores de la salud:
  - Revisar quién controla el cumplimiento de las medidas en el área.
  - Revisar si se realizaron las capacitaciones.
  - Revisar cómo se aseguran los medios necesarios.
- Cumplimiento de las acciones protocolizadas.
- Calidad y oportunidad de la investigación epidemiológica:
  - Evidencias de las acciones de control en un expediente.
  - Cumplimiento de las acciones de control de foco.
  - Cumplimiento de las acciones de inspección sanitaria estatal en el terreno.
- Cumplimiento con calidad de la pesquisa:
  - Organización diferenciada a grupos de riesgo y personas vulnerables.
  - Comprobar la recuperación de viviendas cerradas, trabajadores.
  - Verificar el número de sospechosos resultantes de la pesquisa.
- Impacto, oportunidad y calidad de las acciones:
  - Levantamiento de los casos sugestivos.
  - Oportunidad en el diagnóstico y aislamiento.
  - Participación de la comunidad, sectores y organizaciones políticas y de masas.
  - Cumplimiento de planes de prevención y enfrentamiento a la COVID 19.
- Existencia del plan de prevención y enfrentamiento a la COVID-19.
- Cumplimiento de las medidas recomendadas en visitas anteriores.
- Solución de los señalamientos, problemas identificados y sus causas.

En las visitas a los policlínicos se revisaban los siguientes criterios:

- Valoración del ambiente organizativo y de control.
- Dominio de los directivos de la situación epidemiológica del área de salud.
- Cumplimiento de entregas de guardia y reuniones técnicas, manera en que se discuten los diagnósticos tardíos en pacientes críticos, graves y fallecidos, como alerta.
- Cobertura y organización de la fuerza médica y de enfermería.

– Actualización de las bases de datos.
– Acciones (método de trabajo) que se llevan a cabo, a partir del conocimiento de la existencia de pacientes positivos y con sospecha de COVID.
– Funcionamiento del Grupo de Respuesta Rápida, la Comisión evaluadora y la Comisión de convalecientes.
– Revisión estadística:
  • Ingreso en el hogar de los contactos directos de casos positivos.
  • Vigilancia clínico-epidemiológica de contactos de sospechosos de COVID.
  • Infecciones respiratorias agudas.
  • Seguimiento a los confirmados una vez egresados.
– Revisión en la farmacia:
  • Calidad de la preparación y distribución del hipoclorito al 0,1 y al 0,5 %.
  • Distribución del nasalferón.
  • Disponibilidad de test de antígeno y *kit* de PCR.
  • Revisión integral de la consulta de infecciones respiratorias agudas.
  • Sistema de trabajo y certificación de la consulta.
  • Capacitación del personal que realiza el test de antígeno.
– Revisión de la documentación de los expedientes de focos y eventos:
  • Oportunidad de la atención.
  • Cumplimiento de los protocolos.
  • Análisis clínico-epidemiológico.
  • Certificación de los focos.
– Sistema de trabajo para el aseguramiento de la entrega:
  • Medios de bioseguridad para trabajar en los focos por los consultorios.
  • Recursos para la desinfección de los consultorios.
  • Hojas de cargo para el llenado y procesamiento oportuno información.
– Organización de la realización de los PCR:
  • Planificación, aseguramiento y evaluación de su cumplimiento.
  • Certificación del personal que los realiza.
  • Cumplimiento de medidas de bioseguridad en la toma, empaque y traslado.
  • Existencia de PCR con resultados pendientes por más de 48 h.
– Cumplimiento de las visitas de la Inspección Sanitaria Estatal:
  • Planificación de las visitas a los controles de focos y eventos.
  • Planificación de las visitas a centros laborales según riesgo y vulnerabilidad.
  • Visitas y decretos por inspector.

En las visitas a los consultorios y controles de focos (viviendas-centros) se comprobaba:
– Cumplimiento y calidad de la pesquisa.
– Cumplimiento de la organización del trabajo diario.
– Resultados y acciones en correspondencia con la organización del trabajo.
– Cumplimiento de los protocolos establecidos para el aislamiento.

– Cumplimiento del ingreso en el hogar y vigilancia clínico-epidemiológica de los casos.
– Atención a los pacientes postcovid, en particular a los que resultaron graves y críticos.
– Revisión de los análisis clínico-epidemiológicos.
– Revisión de las acciones de control realizadas en los focos y eventos.

En las visitas a los centros de aislamiento y de asistencia social se comprobaba:
– Condiciones del inmueble.
– Aseguramiento del distanciamiento físico y aislamiento.
– Cumplimiento de los protocolos y medidas de bioseguridad.
– Garantía de los servicios de salud.
– Cumplimiento de medidas sanitarias.

Al finalizar la visita de asesoría-control al municipio se le informaba a la dirección de salud del territorio y al Consejo de Defensa Municipal sobre los resultados. El equipo encargado de realizar estas visitas de asesoramiento y control estaba integrado por el asesor que atiende el territorio, un subdirector, un epidemiólogo, un funcionario de la Atención Primaria de Salud y otro de la Inspección Sanitaria Estatal.

Las visitas abarcaron todos los territorios y se priorizaban en función de la complejidad de la situación epidemiológica y la necesidad de asesoría en temas de investigación epidemiológica o certificación de focos y eventos en el municipio y las áreas de salud.

Las visitas se iniciaban con un recorrido por los consultorios y policlínicos del territorio, y de esta forma poder evaluar en el terreno el dominio de la situación epidemiológica de los directivos y equipos básicos, el cumplimiento de las recomendaciones y medidas de visitas anteriores, el cumplimiento de los aspectos protocolizados para la atención médica e investigación epidemiológica en esas instituciones.

Posteriormente, se realizaba una sesión de discusión técnica con los equipos de dirección del territorio, y de esta forma evaluar de conjunto los principales problemas detectados en el recorrido y definir sus causas. Se dejaba un plan de medidas y de recomendaciones a cumplimentar para mejorar la situación epidemiológica existente.

Una de las características de estas visitas de supervisión fue su componente "capacitante", ya que no se trataba de inspeccionar con un carácter punitivo, sino que su esencia era lograr que los territorios visitados fueran capacitados, entrenados o actualizados, para que pudiesen resolver correctamente las deficiencias señaladas en la visita.

Estas acciones de control conllevaron, en la mayoría de los casos y previo análisis colectivo, a la adopción de medidas de capacitación del personal de salud y de reorganización de las prácticas que no cumplían los protocolos y normas establecidas para cada tipo de institución.

También se adoptaron medidas de refuerzo, dirigidas a la promoción, la prevención, al fortalecimiento de la percepción de riesgo, la autorresponsabilidad ciudadana y profesional y el autocuidado, para reducir el riesgo de transmisión en ese territorio.

En algunos casos se tomó la decisión de imponer multas a infractores y directivos permisivos de las violaciones, en correspondencia con la reincidencia de los hechos y de la severidad de las violaciones detectadas en instituciones y en la comunidad.

Medidas de reforzamiento

Las medidas de reforzamiento, o simplemente de control de brotes, son el conjunto de medidas que se aprobaban por el Consejo de Defensa Territorial con el fin de restringir el nivel de actividad de la población susceptible de enfermar, y de esta forma, evitar que se expongan a condiciones que favorecen el desarrollo y la propagación de la enfermedad. Estas medidas se aplicaban hasta que desapareciera el riesgo de propagación. Las medidas de cierre se establecieron siempre teniendo en cuenta la situación clínico epidemiológica y social y podían aplicarse a manzanas, circunscripciones, unidades cerradas, instalaciones de vida interna, localidades o poblados aislados, aquellos en los que fuera factible la restricción de entradas y salidas de personal. Estas medidas requerían de la aprobación del nivel superior.

– Medidas:

- Reforzar el análisis epidemiológico y el trabajo de control de foco con participación de un epidemiólogo de la Dirección Municipal de Salud y el asesor del MINSAP.
- Realizar toma de muestra de PCR-TR a través de un muestreo, que incluya a la población vulnerable o en riesgo del universo.
- Reforzar la pesquisa activa con termometría, con supervisión municipal y cumpliendo las medidas de bioseguridad.
- Aplicación de productos que incrementan o crean inmunidad, incluida la vacuna.
- Exigir uso obligatorio del nasobuco y el aislamiento físico.
- Fiscalizar el cumplimiento de las medidas de control higiénico-epidemiológico y los protocolos de atención medica establecidos.
- Fortalecer la calidad del dato y los reportes.
- Fortalecer las acciones de comunicación, promoción y prevención para la población.
- Garantizar abasto de agua potable a la población con calidad requerida.
- Garantizar la cobertura estable de cloro e hipoclorito de sodio para uso en viviendas.
- Fortalecer acciones de cooperación y trabajo intersectorial (grupo), ubicando a un cuadro al frente de cada manzana delimitada.
- Aislamiento social en las zonas predeterminadas con vigilancia estricta y apertura de radio para la vigilancia en las calles donde residan casos positivos.
- Reforzar medidas de aislamiento para personas que residen en las calles mediante cintas que garanticen restricción máxima de movilidad.
- Cierre de instituciones, previa evaluación de funciones y objeto social.
- Acercar diversos productos alimenticios a la población.
- Cerrar los servicios de venta de aquellos centros de trabajo y TCP que residen en las manzanas del control de foco.
- Garantizar con los líderes de la comunidad la atención priorizada y la entrega domiciliaria a los ancianos solos y población vulnerable que reside en las manzanas del control de foco, tanto de alimentos como de medicamentos
- Adopción de severas medidas con ciudadanos que violen disposiciones sanitarias.

En nuestro país, la primera medida de cuarentena se adoptó en la comunidad Camilo Cienfuegos del municipio Consolación del Sur en la provincia de Pinar del Rio. Con posterioridad,

se aplicaron otras primeras cuarentenas en distintos municipios de la capital, como Plaza de la Revolución, Cerro y Diez de Octubre y Centro Habana, entre otros.

Se adoptó la denominación de medidas de refuerzo o medidas de incremento, quedando la definición de cuarentena disminuida a las acciones de cierre de calles que se adoptan en el marco de esas medidas de refuerzo.

Las cuarentenas implicaban la adopción de una limitación rigurosa y la prohibición del movimiento de la población hacia y desde las zonas afectadas por la enfermedad, el incremento de la pesquisa activa para la detección, el aislamiento y tratamiento oportuno de los enfermos, la desinfección y otras medidas sanitarias.

La cuarentena se aplicaba siempre de forma escalonada, teniendo en cuenta los límites a cerrar, en correspondencia con el comportamiento de la enfermedad (extensión del foco de infección, que podía ser una o varias manzanas, una circunscripción, un consejo popular y hasta un municipio; siempre por decisión del Grupo Temporal Nacional y a propuesta de los consejos de defensa provinciales.

En todos los casos se orientaba a la población participar activa y responsablemente en el cumplimiento de las medidas orientadas por el Ministerio de Salud Pública y los consejos de defensa de los territorios, contribuir al éxito de la pesquisa activa y las acciones de aislamiento que correspondieran en cada caso, asistir a las instituciones de salud ante los primeros síntomas de la enfermedad y mantenerse informada a través de los medios oficiales de comunicación masiva.

En algunos países latinoamericanos y europeos se desarrolló una experiencia de gran utilidad, conocida como cuarentena selectiva e intermitente. Esta propuesta se basaba en establecer cierres rápidos y específicos para contener los contagios, procesos acompañados de acciones para mejorar la percepción de riesgo, la autorresponsabilidad de la población y, junto a ello, el cumplimiento de los procedimientos con apego a los protocolos, en especial lo relacionado con el rastreo de los contactos.

Las medidas de cuarentena totales o selectivas solo fueron efectivas en aquellos territorios donde existía una adecuada comunicación y percepción de riesgo y un fomento de la autorresponsabilidad de la población; exigiendo el uso del nasobuco y buscando alternativas para evitar las aglomeraciones en aquellos espacios con medidas de distanciamiento social, entre otras acciones.

Un elemento decisivo en el enfrentamiento de la pandemia recayó en el papel de la comunidad y, en especial, en el rol que desempeñan las autoridades locales y las organizaciones de base en el control social.

Las principales acciones a realizar por estas entidades organizadas y denominadas según la iniciativa y creatividad de cada territorio son las siguientes:

- Búsqueda activa de contacto: según datos epidemiológicos (fuente de infección).
- Identificación de actores claves dentro de la comunidad.
- Identificar opiniones/sugerencias de actores clave sobre las intervenciones previstas.
- Cooperación de líderes formales e informales.
- Intercambio con organizaciones del territorio, según su función social.

Control social y papel de la inspección sanitaria estatal

El control social es el conjunto de prácticas, actitudes y valores percibido en un territorio con relación al cumplimiento por su población de las leyes vigentes en un momento dado. Entre los medios para ejercer un correcto control social se encuentran las leyes, las normas sociales, las instituciones, las jerarquías y el trabajo integrado de la Inspección Sanitaria Estatal, la Dirección Integral de Supervisión y la Policía Nacional Revolucionaria (ISE/DIS/PNR) como instituciones encargadas de hacer cumplir esas leyes.

Las medidas informales de control social son aquellas que no están institucionalizadas, como los medios de comunicación, las redes sociales y la educación.

Las medidas formales de control social son las que se implementan a través de las leyes y resoluciones contra las conductas que favorecen la transmisión de la epidemia.

Estas medidas se adaptaban por los consejos de defensa municipales o provinciales o por el Grupo Temporal Nacional, e implicaban sanciones de acuerdo a la gravedad del hecho. El control social necesario para frenar la transmisión de la epidemia requirió siempre de una participación ciudadana, determinada en última instancia por la comunicación y percepción de riesgo, la autorresponsabilidad y el autocuidado de los miembros de la sociedad en ese momento.

Para la comunicación de las normas legales relacionadas con la epidemia de COVID-19 se utilizaron los medios de comunicación y de propaganda disponibles en los territorios, incluidos los medios de difusión masiva y las redes sociales. En los territorios donde las medidas de control social fueron correctamente adoptadas siempre se logró una reducción sistemática y gradual de los niveles de transmisión; sin embargo, esto no siempre se logró, sobre todo en términos de oportunidad, intensidad y sostenibilidad. En aquellos lugares y momentos donde las medidas formales no desempeñaron su papel, reaparecieron con mayor o menor intensidad los rebrotes, de acuerdo a la cepa que circulaba.

Los objetivos y mecanismos de control social estaban recogidos en la legislación vigente de manera explícita y se comunicaban a toda la sociedad, dejando claro las entidades encargadas de ordenar y mantener ese control social. La estabilidad epidemiológica se ponía en peligro cuando estas entidades no cumplían lo que tenían indicado, perdiendo visibilidad, legitimidad y poder.

La ausencia de una mirada integral de este tema en algunos territorios impidió el valor añadido de la necesaria participación integrada en la preservación del control social y la prevención, exigiéndole muchas veces a la Inspección Sanitaria Estatal misiones que iban más allá de la que le otorgaba la base legal vigente y que les correspondía a los encargados del orden interior. La Inspección Sanitaria Estatal devino, durante la pandemia, en uno de los pilares del manejo de la situación epidemiológica.

Durante la visita a las áreas de salud y municipios se verificaba:

- Cumplimiento por la Inspección Sanitaria Estatal de las decisiones de índole sanitaria dispuesta por el MINSAP.
- Identificación y estratificación del universo de riesgo tradicional para su control.
- Identificación y estratificación del universo de riesgo de la epidemia para su control.

– Actuación ante violaciones de los protocolos de vigilancia de los ingresos domiciliarios.
– Exigencia sanitaria y cumplimiento de sus acciones en instituciones de salud.
– Exigencia sanitaria y cumplimiento de sus acciones en centros con eventos epidemiológicos.

Durante la visita a centros de riesgo en cada uno de los territorios se verificaba:
– Existencia del plan de acción para el enfrentamiento epidémico con acciones específicas.
– Existencia del consentimiento informado de cada trabajador, comprometiéndose a no entrar al centro con síntomas sugestivos de COVID-19, con nexos epidemiológicos conocidos y a declarar a los contactos que haya tenido.
– Exigencia en la entrada del centro del llenado del libro de control por parte de trabajadores y visitantes.
– Existencia y utilización, en la entrada de los centros, de baños podálicos y soluciones para desinfección.
– Exigencia en la entrada de los centros y utilización del nasobuco y del control de temperatura.
– Si en los centros se garantizaba el distanciamiento en los puestos de trabajo, la reorganización de tareas y espacios, evitando entrecruzamiento en los cambios de turnos de trabajo, y si se garantizaba que se cumplieran las medidas de distanciamiento social en horarios de descanso.
– Si en los centros existía un aseguramiento de los medios para el servicio de saneamiento, segregación y eliminación de desechos (contenedores rígidos de basura con bolsas de plástico en todas las áreas) y una correcta segregación de desechos (vasos y toallas desechables).
– Si en los centros se había disminuido, dentro de lo posible, la realización de reuniones presenciales y el número de participantes.
– Si en los centros, las recepcionistas usaban con carácter obligatorio el nasobuco y mantenían y exigían el cumplimiento de la distancia establecida.
– Si en los centros se evitaba el intercambio de artículos de uso personal, como bolígrafos, lápices, marcadores, CD, memorias entre otras.
– Si el centro comunicaba oportunamente a las autoridades de salud la existencia de trabajadores sospechosos o contactos de casos positivos.
– Si el centro disponía de especialistas de seguridad y salud o de personal capacitado para identificar a trabajadores vulnerables o con riesgos y realizar la vigilancia activa.

En las poblaciones pequeñas, el papel de la Inspección Sanitaria Estatal no fue muy efectivo, entre otras razones, porque los inspectores convivían con los infractores y en muchos de los casos eran vecinos o familiares, por lo que el cumplimiento de los indicadores establecidos se hacía casi imposible. Ante esta situación, se adoptó la operación de contingencia de cruzar inspectores entre poblados, e incluso entre municipios de una provincia, con la finalidad de romper el compromiso de los inspectores con sus paisanos, lo que aportó mayor objetividad y profesionalidad a su trabajo.

Evaluación del control social. Para ello se desarrolló un instrumento de evaluación cualitativa del grado de control social existente en cada territorio, donde los participantes en el ejercicio le asignaban una puntuación ponderada, por criterio de expertos, a unos criterios de evaluación.

Los indicadores de evaluación del control social se clasificaron en indicadores de estructura (del 1 al 4) de proceso (del 5 al 9) y de resultados (del 10 al 15), y son los siguientes:

1. Papel de las autoridades del territorio (voluntad y acción gubernamental).
2. Presencia de los sectores en las acciones de control epidemiológico.
3. Presencia de la comunidad en las acciones de control epidemiológico.
4. Existencia y uso de los baños podálicos y soluciones para la desinfección.
5. Papel de las medidas de control y cuarentena en focos y eventos.
6. Papel de los puntos de entrada al municipio (excepto en La Habana).
7. Divulgación oportuna de las medidas por el Equipo Básico de salud, medios y redes sociales.
8. Trabajo de fiscalización conjunta por los inspectores de la ISE/DIS/PNR.
9. Multas por inspector.
10. Presencia de personas en la calle.
11. Personas concentradas sin distanciamiento social en colas y otros espacios.
12. Personas que aún no usan el nasobuco.
13. Personas que aún usan mal el nasobuco.
14. Personas que niegan los síntomas a la pesquisa.
15. Personas que no declaran sus contactos en la encuesta.

Los resultados de la evaluación realizada se insertaban en una tabla, la que, posteriormente, se convertía en un gráfico radial para representar en una escala de 0 (peor) a 5 (mejor) el cumplimiento de cada una de esas variables del control social en el territorio, y determinar cuáles eran las principales brechas en este pilar del manejo de la situación epidemiológica (tabla 4.6).

Tabla 4.6. Criterios de evaluación del control social

Criterios de evaluación del control social	Evaluación
Papel de las autoridades del territorio	5
Presencia de los sectores en las acciones	3
Presencia de la comunidad en las acciones	2
Uso de baños podálicos y soluciones para la desinfecció	3
Papel de las medidas de control en focos y eventos	4
Papel de los puntos de entrada al municipio	2
Comunicación oportuna de las medidas	4
Trabajo de fiscalización conjunta de la ISE/DIS/PNR	2
Multas por inspector	3
Presencia de personas en la calle	3
Personas concentradas sin distanciamiento físico en colas	2
Personas que aún no usan el nasobuco	3
Personas que aún usan mal el nasobuco	2
Personas que niegan los síntomas a la pesquisa	4
Personas que no declaran sus contactos en la encuesta	3

La lectura del gráfico nos permitió afirmar, en su momento, que, en el territorio evaluado, a pesar de la alta voluntad política y gubernamental, la participación de los sectores y la

comunidad en el autocuidado individual y colectivo no era el esperado para lograr frenar la transmisión en la provincia.

Igualmente, se aprecia en el gráfico (fig. 4.2), que la existencia y uso de los baños podálicos y de las soluciones establecidas para la desinfección, al igual que el papel de las medidas de control y cuarentena en focos y eventos y de los puntos de entrada al municipio, aun no lograban los avances de contención esperados.

Se pudo inferir, además, a partir de la información que aporta la lectura del gráfico, la existencia de dificultades en el trabajo de fiscalización conjunta por parte de los inspectores, y en el número de multas por inspector, a pesar de haber mejorado, ligeramente ya en ese momento, la divulgación oportuna de las medidas por los equipos básicos de salud, medios y redes sociales (comunicación social).

Esos últimos aspectos negativos en las acciones de control social favorecían la permanencia en las calles de un gran número de personas, algunas de ellas se mantenían concentradas en colas y otros espacios públicos, sin mantener distanciamiento físico y sin usar o usando mal el nasobuco. A estos elementos se sumaba la complejidad del control social que representaban las personas que negaban tener síntomas durante la pesquisa o no declaraban sus contactos en la encuesta (fig. 4.2).



Fig. 4.2. Gráfico radial o *spider* para evaluar las dimensiones del control social.

Al observar el ejemplo de evaluación del control social en un territorio puede afirmarse, que en ese territorio el control social no era aceptable, ya que once de los quince criterios están evaluados como no aceptables (0 a 2 puntos), mientras que solo cuatro fueron evaluados como aceptables (3 a 5 puntos).

Aunque debe destacarse que lo importante no es la puntuación total para obtener la condición de aceptable (más de seis criterios de once con la condición de aceptable), sino identificar en qué criterios no se obtuvo la condición de aceptable (brechas susceptibles de mejora) para adoptar las acciones correctoras.

Conclusiones

Algunos territorios gestionaron la pandemia mejor que otros. La magnitud, gravedad y severidad de la pandemia cambió con el tiempo. Las infecciones volvieron a reportarse en territorios que tuvieron un éxito aparente en la supresión de los brotes iniciales. Los resultados observados apuntan a que todos los territorios no estaban igualmente preparados para enfrentar una epidemia de esta magnitud. La adopción de decisiones políticas acordes con las circunstancias de cada momento concreto, parece ser igualmente importante para dar forma a las respuestas locales a epidemias. Al menos cuatro factores parecen haber estado estrechamente asociados con los resultados positivos de algunos territorios en relación con otros: aquellos territorios con mejores sistemas de trabajo y desempeño en la pesquisa, la investigación epidemiológica, el control social y la vigilancia microbiológica, mostraron una ventaja comparativa para hacer frente a la pandemia.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, tercera edición. Washington D.C.: OPS; 2002, p.36. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55839?locale-attribute=pt
2. Organización Panamericana de la Salud. Glosario sobre Brotes y Epidemias. primera edición. Washington D.C.: OPS; 2020, p.20
3. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiología básica. Washington, D.C.: OPS;1994 (Publicación Científica; 551). Disponible en: https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Epidemiolog%C3%ADa%20b%C3%A1sica.pdf
4. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Método Epidemiológico. 2009. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/entities/publication/e2fdbc82-b721-49ac-9b61-07ffb7af23e1
5. Ministerio de Salud Pública. Plan para la prevención y control del nuevo Coronavirus (2019-nCoV) O "Neumonía de Wuhan". La Habana; 2020.
6. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Actuación Nacional para la Covid-19. Versión 1.6 La Habana; 2021. Disponible en: https://covid19cubadata.github.io/protocolos/protocolo-version-6.pdf
7. Ministerio de Salud Pública. Plan de medidas para el enfrentamiento a la Covid-19 del Área de Higiene, Epidemiología Y Microbiología. La Habana, 2021.
8. Ministerio de Salud Pública. Controles de Foco en la Atención Primaria de Salud. Guía Práctica. La Habana, s/f.
9. Imperial Collage COVID-19 Response Team: Reporte 9: Impacto de las intervenciones no farmacéuticas (INF) para reducir la mortalidad y demanda en los sistemas de salud frente a COVID-19. Disponible en: https://spiral.imperial.ac.uk/server/api/core/bitstreams/e158ecdc-dd43-4bb6-94f9-e04402bd472b/content
10. Imperial College COVID-19 Response Team: Reporte 12: El impacto global de COVID-19 y estrategias para la mitigación y supresión. 26 marzo 2020. Disponible en: https://spiral.imperial.ac.uk/server/api/core/bitstreams/65b58527-d2ed-4a2e-b52c-a3f3858494c3/content
11. Alvarez Pérez AG. Fortalecimiento del Sistema de Trabajo para el Manejo de la Epidemia De Covid-19. Capacitación. Santiago de Cuba. Febrero 2021.

El movimiento de municipios por la salud con enfoque de determinación social de la salud en Cuba. El caso del municipio Sancti Spiritus

Roxana González López,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

La aprobación de la Agenda 2030 sobre el desarrollo sostenible marca un compromiso mundial para trabajar coordinadamente hacia un mundo más justo. La OPS/OMS han considerado, en tal sentido, al Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables con el potencial para impulsar la implementación de planes de acción que permitan el logro de los objetivos de desarrollo sostenibles, para lo cual instan a todos los países de la región a reactivar y dinamizar el movimiento.

El Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud es una iniciativa que busca promover la salud y el bienestar en los municipios a través de políticas públicas, programas y acciones comunitarias. Este movimiento suele estar impulsado por los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y comunidades, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y fomentar entornos saludables, teniendo como base teórica el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Este movimiento es fundamental para construir sociedades más saludables y sostenibles, ya que aborda los determinantes sociales de la salud desde el ámbito local.

Se han identificado al menos cinco ejes teóricos-metodológicos en los que se sustenta el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud, ellos son:

- Promoción de la salud. Esta iniciativa fomenta la incorporación de hábitos saludables en la población, como una alimentación equilibrada, la práctica sistemática de actividad física y la prevención primordial y primaria de enfermedades.
- Entornos saludables. Busca, entre otros propósitos, mejorar las circunstancias materiales de vida, crear espacios públicos seguros y accesibles, como parques, ciclovías y áreas libres de humo.
- Participación intersectorial y comunitaria. Involucra a los sectores y a la comunidad en los procesos de identificación de problemas, toma de decisiones e implementación de programas de salud.

— Equidad en salud. Busca identificar los determinantes sociales de las desigualdades sociales que determinan las inequidades presentes en las distintas situaciones de vulnerabilidad por barreras en el acceso a servicios de salud y bienestar.
— Sostenibilidad. Busca el diseño e implementación de políticas que promuevan la salud a largo plazo, integrando aspectos sociales, económicos y ambientales.

En Cuba, la iniciativa de Municipios por la Salud se sustenta e inserta en los principios básicos del sistema nacional de salud, que se caracteriza por ser universal, gratuito y altamente enfocado en la prevención y la promoción de la salud. El enfoque de los municipios cubanos por la salud se integra con el modelo cubano de Atención Primaria de Salud (APS) y el proceso de fortalecimiento del Programa de la Medicina Familiar, que prioriza la participación comunitaria y la equidad.

Las características principales de los Municipios por la Salud en Cuba son:

— Orientación hacia la Atención Primaria de Salud (APS) con énfasis en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.
— Participación intersectorial y comunitaria.
— Papel de los Consejos Populares como espacios de integración entre las estructuras de gobierno local, las organizaciones de masas y el sector salud en el fomento de la promoción de la salud.
— Enfoque preventivo de la medicina cubana, que permite el desarrollo de campañas de vacunación, educación sanitaria y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
— Equidad y acceso universal y gratuito a los servicios médicos para todos los ciudadanos, independientemente de su ubicación geográfica o nivel socioeconómico.
— Colaboración internacional a través de misiones médicas y programas de cooperación.

En los últimos años, en Cuba se han desarrollado una serie de acciones comprendidas dentro del movimiento a nivel de municipios y comunidades, así como en varias modalidades dentro de las que se destaca el movimiento de escuelas (2338), universidades (52) y centros de trabajo por la salud (1053).

Los Municipios por la Salud en Cuba son un ejemplo de cómo la atención primaria y la participación comunitaria pueden mejorar la salud pública, incluso en condiciones económicas adversas, si se gestan desde un enfoque de determinación social de la salud con participación intersectorial y comunitaria. El presente trabajo documenta el proceso de implementación de la iniciativa Municipios por la Salud en el contexto cubano desde un enfoque de determinantes sociales.

La experiencia de implementación del movimiento por la salud en Cuba

La salud es un producto social y como tal la implementación de la iniciativa Municipios por la Salud se sustenta en el enfoque de la determinación social, la participación intersectorial y comunitaria. La iniciativa nacional tiene como propósito brindar orientación a gobiernos

locales que permitan revitalizar el movimiento y su red nacional, como contribución al logro de las metas de desarrollo sostenible mediante dos objetivos y cuatro líneas estratégicas.

Los dos objetivos están encaminados a impulsar el liderazgo local, estratégico e intersectorial hacia la promoción de la salud y el logro de las metas de desarrollo sostenible, en colaboración con el nivel nacional, y consolidar el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud mediante el fortalecimiento de la Red Nacional, su capacidad política, estratégica y operativa, así como sus vínculos con los movimientos y redes internacionales.

Las cuatro líneas estratégicas están dirigidas a potenciar los entornos saludables, a facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad, así como el compromiso de la sociedad civil, fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar y abordar los determinantes sociales de la salud y fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud.

Se elaboró una guía metodológica como instrumento básico para que los gobiernos y otras autoridades locales puedan iniciar el proceso de implementar la estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud.

Se sugiere la elaboración participativa de documentos orientadores para dirigir al gobierno local en la evaluación de la situación actual de salud, asegurar la consideración de la salud en todas las políticas locales e instituir procesos de monitoreo y evaluación para mejorar continuamente la equidad en salud en el municipio.

En tal sentido, se propuso que esta guía avanzara en cuatro etapas:

- **Etapa I. Organización (de 1 a 3 meses**). Afirmación y declaración pública conjunta del compromiso del gobierno local y organizaciones comunitarias para edificar un Municipio por la Salud. Asegurar que sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos están conscientes de las necesidades de la comunidad en relación con la salud y se comprometen al proceso de mejora continua y progresiva de las condiciones y calidad de vida de todos sus habitantes.
- **Etapa II. Planificación (de 4 a 8 meses).** Elaboración del diagnóstico de la situación de salud y la construcción de un Plan de Acción para la equidad, salud y bienestar de la población, con respaldo y participación de las autoridades gubernamentales de los distintos niveles de gestión, representantes de los sectores/instituciones, las organizaciones comunitarias y la sociedad civil.
- **Etapa III. Consolidación (de 9 a 12 meses).** Ejecución de actividades del Plan de Acción Local para la equidad, salud y bienestar de la población, a través de políticas, programas y proyectos. Implementar mecanismos de monitoreo y evaluación para medir el progreso de las metas establecidas.
- **Etapa IV. Sostenibilidad (más de 12 meses).** Fortalecimiento institucional, promoción de modos de vida saludable, mejora en programas y servicios de salud, cambios en los determinantes socioeconómicos y ambientales

Como proceso, el movimiento ha tenido limitantes en su sostenibilidad, evaluación sistemática y efectividad de algunas acciones, siendo necesario reactivar y dinamizarlo, adaptándolo a los cambios de la política social y económica y aprovechando las oportunidades

de la descentralización y autonomía de las estructuras de gobierno. A pesar de los resultados obtenidos hasta este momento en materia de salud y bienestar, los municipios cubanos enfrentan desafíos asociados a las limitaciones económicas y de recursos ocasionadas por el bloqueo económico, entre otras causas, los efectos pos-COVID y el envejecimiento poblacional, que han aumentado la demanda de servicios de salud y de cuidados a ancianos solos, y la infraestructura médica que requiere modernización en algunas áreas.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud como base teórica de la iniciativa

Aunque existen evidencias de la preocupación del hombre por conocer y explicar las causas de las enfermedades y de la muerte desde el antiguo Egipto hasta la fecha, es desde mediados del siglo XX que el tema de la determinación social de la salud (DSS) cobra su mayor relevancia. Su estudio ha aportado diferentes enfoques, con aportes específicos, desde los métodos de investigación que justifican la existencia de, al menos, dos corrientes principales de pensamiento en este tema: el enfoque de determinantes sociales, cuyo origen se ubica en las escuelas del norte, y el enfoque de determinación social de la salud desarrollado por las escuelas del sur.[1, 2, 3, 4, 5]

Siguiendo la perspectiva anglosajona, la Comisión creada en 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el estudio y desarrollo del tema, definió como determinantes sociales de la salud (DSS) las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, incluido los sistemas de salud.[2, 3, 4, 5]

Por su parte, los miembros del grupo de estudios del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiologia y Microbiologías (INHEM) de Cuba definen la determinación social de la salud como un proceso resultante de la interacción compleja y diferencial de un grupo de premisas, ya mencionadas, y de condiciones y factores presentes a lo largo del curso de la vida de los individuos y las poblaciones, como resultado de la posición que ocupa en la estructura social existente en un contexto y momento dado.[1]

La Organización Panamericana de la Salud ha definido el abordaje de los determinantes sociales de la salud como una prioridad, dejando claro en varios de sus informes, que este enfoque puede contribuir a reducir y eliminar el impacto negativo sobre el proceso salud-enfermedad de las causas de las causas de las inequidades en salud presentes o identificadas en los países de la región.[6, 7, 8, 9]

Siguiendo esta lógica de pensamiento, los organismos internacionales del Sistema de Naciones Unidas, como la OPS/OMS, han incluido el enfoque de los determinantes sociales de la salud en las principales iniciativas desarrolladas en los últimos años como expresión de su compromiso con la equidad en salud, entre ellas:

- Informe del Secretario General de las Naciones Unidas titulado *Nuestra agenda común.*
- Resolución WHA74.16 (2021) de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud.
- Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018.
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025.

– Estrategia y Plan de Acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030.

Igualmente, el enfoque de los determinantes sociales de la salud ha sido ampliamente debatido en los principales foros internacionales organizados por la OPS/OMS en los últimos años, como expresión de la prioridad otorgada a este tema como determinante de la equidad en salud, entre ellos:

– Foro Regional Alianza por la Atención Primaria en Salud en las Américas. Inversión, innovación e Implementación de la APS para mejorar los resultados en salud. Del 4 al 6 de diciembre, 2023. Montevideo, Uruguay.
– Primera Reunión Regional Internacional "Intersectorialidad para la Equidad en Salud". Del 21 al 23 de noviembre de 2023. La Habana. Cuba.
– VI Encuentro de Alcaldes y Alcaldesas por Municipios Saludables de la Región de las Américas. Huechuraba. Chile. Del 2 al 3 de noviembre de 2023.
– Reunión Regional Monitoreo de Determinantes Sociales de la Equidad en Salud, organizada por la OPS y desarrollada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, del 25 al 27 de octubre de 2023.
– Reunión Regional sobre Determinantes Comerciales de la Salud en la Región de las Américas, 4 y 5 de octubre del 2022. Washington, D.C.

El abordaje de los determinantes sociales de la salud deviene en punto de partida para el trabajo intersectorial, si se quiere lograr influir en las políticas, estrategias, planes y procedimientos dirigidos a la mejora de la salud, como precondición para el desarrollo, y un indicador de una sociedad sostenible.[8] Para ello se han formulado las siguientes líneas estratégicas:

– Línea de acción estratégica 1. Promover la acción intersectorial para abordar los objetivos indivisibles de la Agenda 2030, integrando la equidad como valor transversal.
– Línea de acción estratégica 2. Reorientar las políticas, los planes y los programas de salud para superar las barreras en el acceso a la salud y lograr la equidad en la salud y el bienestar.
– Línea de acción estratégica 3. Fortalecer y facilitar la participación de la comunidad y el involucramiento de la sociedad civil a través de un abordaje intercultural para lograr la equidad y alcanzar el ODS 3.
– Línea de acción estratégica 4. Fortalecer la gobernanza local para alcanzar el ODS 3 con equidad.
– Línea de acción estratégica 5. Fortalecer el monitoreo y la evaluación de los avances hacia el logro equitativo del ODS 3.

En diversos foros internacionales, las autoridades cubanas y de otros países de la región han expresado la necesidad de documentar el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 sobre los determinantes sociales de la salud, incrementando el riesgo de enfermar y morir de aquellas poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad social, como expresión de la producción social de las inequidades en salud. En la última Asamblea Mundial de la Salud se acordó presentar en 2024 un informe actualizado sobre la situación actual de los determinantes sociales de la salud a nivel mundial.[10]

Cuba ha hecho de la salud una política de estado, un derecho universal y una prioridad que ha permitido, en las últimas seis décadas, contar con un sistema público, universal y gratuito, con una inversión anual del 26 % del gasto en salud del PIB, lo que representa una parte importante del presupuesto nacional. Las autoridades sanitarias cubanas han reiterado que la salud en Cuba ha estado determinada por cuatro premisas: la voluntad política, la intersectorialidad, la participación comunitaria y la organización de los servicios de salud.[1, 10, 11]

Diversos han sido los grupos académicos que en Cuba han estudiado y estudian este tema, aportando evidencias para el desarrollo de los determinantes sociales de la salud. Un ejemplo de ello lo constituye la publicación de la Editorial Ciencias Médicas, bajo el título de "La determinación social de la salud: una antología de veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM", volumen 1, que recoge las evidencias, experiencias, regularidades y limitaciones identificadas por investigadores-expertos en determinación social de la salud. Además de los retos y desafíos que tiene Cuba en el tema, a fin de lograr intervenciones precisas desde las políticas del Estado.[1]

En este sentido, se documenta, además, la acertada decisión ministerial de generalizar la experiencia desarrollada por este grupo con la finalidad de fortalecer el Análisis de Situación de Salud con un enfoque de determinación social en salud. La experiencia documentada en este libro desvela como, la incorporación de la DSS a este instrumento permitió una mejor identificación, análisis y solución de los problemas de salud a nivel de consultorios, barrios en transformación y policlínicos del país, mediante la adopción de intervenciones intersectoriales dirigidas a las causas de las causas de los problemas de salud en el primer nivel de atención en salud.[1]

En fecha reciente, el área de Higiene y Epidemiologia del MINSAP ha indicado al INHEM y en particular a este grupo de estudio, diseñar una estrategia para la generalización gradual de estos conceptos, metodologías y herramientas para el estudio, explicación e intervención sobre la situación de salud en los territorios del país. Similar extrapolación de la experiencia ha indicado la Dirección Nacional de Docencia a los distintos centros formadores del país.[1]

En el libro se incluye un capítulo dirigido a exponer la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud de Cuba hasta el 2030, iniciativa desarrollada por la Oficina de la OPS/OMS y Prosalud, con el objetivo principal de fortalecer el trabajo intersectorial y el papel de los consejos de salud en la formulación de acciones sociales, políticas y técnicas con un enfoque de determinantes sociales de la salud, que fomente la participación comunitaria basada en la autorresponsabilidad y el autocuidado, tanto a nivel individual como colectivo.[1, 11]

Como parte de esta Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud de Cuba hasta el 2030, y bajo el liderazgo del gobierno de la provincia y el municipio de Sancti Spiritus y con fondos de la Embajada de Australia, se desarrolla una iniciativa en su municipio cabecera mediante un pilotaje de la estrategia nacional. El objetivo principal de esta iniciativa es orientar al gobierno y a otros actores en cómo mejorar la salud de su comunidad construyendo ámbitos y espacios saludables, con amplia participación ciudadana y enfoque de los DSS.[1, 11]

La dirección del país ha reconocido, que las desigualdades y las personas en condiciones de vulnerabilidad se han incrementado en los últimos años a nivel de país y con diferencias

entre territorios y hacia el interior de estos; razón por la cual se estableció este tema como un asunto prioritario, contemplado dentro de las estrategias de desarrollo local.[1]

El número de barrios en transformación y de comunidades en condiciones de vulnerabilidad en Cuba varía de un municipio a otro y en las brechas y diferenciales entre barrios y hacia el interior de ellos. Hoy se sabe que las desigualdades identificadas en estos estudios determinan socialmente la equidad en salud de las poblaciones que allí residen.[1]

La exposición a las condiciones y factores de determinación varían según los territorios y barrios y hacia el interior de estos, y también según ejes de desigualdad. La influencia de las desigualdades sociales varió en la extensión de la gradiente o estructura social, definiendo la situación de la equidad en salud.[1]

En las distintas sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular de Cuba se ha insistido en la necesidad de que la atención a las comunidades y a personas en situación de vulnerabilidad logre la participación de todos en la transformación del barrio para mejorar la calidad de vida del pueblo. Solucionar los problemas de las comunidades de forma sostenible es la premisa que ha guiado en estos últimos dos años la transformación de los barrios en Cuba.[1]

El impacto de este deterioro económico en la salud y en la calidad de vida de las personas ha sido documentado exhaustivamente a partir de indicadores de determinación social de la salud relacionados con la disponibilidad y calidad de la vivienda, insuficientes ingresos de las familias para satisfacer sus necesidades básicas, dificultades con insumos para la prestación de servicios básicos y de salud, entre otros elementos. El gobierno ha incorporado este tema como un objetivo priorizado del país desde el año 2023.[1]

A través de la lectura del libro recientemente publicado por el grupo de estudios del INHEM, se puede constatar que es una "realidad que no todos los territorios tienen los mismos indicadores de salud y ello, en última instancia, está determinado socialmente por un grupo de factores que hacen que, de un espacio a otro, de acuerdo con distintos aspectos —como pueden ser las condiciones de vida, el comportamiento de las personas o la propia organización del sistema, incluso el papel de la intersectorialidad en función de abordar estas causas o sus determinantes— la situación cambie".[1]

Retomando el concepto de la OMS puede afirmarse, que la relación causal compleja que se establece entre las condiciones y factores sociales, económicos, comerciales y ambientales (a nivel individual y colectivo) determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones; estos comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos, dando lugar a las circunstancias materiales de vida que impactan sobre la salud.[1-9]

Sobre esta base, a nivel regional se hace un llamado a coordinar acciones entre los sectores de la salud, educación, la economía, el comercio, el trabajo, la vivienda, los servicios sociales, la protección social, el transporte, la planificación, la alimentación, la agricultura y ganadería, entre otros, con el objetivo de abordar los determinantes sociales de la salud en beneficio de una vida sana y de bienestar para todos en todas las edades.[1]

En nuestro país, en los últimos años, se han desarrollado una serie de acciones comprendidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social 2030 (PNDES 2030), que establecen seis ejes estratégicos y 9 ejes temáticos, diseñados bajo un enfoque sistémico, que articulan la propuesta de desarrollo económico y social y expresan las dimensiones principales que conforman el panorama económico, político, social y ambiental de la sociedad.

Ejes estratégicos del Plan de Desarrollo Económico y Social 2030:

- Gobierno socialista, eficaz, eficiente y de integración social.
- Transformación productiva e inserción internacional.
- Infraestructura.
- Potencial humano, ciencia, tecnología e innovación.
- Recursos naturales y medio ambiente.
- Desarrollo humano, equidad y justicia social.

Ejes temáticos del Plan de Desarrollo Económico y Social 2030:

- Gobierno, defensa y seguridad interior.
- Potencial productivo, tecnológico y humano.
- Monetario, financiero y fiscal.
- Sector externo.
- Infraestructura.
- Demográfico.
- Territorial.
- Sociocultural
- Medio ambiente y recursos naturales.

Uno de los objetivos propuestos es trabajar para la obtención de resultados en beneficio de la sociedad y del desarrollo nacional y local; de ahí que, la Estrategia de Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) Municipios por la salud, esté bien alineada con el contexto nacional en acción.

El Movimiento de MCCS del que Cuba es fundador, como proceso, ha tenido limitantes en su sostenibilidad, evaluación sistemática y efectividad de algunas acciones.

La experiencia de implementación del movimiento por la salud en Sancti Spiritus

En la actualidad, se ha hecho necesario reactivar y dinamizar el movimiento adaptándolo a los cambios del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030 (PNDES) y aprovechando las oportunidades de la descentralización y autonomía de las estructuras de gobierno donde se potencia la función del municipio. En tal sentido, se ha contextualizado, para Cuba, la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables regional, la que se propuso implementar, como experiencia piloto, en el municipio Sancti Spíritus, de manera que sirva como área demostrativa al resto de los municipios del país.

Esta experiencia es transversalizada por el enfoque de género, la reducción de las desigualdades, el crecimiento económico, la sostenibilidad ambiental (Una Salud) y el hambre

cero, integrando los tres pilares fundamentales del desarrollo (intersectorialidad, participación comunitaria y equidad).

Para la implementación piloto de la estrategia contextualizada en Sancti Spíritus, especialistas de Prosalud, en coordinación con el gobierno del municipio y la oficina de OPS/OMS en Cuba, implementaron acciones para cada una de las etapas de la Guía Metodológica para la implementación de la estrategia cubana, encaminadas a:

- Fortalecer el liderazgo y la gobernanza local para la salud y el bienestar.
- Promover la acción intersectorial, la participación, el empoderamiento comunitario y la cohesión social.
- Garantizar el acceso de toda la población a servicios básicos esenciales para la salud y el bienestar.
- Favorecer entornos saludables, inclusivos y seguros y fortalecer la capacidad para la preparación y respuesta frente a emergencias, desastres y epidemias.

El municipio Sancti Spíritus como contexto de transformación

El municipio Sancti Spiritus se encuentra ubicado en la porción centro sur de la provincia del mismo nombre, con una extensión territorial de 1142 km^2 y una población de 142 064 habitantes, distribuida en 71 889 del sexo femenino (50,6 %) y 70 175 masculinos (49,4 %), con una densidad poblacional de 68,4 habitantes/km2 y una tasa de natalidad de 6,4 por 1000 habitantes.

Su Asamblea Municipal está constituida por 135 delegados (hombres 80 y mujeres 55) agrupados en 14 Consejos Populares, de ellos 6 urbanos y 8 rurales.

El municipio cuenta con 6 áreas de Salud, 137 Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia, de ellos 96 urbanos y 34 rurales; 3 clínicas estomatológicas, 2 hogares de ancianos, 29 farmacias y 3 hospitales.

Sus instituciones educativas son 95, con una matrícula total de 20 508 estudiantes. De ellas 40 en el sector rural, 1 ubicada en el Plan Turquino (la escuela primaria Pedro Lantigua). La red escolar abarca 11 círculos infantiles, 54 primarias, 7 especiales, 9 secundarias básicas, 2 preuniversitarios, 5 politécnicos, 1 escuela de oficio, 1 de idioma y 4 facultades obrero-campesinas; 1 palacio de pioneros destinado al fortalecimiento del trabajo de formación vocacional y orientación profesional, 1 campamento de pioneros exploradores para potenciar el trabajo pioneril y de protección a la naturaleza y 1 hogar de menores sin amparo familiar.

Las principales instalaciones deportivas son: 4 estadios, 1 piscina, 1 pista de atletismo, 2 salas polivalentes, 1 patinódromo, además de Academia de Remos, Academia de Boxeo y Gimnasios biosaludables en 5 Consejos Populares.

Entre las instalaciones culturales tiene 4 museos, 1 Casa de la Trova, 1 Casa de Cultura, 2 Casas comunitarias, 1 biblioteca, 1 Casa de la Guayabera.

Cuadro de salud del municipio Sancti Spiritus

La población del municipio Sancti Spíritus se considera demográficamente envejecida, con el 21 % con 60 años y más, un universo de 29 784 personas, acompañado de un incremento

de las personas de 80 años y más, que alcanzan los 5 242, reportándose 20 centenarios. El municipio tiene bajos niveles de fecundidad y natalidad y elevada esperanza de vida al nacer con 79,9 años para ambos sexos.

La tasa de mortalidad infantil es de 6,0 y la tasa de mortalidad materna de 1,0. Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte, seguida de los tumores malignos. En el municipio se observa un incremento en la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, un índice de infestación de Aedes Aegypti de 1,03 % con el incremento de los casos de dengue, así como el incremento de las atenciones médicas por enfermedades diarreicas agudas.

Desarrollo de las etapas de la guía metodológica en el municipio Sancti Spiritus

Siguiendo cada una de las etapas concebidas en la estrategia, el equipo de país visitó el municipio y sostuvo intercambio con el gobierno provincial, municipal y varios sectores de la localidad, momento donde se socializó la iniciativa y se trazaron las acciones de trabajo a realizar.

Con el acompañamiento de expertos, se organizó, desde OPS/OMS y Prosalud, un taller de capacitación, que se realizó en el municipio Sancti Spiritus, con el objetivo de caracterizar el conocimiento de los miembros del equipo intersectorial que participaría en el proyecto, sobre los conceptos y métodos del movimiento, sensibilizar a los participantes sobre la necesidad del desarrollo del proyecto en el territorio,

En el taller, también se presentó el proyecto a las autoridades del municipio y se elaboró la carta de compromiso para su desarrollo en el territorio, capacitar a los integrantes del proyecto en las bases teóricas y metodológicas del movimiento y desarrollar competencias en los integrantes para realizar el análisis de situacion de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud.

El primer día comenzó con unas palabras a cargo de la dirección de la Asamblea Municipal del Poder Popular, la jefa del Departamento de Promoción de Salud de Prosalud y de la consultora de la OPS/OMS. A continuación, se presentaron los profesores del curso taller y los participantes del territorio, se realizó un diagnóstico del estado actual del conocimiento del equipo intersectorial acerca del movimiento, mediante una técnica participativa, y se aplicó la encuesta estructurada.

El segundo día se impartieron los temas relacionados con la acción intersectorial para la salud y el bienestar, la determinación social de la salud, el análisis de situacion de salud y la responsabilidad social con la salud por profesores de la ENSAP y el INHEM, todos con el fin de introducir la base teórica de los restantes temas. En horas de la tarde se visitó una comunidad del territorio en el Consejo Popular Banao del municipio seleccionado.

El tercer día se ofrecieron conferencias relacionadas con los antecedentes, avances y retos de la iniciativa del Movimiento Comunidades Saludables en la Región de las Américas, a cargo de la consultora de OPS, y de la Estrategia Nacional de Municipios Ciudades y Comunidades por la Salud, a cargo de las especialistas de Prosalud. Finalmente, se realizó una actividad participativa, seguida de una ronda de intercambio de criterios y experiencias entre los participantes y se hicieron las conclusiones.

En este primer taller y durante todo el proceso de desarrollo del movimiento, estuvieron presentes miembros del gobierno provincial, el gobierno municipal, presidentes de consejos populares, de sectores como el Ministerio de Educación, Ministerio de la Agricultura, INDER, Ministerio de Cultura, organizaciones de masa, sociedad civil, entre otros.

Se elaboró con el equipo participante la Nota de Intención (compromiso del gobierno local de desarrollar el proyecto en el municipio). Fue presentada y aprobada en la Asamblea Municipal de Gobierno por parte del Consejo de Salud. Se abordan en ella las prioridades locales en relación con la salud de la población, con el objetivo de implementar la estrategia de Municipio por la Salud en el contexto de los criterios nacionales. Fue luego presentada de manera pública ante todos los sectores y organismos participantes.

Implementación de la iniciativa en el municipio Sancti Spiritus

Identificar problemas y necesidades. Un equipo liderado por la Atención Primaria de Salud (APS) realizó el análisis de la situación integral de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

El gobierno local y el equipo de trabajo se trazaron un grupo de acciones que quedaron reflejadas en un Plan de Trabajo (liderado por el gobierno local) con el fin de organizar actividades que permitieran declarar entornos saludables clave (escuelas, universidades, centros de trabajo, comunidades) en el territorio.

Así mismo, se propusieron desarrollar acciones de comunicación (televisión, prensa, radio, redes sociales digitales, páginas web, diseño, impresión y distribución de promocionales) que permitieran dar a conocer a la comunidad el objetivo del movimiento y su participación, como parte de él.

La OPS/OMS Cuba apoyó con la elaboración de un manual de identidad del movimiento, que logró contextualizar la identidad regional a la de país. Esta identidad nacional consiguió crear un sistema de identidad flexible y coherente para la comunicación del movimiento en Cuba, bajo el lema "mi Bien estar", el que perseguía:

- Reforzar el posicionamiento de los mensajes y entidades a cargo.
- Contribuir a crear una experiencia consistente a través de la visualidad de todas las comunicaciones.
- Crear una visualidad propia y diferenciadora en el entorno de campañas homólogas, con un identificador diseñado con la frase "mi Bien estar".
- Desde el punto de vista gráfico se destacó la palabra bien como eje conceptual: el bienestar en todas las esferas de la vida, en alusión a la idea de salud como ese estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Consolidación de la iniciativa en el municipio Sancti Spiritus

La etapa de consolidación del proyecto en el municipio incluyó visitas de monitoreo y evaluación por el equipo de país y se mantuvo el intercambio permanente con las autoridades del gobierno del municipio. Se potenciaron las acciones sociales, se promovió una cultura de autorresponsabilidad y autocuidado por la salud individual y colectiva, fueron formulados

planes intersectoriales que abordaron los problemas de salud prioritarios de la localidad, se apoyaron políticas públicas que promovían estilos de vida saludable, se fortaleció la participación de la comunidad en programas y proyectos de promoción de la salud que abordaron problemas priorizados por el municipio, se crearon espacios de relacionamiento intergeneracional, entre otras.

Todas estas actividades, organizadas en un plan de acción, aseguraron que cada uno de los pilares estratégicos se fortaleciera y desarrollara en función de la salud, el bienestar y la equidad.

Tomando en cuenta los criterios por áreas de acción política y los indicadores propuestos en la metodología, las autoridades locales, de conjunto con OPS/OMS y Prosalud, declararon públicamente once espacios saludables en diferentes modalidades: comunidad saludable, escuelas promotoras de salud, universidad por la salud, centros de trabajo por la salud, entre otros.

Se concluyó con la declaración final del municipio Sancti Spiritus como Municipio por la Salud y como parte del movimiento regional.

Los once espacios saludables en diferentes modalidades declarados de conjunto por las autoridades locales con OPS/OMS y Prosalud fueron:

- Escuela Primaria Roberto Quezada Ramírez.
- Escuela Primaria Federico Engels.
- Organopónico La juvenil.
- Combinado Deportivo Julio Antonio Mella, INDER.
- Hogar Materno Isabel María de Valdivia.
- Casa de cultura Orlando Mursulli.
- Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.
- Universidad José Martí.
- Centro Sistema de Atención a la Familia-El recreo.
- Gobierno Municipal.
- Gobierno Provincial.

Conclusiones

El desarrollo de esta iniciativa en Sancti Spiritus formó parte de la revitalización que se le está dando al movimiento. El gobierno de Sancti Spíritus demostró que, en el momento actual, se pueden lograr ambientes sanos, diversos, respetuosos culturalmente, entornos saludables, verdes, amigables con todas las personas a lo largo del curso de la vida, así como, asegurar que todas las personas vivan en bienestar.

Este proceso ha presentado limitaciones en su implementación, en el aseguramiento de su sostenibilidad y en la evaluación sistemática y efectividad de algunas de sus acciones, por lo que es necesario reactivar y dinamizar el movimiento, adaptándolo a los cambios socioeconómicos y sanitarios ocurridos en los dos últimos años, como consecuencia del bloqueo y de distorsiones en la formulación de la política social y económica del país.

Referencias bibliográficas

1. INHEM. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
2. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009. p. 1-31. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084
3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: La determinación social de la salud 633 World Health Organization; 2010. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud [Documento de Trabajo]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, octubre de 2011. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
5. OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, octubre de 2011 En: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, 19-21 de octubre de 2011. Rio de Janeiro, Brasil. Disponible en: https://acortar.link/gEiquJ
6. OPS/OMS. Determinantes sociales de la salud. Paho.org. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud
7. OPS/OMS. Política para recuperar el progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible con equidad por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial. 30 CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA. Paho.org; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-8-s-politica-objetivos-desarrollo-sostenible_0.pdf
8. OPS. Informe de la Reunión Regional sobre Determinantes Comerciales de la Salud en la Región de las Américas, 4 y 5 de octubre del 2022. Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/informe-reunion-regional-sobre-determinantes-comerciales-salud-region-americas-4-5
9. OMS. Commercial determinants of health. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health
10. MINREX. Interviene la delegación de Cuba bajo el Punto 16.3 Determinantes sociales de la salud de la 76 Asamblea Mundial de la Salud. Embajadas y Consulados de Cuba. 2023. Disponible en: https://misiones.cubaminrex.cu/es/articulo/interviene-la-delegacion-de-cuba-bajo-el-punto-163-determinantes-sociales-de-la-salud-de-la
11. González González M, Feal Cañizares PA, González López R. El Consejo de Salud y el movimiento de municipios, ciudades y comunidades por la salud. Su aporte a la salud, el bienestar y el desarrollo local. La Habana: Sello Editorial Lazo Adentro: 2023.



PARTE 2

Responsabilidad social con la salud

5 artículos

Coordinador de temas: M. Sc. Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Escenarios prospectivos para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en Cuba hasta el año 2030[1]

Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Yusdanys Torres Jiménez, Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

El sector de la salud pública en Cuba, luego del triunfo revolucionario, se ha caracterizado por la consecución de notables logros de marcado impacto social.(1) Sin embargo, se denuncia la existencia de un déficit de responsabilidad personal con la salud en la población cubana, que se traduce en el predominio de comportamientos poco responsables, altas tasas de prevalencia de factores de riesgo modificables e indisciplinas ciudadanas, debido al incumplimiento de normas que protegen el bienestar individual o comunitario en el país.(2, 3, 4)

Con anterioridad, se ha señalado la necesidad de subvertir la situación antes mencionada y se estableció la pertinencia de los estudios de futuro y la planificación por escenarios para enfrentar este desafío. Se definió el "futuro" como un tiempo que aún no ha acontecido, un espacio de incertidumbre, pero también, como una oportunidad para la construcción social.(3) Entre las dos grandes corrientes en los estudios de futuro —la estadounidense, calificada como determinista, y la de origen francés calificada como voluntarista— se decidió apostar por la propuesta francesa, que postula: *"[...] el futuro no ha de contemplarse como una línea única y predeterminada en la prolongación del pasado: el futuro es múltiple e indeterminado; [...] la pluralidad del futuro y los grados de libertad de la acción humana se explican mutuamente: el futuro no está escrito, está por hacer; y [...] el futuro no es único y predecible sino que está abierto a que se le construya"*(5, 6)

Estos múltiples futuros posibles reciben el nombre de futuribles y están conformados por escenarios no improbables, teniendo en cuenta el peso de los determinismos del pasado y de la confrontación de los proyectos de los actores.

Un escenario es una descripción de una situación futura que supone la intervención de un conjunto de hipótesis, que para que sean creíbles y útiles deben garantizar pertinencia, coherencia, verosimilitud, importancia y transparencia. El escenario no es la realidad, sino un medio que la representa con el objetivo de aclarar la acción. Son siempre hipotéticos, pero no arbitrarios.(5, 7) Existen tres tipos de escenarios: los escenarios predictivos, que intentan

[1] Artículo basado en el de igual nombre publicado en Medisur [revista en Internet]. 2024; 22(2):[aprox. 12p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45130

pronosticar lo que sucederá en el futuro; los escenarios exploratorios, que buscan explorar situaciones que se consideran posibles que sucedan y los escenarios normativos, que se centran en el logro de un objetivo específico en el futuro. Los escenarios exploratorios son los mas apropiados para enfrentar problemas de investigación relacionados con el desarrollo o la evaluación de políticas.[8] Entiéndase por política, en este caso, el conjunto de objetivos, decisiones y acciones (incluye inacción), que lleva a cabo un gobierno para solucionar un problema que se considera prioritario.[9]

Los métodos de construcción de escenarios son de gran importancia para el logro de cualquier meta, ya que permiten a los actores sociales participar en la construcción del futuro deseado, al conjeturar las realidades que aún no han sucedido, pero que podrían acontecer si se anticipa la acción para que estas sucedan.

Aunque el estudio de futuros ha entrado en el sector de la salud, aproximadamente, desde la década de 1980, en el ámbito sanitario esta metodología es menos utilizada que la técnica Delphi o el modelado de simulación.[7, 8, 10, 11] En la salud publica cubana no es común su uso, particularidad que puede derivarse de su desconocimiento, a pesar de algún uso por la Escuela Nacional de Salud Pública y, más recientemente, la Escuela Superior de Cuadros del Estado y del Gobierno, que ha promovido su generalización en el país para lograr una gerencia basada en la ciencia e innovación.[12, 13]

El objetivo del presente artículo es la elaboración de escenarios prospectivos de tipo exploratorio para el fomento de mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en Cuba, en un horizonte hasta el año 2030, jerarquizarlos de acuerdo con su probabilidad de ocurrencia y elegir el escenario apuesta para la elaboración de un futuro plan de acción estratégico.

Métodos

La investigación forma parte de un ejercicio de prospectiva estratégica desarrollado de enero del 2018 hasta marzo del 2020, según la metodología de la Escuela Francesa de Prospectiva Estratégica y el uso de la caja de herramientas de Michael Godet.[5] En este caso se utiliza el método de Sistemas y Matrices de Impactos Cruzados y el software LIPSOR-EPITA-SMIC-Prob-Expert ® (en lo adelante simplemente SMIC) para identificar escenarios prospectivos exploratorios para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana en un horizonte temporal hasta el 2030.

El método SMIC es el término genérico de una familia de técnicas que intentan evaluar los cambios en las probabilidades de un conjunto de acontecimientos, como consecuencia de la realización de uno de ellos. En la práctica, si se considera un sistema de N hipótesis, el método SMIC, a partir de las informaciones facilitadas por los expertos, posibilita elegir entre las 2^n imágenes posibles (juegos de hipótesis) aquellas que deberían (por su probabilidad de realización) ser estudiadas particularmente.[5]

En este caso:

2^n = Número de imágenes de futuro n = Número de hipótesis

2^6 = N64 imágenes de futuro

La implementación del método SMIC fue precedido del análisis estructural del fenómeno estudiado y el mapeo y análisis del juego de actores, cuyos resultados fueron publicados con anterioridad.[3, 4]

Selección de los participantes

De los 24 expertos invitados al ejercicio de prospectiva estratégica,[3] 16 (66,6 %) participaron en esta etapa de construcción de escenarios. La selección se realizó mediante muestreo aleatorio simple, seleccionando 4 expertos por cada uno de los siguientes grupos:

- Representantes de los órganos locales del Poder Popular a nivel nacional y provincial.
- Académicos e investigadores de especialidades afines al tema estudiado.
- Personas con experiencia en la toma de decisiones dentro del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).
- Representantes de organizaciones no gubernamentales interesados en el tema de la activación social.

Para la implementación del método SMIC se siguieron los siguientes pasos.[5]

Paso 1. Formulación de hipótesis. A partir de las variables identificadas en el análisis estructural[3] y su posterior transformación en objetivos estratégicos[4] se elaboraron hipótesis que, a modo de futuros posibles, pudieran cumplirse en el año 2030.

Paso 2. Probabilización e identificación de los escenarios. Se elaboró un cuestionario aplicado a los expertos, en el cual se les solicitó evaluar las probabilidades simples y condicionadas de que se cumplan cada una de las hipótesis elaboradas (véase el cuestionario al final del artículo). Las consignas motivadoras fueron:

- Según su criterio, evalúe la probabilidad de que cada una de las siguientes hipótesis se cumpla en un horizonte temporal hasta el año 2030.
- Según su criterio, evalúe la probabilidad de que cada una de las hipótesis se cumpla —si previamente se han cumplido las restantes hipótesis— en un horizonte temporal hasta el año 2030.
- Según su criterio, evalúe la probabilidad de que cada una de las hipótesis se cumpla —si previamente no se han cumplido las restantes hipótesis— en un horizonte temporal hasta el año 2030.

Para evaluar el cumplimiento de estas probabilidades se aplicó la siguiente escala:

- Improbable: 10 %.
- Poco probable: 30 %.
- Relativamente probable: 50 %.
- Probable: 70 %.
- Muy probable: 90 %.

Las respuestas brindadas por los expertos en el cuestionario, fueron digitalizadas en SMIC. El análisis estadístico-matemático realizado por el software conduce al cálculo de la probabilidad de realización de cada hipótesis y la combinación de ellas. Se identifica el cumplimiento de la hipótesis con un número 1 y el no cumplimiento con un número 0. La conformación de un conjunto de hipótesis constituye un escenario.

Paso 3. Jerarquización de los escenarios. A partir de la probabilidad de ocurrencia de cada escenario, estos se ordenan según jerarquía:

- Escenarios tendenciales. Aquellos escenarios que presentan la mayor probabilidad de ocurrencia, al agrupar, aproximadamente, el 80 % de la probabilidad acumulada.
- Escenarios improbables. Conjunto de escenarios que completan el 20 % restante de probabilidades de ocurrencia.
- Escenarios imposibles. Aquellos que no presentan probabilidad matemática de ocurrir.

Paso 4. Interpretación de los escenarios y diseño del futuro. A través de la reflexión de los expertos sobre los escenarios tendenciales, se seleccionan entre ellos el escenario optimista, el pesimista y el escenario apuesta. Se interpretan sus significados, se les asigna un nombre de referencia y se desarrolla una narración explicativa de cada uno.

Resultados

Paso 1. Formulación de hipótesis: La tabla 6.1 muestra la transformación de las variables claves a objetivos estratégicos y de estos a hipótesis de futuro.

Tabla 6.1. Formulación de hipótesis a partir de las variables claves y los objetivos estratégicos

Variable estratégica*	Objetivo estratégico*	Hipótesis
Acción intersectorial	Fortalecer la acción intersectorial y la gobernanza para la salud	H1: Para el año 2030 se habrá fortalecido la acción intersectorial y la gobernanza colaborativa para la salud con el reconocimiento de todos los actores sociales, incluidos los ciudadanos como entes individuales
Enfoque paternalista en salud	Trascender el paradigma paternalista de la práctica salubrista cubana	H2: Para el año 2030, el paradigma paternalista de la práctica salubrista cubana se habrá sustituido por un enfoque que reconozca y promueva mayor equilibrio entre las responsabilidades estatales y las individuales con la salud
Rendición de cuentas individual / Rendición de cuentas del Estado-gobierno	Establecer nuevos mecanismos de rendición de cuentas en el cumplimiento de deberes en el cuidado de la salud	H3: Para el año 2030 se implementan en el país mecanismos de rendición de cuentas más eficientes para evaluar el cumplimiento de los deberes en salud de los diferentes actores sociales
Alfabetización en salud	Aumentar los niveles de alfabetización en salud de la población cubana	H4: Para el año 2030, el 80 % de la población cubana contará con niveles entre regular y bien de alfabetización en salud
Apoyo al cuidado y bienestar	Implementar sistemas integrales para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar	H5: Para el año 2030 se habrá implementado un sistema integral para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar, que apoye los esfuerzos de autocuidado y automanejo de la salud como una responsabilidad de los individuos y la familia
Normas sociales y marco jurídico	Actualizar el marco normativo y jurídico relativo a la responsabilidad social con la salud	H6: Para el año 2030, las normas sociales y el marco jurídico del país contemplarán una clara definición de la responsabilidad con la salud para todos los actores sociales

*Las variables claves y objetivos estratégicos fueron definidos en pasos anteriores del ejercicio de prospectiva estratégica. Para mayor información consultar las bibliografías correspondientes

Paso 2. Probabilización e identificación de los escenarios. Se obtuvieron un total de 64 escenarios. La tabla 6.2 muestra el listado de 21 de ellos, agrupados según fueron considerados escenarios tendenciales o improbables. Se excluyeron los 43 escenarios imposibles.

Tabla 6.2. Listado de escenarios

No.	Escenario	Probabilidad de ocurrencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	Clasificación
1	Sc:64 – 000000	0, 296	29,6	29,6	Escenarios Improbables
2	Sc:2 – 111110	0, 162	16,2	41,7	
3	Sc:3 – 111101	0,121	12,1	53,0	
4	Sc:1 – 111111	0,113	11,3	59,3	
5	Sc:52 - 001100	0,063	6,3	64,5	
6	Sc:61 – 000011	0,052	5,2	69,1	
7	Sc:28 – 100100	0,046	4,6	73,1	
8	Sc:8 – 111000	0,040	4,0	76,8	
9	Sc:53 – 001011	0,037	3,7	79,9	
10	Sc:42 – 010110	0,031	3,1	82,2	
11	Sc:43 – 010101	0,023	2,3	84,1	Escenarios Improbables
12	Sc:14 – 110010	0,019	1,9	85,7	
13	Sc:25 – 100111	0,016	1,6	87,1	
14	Sc:24 – 101000	0,014	1,4	88,0	
15	Sc:19 – 101101	0,009	0,9	88,8	
16	Sc:47 – 010001	0,008	0,8	89,3	
17	Sc:12 – 110100	0,005	0,5	89,7	
18	Sc:57 – 000111	0,004	0,4	90,0	
19	Sc:33 – 011111	0,003	0,3	90,2	
20	Sc:18 – 101110	0,002	0,2	90,3	
21	Sc:31 – 100001	0,001	0,1	90,4	

Paso 3. Jerarquización de los escenarios. De los 64 escenarios, 10 fueron considerados escenarios tendenciales, al acumular el 82,2 % de probabilidad de ocurrencia, por lo que seguramente la promoción de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana para el año 2030 se encontrará en alguna de las imágenes de futuro que ellos describen. Se trata de los escenarios E64:000000, que con un 29 % de probabilidad de ocurrencia es el escenario más probable, acompañado por los escenarios E02:111110, E03:111101, E01:111111, E52:001100, E61:000011, E28:100100, E08:111000, E53:001011 y E42:010110. Mientras tanto, 11 escenarios clasifican como improbables y 43 como imposibles. La figura 6.2 muestra los escenarios ordenados según su probabilidad de ocurrencia.

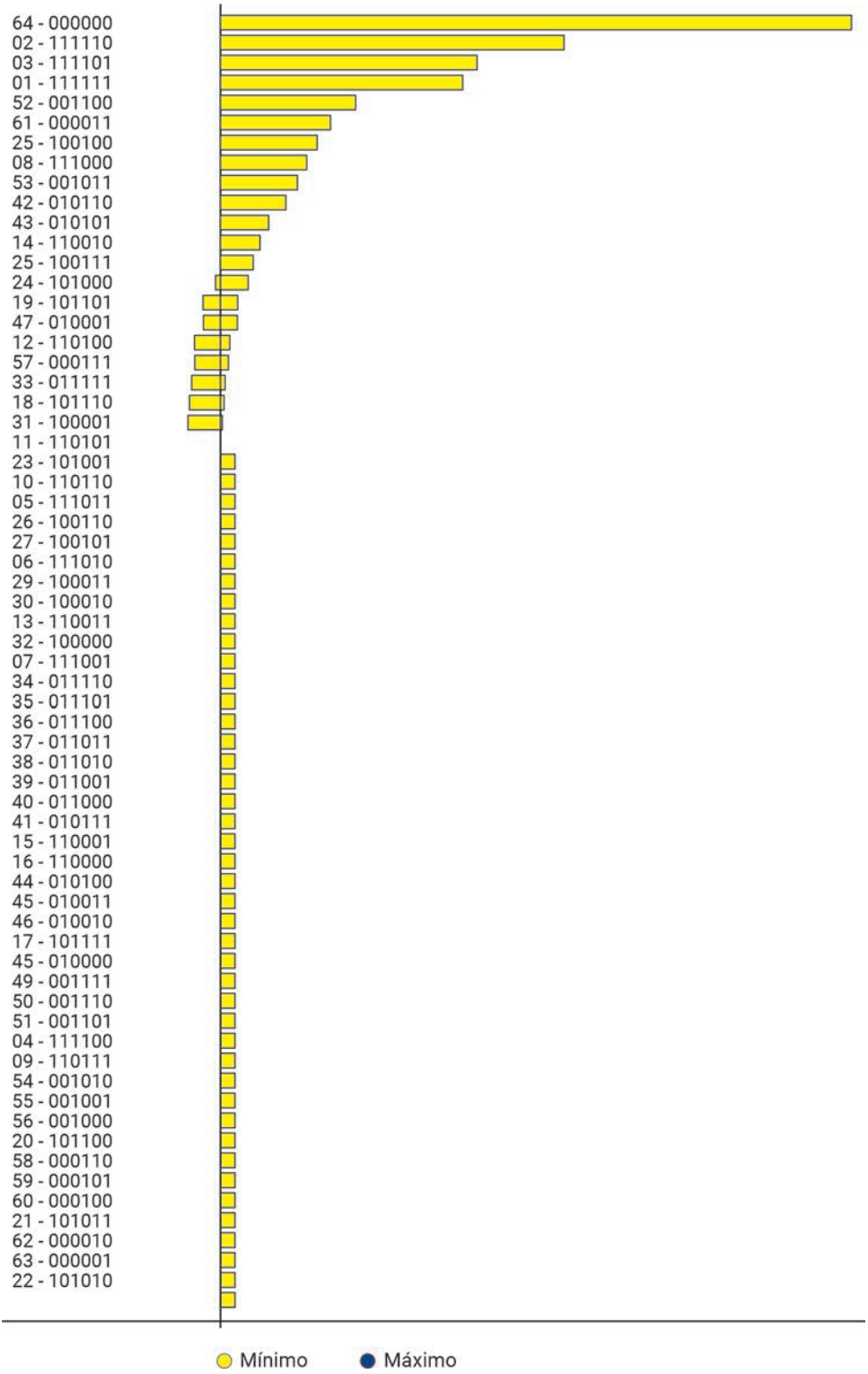


Fig. 6.2. Histograma de los escenarios según probabilidad de ocurrencia.

Paso 4. Interpretación de los escenarios y diseño del futuro. De acuerdo con el consenso de los expertos, entre los escenarios del núcleo tendencial se escogió el escenario optimista, el pesimista y el apuesta.

– *E01:111111*. Se interpretó como el escenario optimista, al ser el más deseado, pero, dado que es el cuarto en probabilidad de ocurrir (7 %), no se le escogió como escenario apuesta. Se le nombró *Individuos y comunidades responsables y empoderados/as.* Su narrativa es la siguiente:

  Para el año 2030 la población cubana ha alcanzado mayores niveles de responsabilidad personal con la salud comparado con el año 2020, gracias al fortalecimiento de la acción intersectorial y la gobernanza colaborativa para la salud (H1) con la implementación de una doctrina salubrista no paternalista que reconoce y promueve un mayor equilibrio entre las responsabilidades estatales y las individuales con la salud (H2) apoyada por mecanismos de rendición de cuentas más eficientes para evaluar el cumplimiento de deberes en salud de los diferentes actores sociales (H3), altos niveles de alfabetización en salud de la población cubana (H4), la implementación de un sistema integral para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar (H5) y una clara definición en las normas sociales y el marco jurídico del país sobre la responsabilidad con la salud de todos los actores de la sociedad (H6).

– *E64:000000*. Se interpretó como el escenario pesimista, al plantear que no se cumple ninguna hipótesis. En estas condiciones el escenario recibió el nombre de *Oportunidad perdida*. Su narrativa es la siguiente:

  Para el año 2030, a pesar de las acciones desplegadas, los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana son similares o inferiores a los existentes en el año 2020.

– *E02:111110*. Recibió el nombre de *Aceptar los cambios, gestionar los desafíos, integrar el proceso. A* pesar de que en este escenario no se logra la hipótesis H6, se interpretó como el escenario apuesta, pues presenta la segunda posición en probabilidad de ocurrir (12 %), superior por cuatro puntos al escenario optimista. Su narrativa es la siguiente:

  Para el año 2030, la población cubana ha alcanzado mayores niveles de responsabilidad personal con la salud comparado con el año 2020, gracias al fortalecimiento de la acción intersectorial y la gobernanza colaborativa para la salud (H1), con la implementación de una doctrina salubrista no paternalista que reconoce y promueve un mayor equilibrio entre las responsabilidades estatales y las individuales con la salud (H2), apoyada por mecanismos de rendición de cuentas más eficientes para evaluar el cumplimiento de los deberes en salud de los diferentes actores sociales (H3), altos niveles de alfabetización en salud de la población cubana (H4), la implementación de un sistema integral para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar (H5), aunque se continua trabajando en la actualización del marco jurídico del país y el claro establecimiento de la responsabilidad con la salud de todos los actores de la sociedad (H6).

Discusión

La prospectiva estratégica es una disciplina que integra en las organizaciones el pensamiento a largo plazo, al permitir explorar la evolución de un sistema y al visualizar su futuro.[5] Los métodos de formulación de escenarios permiten exponer un conjunto de futuros alternativos para un sistema y la identificación del escenario apuesta, con el fin de ofrecer a los tomadores de decisión una herramienta para evaluar si sus acciones conducen al sistema al estado deseado y, en caso contrario, implementar las correcciones pertinentes. En particular, el método SMIC permite evaluar las probabilidades de un conjunto de eventos de forma sencilla, en un corto periodo de tiempo y a bajo costo. No obstante, el método exige un trabajo de información y reflexión muy importante, con el fin de seleccionar las hipótesis esenciales.

No se encontró en la literatura revisada otras investigaciones que aborden la elaboración de escenarios relacionados con el fomento de la responsabilidad personal con la salud en Cuba, ni internacionalmente. En cambio, sí fueron localizados varios ejemplos de uso del método SMIC para acercarse a la realidad cubana desde la planificación estratégica en múltiples sectores.[14, 15, 16] Se puede, por tanto, afirmar que el método SMIC es de amplia difusión y aceptación en el país, a pesar de que su uso en la elaboración de escenarios relacionados con problemas sanitarios es restringido.

Los escenarios identificados revelan, que incrementar los niveles de responsabilidad personal por la salud es hoy una meta que aún se limita al discurso, pero el estudio sugiere posibilidades para avanzar hacia el objetivo deseado, si se toman acciones fuertemente estratégicas. A partir de los resultados obtenidos, el Ministerio de Salud Pública de Cuba debe considerar la elaboración de estrategias que le permitan alejarse del escenario pesimista, el que se presentó como el de mayor probabilidad de ocurrir, pero no el único posible.

Los escenarios elaborados y sus probabilidades de ocurrencia presentan varias lecturas. En primer lugar, que de continuar la tendencia presente no será posible fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana para el año 2030, pues no es una meta que se alcance espontáneamente. Siempre resulta extremadamente difícil lograr cambios de comportamientos en un sistema abierto, multivariado y complejo, como lo es la salud. Segundo, los decisores deben tomar conciencia sobre la posibilidad real de cambio, en tanto los escenarios alternativos que estipulan alcanzar la mayoría de las hipótesis planteadas también son futuribles. Tercero, se demuestra la necesidad de adoptar una actitud desafiante ante el futuro para romper la inercia. Es apremiante implementar una política (incluye programas, estrategias, hojas de ruta o planes de acción) que funcione como punto de ruptura de la dinámica actual para alcanzar el escenario apuesta.

Los pasos han comenzado a darse. Ya se hizo público el Anteproyecto de Ley de Salud Pública que llama a la participación activa y responsable del individuo, la familia, la comunidad y las estructuras del Estado y el Gobierno para asegurar el derecho a la salud de todos los ciudadanos cubanos.[17] Según puntualizó el doctor José Ángel Portal Miranda, Ministro de Salud Pública de Cuba *"...por primera vez, la Ley también establece responsabilidades para*

los usuarios de los servicios, reconociendo a todas las personas que acceden a estos.[18] Sin embargo, a criterio de los autores, el enfoque debe ir más allá. No es solo reconocer a los usuarios de los servicios y, como tales, asignarles deberes. El verdadero reto está en establecer métodos renovados para fortalecer un empoderamiento de la población cubana y una participación activa que asegure la sustentabilidad de las políticas públicas y la acción intersectorial, justificados por los principios éticos de beneficencia, protección, solidaridad y justicia.[2]

La verdadera responsabilidad personal con la salud se manifiesta, no solo por la disciplina como usuarios de las instituciones de salud; requiere, además, que los ciudadanos privilegien la práctica de comportamientos saludables en cumplimiento de deberes con la salud, como una elección de norma de vida, independientemente de las preferencias personales y el aumento en cantidad y calidad de la participación y el empoderamiento en salud de individuos y comunidades. Se reconoce, no obstante que, en términos de políticas públicas, la responsabilidad personal con la salud debe alcanzar un balance entre las garantías de disfrutar la salud como derecho y los deberes ciudadanos para el cuidado de la salud individual y comunitaria.

Apostar al escenario E02 resulta una decisión práctica, pues se trata del segundo escenario con probabilidad de ocurrir, aunque se encuentra por debajo del escenario más probable. A pesar de que este escenario implica renunciar a la hipótesis H6, referente a la actualización del marco normativo del país, que contemple una clara definición de la responsabilidad con la salud para todos los actores sociales, como ya se mencionó en el párrafo anterior, es esta una tarea que ya se está implementando. Por lo tanto, más que incumplirse esta hipótesis, se trata de un proceso continuo de actualización normativa que marche a la par de los cambios sociales del país.

Fortalezas y limitaciones del estudio

La presente investigación constituye, hasta donde conocen los autores, el primer acercamiento, desde el método de escenarios, al tema de la responsabilidad social con la salud y, particularmente, la responsabilidad personal con la salud en Cuba. En este sentido tiene un valor innovador y podría abrir las puertas a la aplicación de este enfoque en otros temas sanitarios.

Los métodos denominados interacciones probabilistas, como el SMIC, constituyen un progreso en relación a los grupos Delphi, ya que tienen como ventaja el considerar las interacciones entre eventos, con una puesta en marcha sencilla y la obtención de resultados de fácil interpretación. Sin embargo, es necesario evitar una aplicación mecánica del método y recordar que, las probabilidades obtenidas son subjetivas, pues no se basan en frecuencias observadas sino en opiniones.[19] No se deben descartar de la reflexión los escenarios que resulten menos probables, pero que representen riesgos de ruptura o de impacto importantes.

Para el éxito en la aplicación del método, la selección de los expertos resulta determinante y estos deben ser escogidos teniendo en cuenta su capacidad para visualizar el futuro y su nivel de experiencia en el tema investigado. Como todo ejercicio grupal, necesita la participación de personal motivado, informado y con poder de decisión, que le confieran al estudio seriedad y validez científica.[20]

La mayor limitación del método SMIC es que la cantidad de hipótesis posibles de incluir en la consulta es de seis. De contar con un número mayor de objetivos estratégicos o variables claves es necesario reducirlas o no es posible utilizar el método.

Conclusiones

Se puede concluir que, la aplicación de la prospectiva estratégica y su método SMIC permitió elaborar los posibles escenarios futuros que el MINSAP deberá desafiar para el fomento de mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en Cuba en un horizonte hasta el año 2030. Dentro del conjunto de los escenarios propuestos se identificaron los escenarios pesimista, optimista y apuesta, lo que permitió una descripción más real de las situaciones futuras más probables. Se propone culminar el ejercicio de prospectiva estratégica valorando los principios de política, estrategias y acciones a incluir en una política o plan de acción estratégico para alcanzar el escenario apuesta.

Encuesta para la aplicación del método

A continuación, se muestra la encuesta utilizada para la aplicación del método de sistemas y matrices de impactos cruzados SMIC-Prob-Expert ®.

Estimado experto:

El Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) le invitan a responder el siguiente cuestionario que tiene como objetivo recolectar información que permita completar el ejercicio de prospectiva estratégica dirigido al fomento de mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en Cuba en un horizonte hasta el año 2030. El presente cuestionario se dirige a la construcción de escenarios prospectivos utilizando el método Sistemas y Matrices de Impactos Cruzados (SMIC-Prob-Expert ®) y tiene como antecedentes el análisis estructural del problema y el mapeo / juego de actores.

Le solicitamos que lea atentamente las siguientes hipótesis y responda las preguntas que se le realizan. Puede solicitar al investigador que le aclare cualquier duda que tenga sobre el ejercicio. Recuerde, no existen respuestas correctas o incorrectas. Nos interesa conocer su posición y percepción del tema estudiado.

Agradecemos por adelantado su colaboración.

Equipo de investigadores

Listado de hipótesis

Las siguientes hipótesis fueron elaboradas a partir de las variables claves identificadas en el análisis estructural y su posterior transformación en objetivos estratégicos. Las hipótesis representan situaciones futuras que pudieran cumplirse en el año 2030:

- **Hipótesis 1 (H1).** Para el año 2030 se habrá fortalecido la acción intersectorial y la gobernanza colaborativa para la salud con el reconocimiento de todos los actores sociales, incluidos los ciudadanos como entes individuales.
- **Hipótesis 2 (H2).** Para el año 2030, el paradigma paternalista de la práctica salubrista cubana se habrá sustituido por un enfoque que reconozca y promueva mayor equilibrio entre las responsabilidades estatales y las individuales con la salud.
- **Hipótesis 3 (H3).** Para el año 2030 se implementan en el país mecanismos de rendición de cuentas más eficientes para evaluar el cumplimiento de deberes en salud de los diferentes actores sociales.
- **Hipótesis 4 (H4).** Para el año 2030, el 80 % de la población cubana contará con niveles entre regular y bien de alfabetización en salud.
- **Hipótesis 5 (H5).** Para el año 2030 se habrá implementado un sistema integral para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar, que apoye los esfuerzos de autocuidado y automanejo de la salud como una responsabilidad de los individuos y la familia.
- **Hipótesis 6 (H6).** Para el año 2030, las normas sociales y el marco jurídico del país contemplará una clara definición de la responsabilidad con la salud para todos los actores sociales

PARTE 1. Probabilidades simples

Pregunta 1. Según su criterio, evalúe (marcando con una cruz en el siguiente cuadro) la probabilidad de que cada una de las siguientes hipótesis se cumpla en un horizonte temporal hasta el año 2030. Utilice la siguiente escala:

- 10 % y 30 %: Área de baja probabilidad (hipótesis improbables o poco probables).
- Igual a 50 %: Área de incertidumbre (hipótesis relativamente probable).
- 70 % y 90 %: Área de alta probabilidad (hipótesis probables o muy probables).

Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H4:					
H5:					
H6:					

PARTE 1. Probabilidades compuestas

Pregunta 2. Según su criterio, evalúe (marcando con una cruz en los cuadros) la probabilidad de que cada una de las hipótesis se cumpla —si previamente se han cumplido las restantes hipótesis— en un horizonte temporal hasta el año 2030. Utilice la misma escala que en la pregunta 1.

Probabilidad de que se cumpla H1, si previamente se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H2:					
H3:					
H4:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H2 si previamente se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H3:					
H4:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H3, si previamente se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H4:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H4, si previamente se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H5, si previamente se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H4:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H6, si previamente se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H4:					
H5					

Pregunta 3. Según su criterio, evalúe (marcando con una cruz en los cuadros) la probabilidad de que cada una de las hipótesis se cumpla —si previamente no se han cumplido las restantes hipótesis— en un horizonte temporal hasta el año 2030. Utilice la misma escala que en la pregunta 1.

Probabilidad de que se cumpla H1, si previamente no se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H2:					
H3:					
H4:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H2 si previamente no se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H3:					
H4:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H3, si previamente no se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H4:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H4, si previamente no se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H5:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H5, si previamente no se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H4:					
H6:					

Probabilidad de que se cumpla H6, si previamente no se han cumplido:					
Hipótesis	Probabilidad				
	10 %	30 %	50 %	70 %	90 %
H1:					
H2:					
H3:					
H4:					
H5:					

Agradecimientos. Los autores desean agradecer a los expertos que participaron en la investigación ya que son precisamente sus aportes los que permitieron arribar a los resultados obtenidos.

Referencias bibliográficas

1. González Hernández Y. Análisis estructural y de estrategia de actores para la proyección de estudios prospectivos en el municipio de Santa Clara [disertación]. Universidad Central de las Villas, Martha Abreu; 2010. Disponible en: https://dspace.uclv.edu.cu/items/7ec3e4c4-d4f1-4676-b2bd-e3293ca1262e
2. Luis Gonzálvez IP. Personal Responsibility in Cuba's Universal Health Model. MEDICC Review. 2017;19(2-3): 76. Disponible en: http://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_595.pdf
3. Luis-Gonzalvez IP, Pérez A, Torres-Jiménez Y. Responsabilidad personal con la salud en Cuba: análisis estructural e identificación de variables estratégicas. Medisur. 2022; 20(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5496
4. Luis-Gonzálvez I, Torres-Jiménez Y, Alvarez-Pérez A. Responsabilidad personal con la salud en Cuba: mapeo y juego de actores para su fomento. Medisur. 2023;21(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5864
5. Godet M, Durance P. Prospectiva Estratégica: problemas y métodos. Cuaderno nº 20. 2da ed. Paris: Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique (LIPSOR); 2007. Disponible en: https://archivo.cepal.org/pdfs/GuiaProspectiva/Godet2007.pdf
6. Parvaneh M, Niaz Azari K, Enayati T. Future Studies: Dimensions and Components in the Educational System of a University of Medical Sciences. Strides Dev Med Educ. 2021; 18(1):e1024. DOI: https://doi.org/10.22062/sdme.2021.194978.1024
7. Vollmar HCh, Ostermann T, Redaèlli M. Using the scenario method in the context of health and health care – a scoping review. Medical Research Methodology. 2015;15:89. DOI: https://doi.org/10.1186/s12874-015-0083-1
8. Paddeu D, Lyons G. Foresight through developing shared mental models: The case of Triple Access Planning. Futures 2024; 55:103295. DOI: https://doi.org/10.1016/j.futures.2023.103295
9. Fernández Arroyo N, Schejtman L. Planificación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2012. Disponible en: https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1419.pdf
10. Pouragha B, Baghian N, Najafi M. Futures Study in Health: A Review Study. Evidence Based Health Policy, Management & Economics. 2018;2(4): 290-6. Disponible en: https://publish.kne-publishing.com/index.php/JEBHPME/article/download/281/4482
11. Saragoça J, da Silva C, Abrantes A. Potencialidades da análise prospetiva para a investigação em saúde: O caso das tendências da prática baseada na evidência nos Serviços de Radiologia Hospitalar Pública da Região Algarve. En: Mendes F, Gemito L, Cruz D, López M. Enfermagem contemporânea. Dez temas, dez debates II: 1-22. Évora: Universidade de Évora;2014 Disponible en: https://acortar.link/MX0g0O
12. Giraldo G. Jacinto Duverger Goyanes, Systems Analyst. Provincial Hygiene, Epidemiology & Microbiology Center, Guantánamo. MEDICC Review. 2008;10(1):[aprox. 2p]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21483350/

13. Garrigó Andreu LM, Wilson González MS, Barrios Rivera MI. Un enfoque prospectivo para el diseño de estrategias. Revista Cubana De Administración Pública Y Empresarial. 2020;4(1):58–76. Disponible en: https://apye.esceg.cu/index.php/apye/article/download/102/77/191
14. Garrigo Andreu LM; Torres Mora IJ, Puentes Vasconcellos, L, Barrios Rivera, MI. El enfoque prospectivo estratégico en función del desarrollo del municipio Nuevitas hacia el 2030. Rev retos. 2023; 17(1):e23104. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552023000100004&lng=es&nrm=iso
15. Castillo Coto AL, Sotomayor Jara JE. Utilidad de las herramientas de análisis prospectivo en el contexto cubano. Algunas aplicaciones prácticas. Universidad y Sociedad. 2014;7(1):99-108. Disponible en: https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/192/pdf_57
16. León-Mirabent C, Rodríguez-Cruz Y, Garrigó-Andreu L, Soto-Balbón MA. Prospectiva Estratégica en la Sociedad Cubana de Ciencias de la Información. Revista Publicando. 2020; 7(27), 38-53. Disponible en: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2155
17. Asamblea Nacional del Poder Popular. Anteproyecto de Ley de la Salud Pública. 2020. Disponible en: https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2023-11/proyecto-de-ley-de-salud-publica_0.pdf
18. Portal Miranda JA. Portal Miranda: Cuba necesita y merece una nueva Ley de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2023. Disponible en: https://www.parlamentocubano.gob.cu/noticias/portal-miranda-cuba-necesita-y-merece-una-nueva-ley-de-salud-publica
19. Somoza Cabrera J, Álvarez Medero P, Pérez Socarrás AJ. La prospectiva y la construcción de escenarios. Las experiencias adquiridas en el Proyecto BASAL La Habana: Editorial Universidad de la Habana. Red cubana de investigaciones sobre relaciones internacionales; 2017.
20. Calero Morales S. Fernández Lorenzo A. Un acercamiento a la construcción de escenarios como herramienta para la planificación estratégica de la Cultura Física en Cuba. Revista Digital Buenos Aires. 2007; 2 (114). Disponible en: https://www.efdeportes.com/efd114/construccion-de-escenarios-para-la-planificacion-estrategica.htm

Responsabilidad personal con la salud en Cuba: mapeo y juego de actores para su fomento

Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Yusdanys Torres Jiménez, Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

La salud es una cuestión central en la vida de los ciudadanos, un valor universal, una precondición y un resultado del desarrollo, además de un indicador de sostenibilidad social. La salud es una responsabilidad socialmente compartida, por lo que se convierte en un objetivo político por y para todos, no un mero producto de las actividades del sector sanitario.[1, 2, 3, 4] Para que cualquier meta de salud sea alcanzada es necesario involucrar a múltiples actores sociales, cuya participación intersectorial condiciona la materialización de las políticas públicas sanitarias diseñadas.[5]

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un actor social es *"…todo individuo, grupo, organización o institución que actúa en representación de sus intereses con el propósito de realizarlos. Cada actor social ocupa cierta posición, posee poder, capacidad y oportunidad para lograr sus objetivos, dentro de un contexto de relaciones y sistemas complejos de interacciones. Para realizar sus intereses deberá formular propuestas y negociarlas."*[6]

Se entienden como políticas públicas sanitarias el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar problemas relacionados con la salud, que en un momento determinado se consideren prioritarios. Estas acciones y decisiones involucran a una multiplicidad de actores, por lo que se configura como un campo en disputa. Las políticas públicas sanitarias se cristalizan en programas, proyectos, hojas de ruta, planes de acción e intervenciones sanitarias.[7] A partir de ahora, en este texto, simplemente, se utilizarán los términos políticas y actores para los conceptos antes expuestos.

El mapeo y análisis estratégico del juego de actores es un paso fundamental en el diseño y puesta en marcha de toda política. Su propósito es entender la complejidad de la realidad social e institucional en la que se intervendrá, al identificar las organizaciones o individuos que están directa o indirectamente implicados en el problema y representar gráficamente sus relaciones.[8, 9] Como herramienta en la planificación participativa, brinda mayor objetividad en el diseño, al ayudar a prever las posibles alianzas o conflictos potenciales entre actores y tomar medidas para maximizar el apoyo y minimizar la resistencia durante la ejecución.

Adicionalmente, permite determinar a cuál de los componentes de la política dirigir con mayor intensidad las actividades de abogacía.[8, 10]

En Cuba, la conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo Socialista ubica la redistribución equilibrada de responsabilidades que competen al Estado, el Gobierno, la comunidad, la familia y los individuos, como uno de los ejes para el desarrollo y la sostenibilidad de las conquistas sociales hasta el 2030.[11] En la caracterización del escenario actual, se denuncia la existencia de un déficit de responsabilidad personal con la salud en la población cubana, que se traduce en el predominio de comportamientos poco responsables, altas tasas de prevalencia de factores de riesgo modificables e indisciplinas ciudadanas, debido al incumplimiento de normas que protegen el bienestar individual o comunitario en el país.[12, 13, 14]

La necesidad de intervenir para fomentar mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana ha sido anteriormente señalada por políticos, administradores de salud y académicos de diversas ciencias. [15, 16, 17, 18] No obstante, no se han definido claramente qué actores sociales deben ser convocados para este fin, ni si el balance de poder entre ellos favorecerá la creación de alianzas estratégicas o la aparición de conflictos. El presente artículo pretende clarificar las lagunas del conocimiento antes mencionadas, al presentar el mapeo y análisis del juego de actores relacionados con el fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana en un horizonte temporal hasta el 2030.

Métodos

El texto forma parte de una investigación mayor, en la cual se realizó un ejercicio de prospectiva estratégica desde enero del 2018 hasta marzo del 2020, según la metodología de la Escuela Francesa de Prospectiva Estratégica y con el uso de la caja de herramientas de Michael Godet. Para el análisis de juego de actores se empleó el método Matriz de Alianzas y Conflictos: tácticas, objetivos, recomendaciones, y el software LIPSOR-EPITA-MACTOR® (en lo adelante simplemente MACTOR).[19]

De los 24 expertos invitados al ejercicio de Prospectiva Estratégica[17] se seleccionaron, mediante muestreo no probabilístico 12 (50 %), que fueron invitados a participar en esta fase por su experiencia previa en ejercicios de este tipo. Incluyó dos representantes de los órganos locales del poder popular, dos personas con poder de decisión de instituciones del Ministerio de Salud Pública, seis representantes de tres organizaciones no gubernamentales (dos *per cápita*) y dos académicos. El análisis de juego de actores se desarrolló siguiendo los cinco pasos propuestos por Godet.[19]

Paso 1. Mapeo de actores. Se solicitó a los expertos listar cualquier individuo, grupo, organización o institución que consideraban debían ser incluidos en una política para fomentar los niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030. Se elaboró un listado inicial con 25 actores. Para facilitar el análisis se decidió

utilizar una técnica de reducción de listado, que permitiera agrupar a los actores identificados en un número más manejable, utilizando para esto la categoría ámbito de acción política. Finalmente, el análisis se realizó a partir de 10 grupos de actores, que se caracterizaron con una breve definición, las instituciones o personas que lo integran, su tipo de poder,[20] sus funciones[21] y el alcance geográfico.

Paso 2. Analizar las relaciones de fuerza entre los grupos de actores. Mediante el llenado de la Matriz de Influencia Directa (MID) actor por actor, los expertos evaluaron la capacidad de cada grupo de actores de influir en el resto. Se otorgaron valores entre 0 (ninguna influencia) y 4 (máxima influencia).

Paso 3. Identificar los objetivos estratégicos y conocer el posicionamiento de los grupos de actores respecto a cada objetivo. Tomando en cuenta las variables estratégicas identificadas durante el análisis estructural,[18] se formuló una propuesta de objetivos estratégicos para una política dirigida al fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030. Los expertos ponderaron la posición de cada grupo de actores hacia los objetivos formulados mediante la Matriz de posiciones valoradas actor por objetivos (1MAO), con una escala de valores desde -4 (totalmente opuesto al objetivo) a +4 (totalmente favorable al objetivo). La puntuación de 0 significa neutralidad al objetivo.

Paso 4. Conocer los niveles de convergencia/divergencia entre los actores. Permite evaluar las posibles alianzas o conflictos y la movilización de los actores respecto a los objetivos estratégicos, a partir del análisis estadístico-matemático realizado por el software MACTOR, el que, automáticamente, genera nuevas matrices, coeficientes agregados y representaciones gráficas.[19]

La representación de los resultados se realizó mediante los gráficos generados por el software MACTOR. Por cuestiones de brevedad se explican solo aquellos que serán utilizados en este artículo

*Histograma de relaciones de fuerza de los actores***.** Representa el valor del vector de competitividad de cada actor. El vector de competitividad evalúa el poder del actor para crear e implementar de manera sostenida estrategias para lograr sus intereses y mantener o mejorar su posición dentro del sistema. A mayor valor, mayor poder.

*Histograma de movilización de actores por objetivos***.** Representa la capacidad de cada objetivo estratégico de movilizar a los actores para su consecución. A mayor valor, mayor capacidad de movilización del objetivo.

*Gráfico de redes o sociograma para el análisis de las convergencias/divergencias entre actores***.** Permite representar las características estructurales del entramado de relaciones de los actores (nodos), mediante líneas cuyo espesor es proporcional a la intensidad de esas relaciones (a mayor espesor, mayor intensidad del parámetro estudiado). En el caso del grafico de convergencias se traduce en posibles alianzas, mientras que el grafico de divergencias se interpreta como conflictos potenciales.

La interpretación de cada una de las representaciones antes mencionadas se complementa con la valoración cualitativa y los criterios de los investigadores y expertos involucrados en el ejercicio de prospectiva estratégica.

Paso 5. Formular recomendaciones claves para potenciar las alianzas y disminuir los conflictos en el juego de actores. Se realizan recomendaciones basadas en el análisis holístico de los resultados obtenidos en los pasos anteriores.

Esta investigación forma parte del proyecto *"La determinación social de la salud en Cuba y territorios seleccionados durante el período 2017-2021"* aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del INHEM. Se obtuvo el consentimiento informado de los expertos. La información personal se conserva bajo los principios de confidencialidad y no se revela la identidad de los participantes en el estudio.

Resultados

Mapeo de actores. La tabla 7.1 resume los 25 actores identificados como relevantes para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana y su agregación en 10 grupos, conformados según el parámetro ámbito de acción política.

Tabla 7.1. Listado y descripción de los actores sociales claves para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población

Actor agrupado según ámbito de acción	Etiqueta	Definición	Actores incluidos	Tipo de poder	Funciones	Alcance político administrativo
1.Estructuras del Poder Popular	PoderPopul	Órganos supremos del poder del Estado en el territorio bajo su jurisdicción. Se conforman por diputados (Asamblea Nacional del Poder Popular) y delegados (Asambleas Municipales del Poder Popular) elegidos mediante el voto libre, directo y secreto de la población por un término de 5 y 2,5 años respectivamente. El Poder Popular se erige como forma autóctona de organización política y máxima expresión de la institucionalización	1.Asamblea Nacional del Poder Popular	Legítimo	Legislativa Control social Abogacía	Nacional
			2.Asamblea Municipal del Poder Popular	Legítimo		Municipal
			3.Consejo de la Administración Municipal	Legítimo	Ejecutiva	

Tabla 7.1. (continuación)

Actor agrupado según ámbito de acción	Etiqueta	Definición	Actores incluidos	Tipo de poder	Funciones	Alcance político administrativo
2.Entidades de gobierno y órganos de la administración del estado	GobOACEs	Órganos ejecutivos y administrativos que constituyen el Gobierno de la República de Cuba. Ejecutan las decisiones de los Órganos del Poder Popular a su nivel, ante los cuales rinden cuenta de sus actividades. Cada ministerio posee instituciones que cumplen su mandato en los diferentes niveles geográficos y político administrativos del país	1.Consejo de Ministros	Legítimo	Ejecutiva	Nacional
			2.Ministerio de Salud Pública (MINSAP)	Experto	Ejecutiva Abogacía	Nacional Provincial Municipal
			3.Ministerio de Economía y Planificación (MEP)			
			4.Ministerio de Justicia (MINJUS)			
			5.Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS)			
			6.Ministerio de Educación (MINED)			
			7.Ministerio de educación superior (MES)			
			8.Ministerio de agricultura (MINAGRI)			
			9.Ministerio del Interior (MININT)			
			10.Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA)			
			11.Ministerio de Comunicación (ICRT)			

Tabla 7.1. (continuación)

Actor agrupado según ámbito de acción	Etiqueta	Definición	Actores incluidos	Tipo de poder	Funciones	Alcance político administrativo
3.Organizaciones de masas	OrganMasas	Constituyen la vía formal de representación ciudadana en la vida social del país y una forma de organizar y ejercer la participación comunitaria al representar a diferentes sectores de la población y sus intereses específicos en las tareas de la edificación, consolidación y defensa de la sociedad socialista. Son formalmente reconocidas y estimuladas por el Estado, por lo que la incorporación de la población a estas organizaciones es masiva	1.Comités de Defensa de la Revolución 2.Federación de Mujeres Cubanas (FMC)	Referente	Transparencia Control Social Abogacía	Nacional Provincial Municipal
4.Asociaciones eclesiásticas, religiosas, fraternales o de Fe	OrganRelFe	Organizaciones conformadas por un conjunto de personas que comparten una misma religión o reglas específicas de convivencia o fraternidad. Las instituciones religiosas y asociaciones fraternales están separadas del Estado y todas tienen los mismos derechos y deberes. Deben contar con alguna infraestructura y ser gestionadas por grupos organizados y establecidos a varios niveles (local, nacional o internacional). Incluye las Iglesias, las denominaciones y las sectas	3.Cualesquiera cumplan con la definición	Referente	Transparencia Control Social Abogacía	Nacional Provincial Municipal

Tabla 7.1. (continuación)

Actor agrupado según ámbito de acción	Etiqueta	Definición	Actores incluidos	Tipo de poder	Funciones	Alcance político administrativo
5.Organizaciones de carácter científico–profesional	OrgProfesi	Agrupaciones de carácter exclusivamente científico, integradas por los profesionales según su perfil. Entre sus fines se encuentra colaborar con las entidades de gobierno y órganos de la administración del estado a todos los niveles, en el desarrollo de los programas docentes e investigativos y la introducción en la práctica social de los logros de la ciencia y la técnica	1.Sociedades Científicas de la salud 2.Academia de Ciencias de Cuba	Experto	Control Social Abogacía	Nacional Provincial
6.Entidades de Ciencia, Técnica e Innovación	ECTI	Instituciones que tienen como actividad fundamental la enseñanza superior, la investigación científica, la innovación, los servicios científicos y tecnológicos y las producciones especializadas con valor agregado. Generan nuevos conocimientos, productos o tecnologías en los campos de la ciencia en que se desempeñan, los que se utilizan como evidencias para la realización de propuestas de soluciones económicas, sociales, políticas, ambientales y la toma de decisiones en políticas públicas	1.Cualesquiera cumplan con la definición. Incluye a universidades, centros de investigación o de servicios científicos, tecnológicos y Unidad de Desarrollo e Innovación	Experto	Ejecutiva Control Social Abogacía	Nacional Provincial

Tabla 7.1. (continuación)

Actor agrupado según ámbito de acción	Etiqueta	Definición	Actores incluidos	Tipo de poder	Funciones	Alcance político administrativo
7.Otras ONG o Redes de solidaridad identitarias	OtraONGRed	Otras organizaciones conformadas de forma voluntaria por personas con intereses privados o públicos comunes, que intentan alcanzar uno o varios objetivos particulares de interés para grupos o sectores que no forman parte de la estructura estatal. Por lo general, en el contexto cubano, estas organizaciones no poseen fines de lucro y se conectan por diferentes vías y en distintos grados de afinidad con el sistema político, a través del proyecto socialista. Pueden tener carácter permanente y reconocimiento formal o simplemente tomar forma de una red de individuos que comparten un conjunto de valores identitarios específicos. La adhesión a estas ONG o Redes identitarias puede funcionar independientemente de si las mismas se intersectan, solapan o fusionan entre sí	1.Cualesquiera cumplan con la definición	Referente	Ejecutiva Control Social Abogacía	Nacional Provincial Municipal
8.Trabajadores propios del Sector salud	TrabSalud	Aquellos contratados por el MINSAP para ejercer función de dirección o prestación de servicios y cuidados a pacientes y comunidades	1.Decisores de políticas de salud 2.Trabajadores de salud publica	Legítimo Referente Experto Experto	Ejecutiva Abogacía	Nacional Provincial Municipal Consejo Popular Circunscripción

Tabla 7.1. (continuación)

Actor agrupado según ámbito de acción	Etiqueta	Definición	Actores incluidos	Tipo de poder	Funciones	Alcance político administrativo
9.Ciudadanos	Cuidadanos	Cualquier persona que ostente la ciudadanía cubana, independientemente de que la misma sea adquirida por nacimiento o por naturalización. Como ciudadano adquiere derechos y deberes con el cuidado de la salud estipulados en la Constitución de la República de Cuba y el resto de las leyes derivadas de esta	1.Ciudadanos	Coercitivo Recompensa	Legislativa Electoral Control Social Abogacía	Nacional Provincial Municipal Consejo Popular Circunscripción
10.Trabajadores sociales	TrabSocial	Profesionales que, dotados de una alta sensibilidad humana, sentido de justicia social y dominio de herramientas para la transformación social, se dedican a la atención directa y diferenciada de los sectores de población considerados en desventaja social. Promueven la concientización y orientación de las personas en la búsqueda de alternativas de solución a su problemática, para contribuir con el mejoramiento de sus condiciones de vida Dentro del sistema nacional de salud los trabajadores sociales forman parte de un equipo multidisciplinario dedicado a identificar las carencias y necesidades sociales que interfieren en el proceso salud –enfermedad, con la finalidad de que el paciente, la familia, el grupo y la comunidad sean partícipes en los programas y proyectos de salud encaminados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y habilitación	1.Trabajadores sociales	Recompensa Experto	Ejecutiva Abogacía	Nacional Provincial Municipal Consejo Popular Circunscripción

Análisis estratégico del juego de actores. Relaciones de fuerza entre actores (Matriz MID). La tabla 7.2 presenta los valores asignados por los expertos a la matriz de influencias directas actor por actor.

Tabla 7.2. Matriz de Influencia Directa Actor por Actor (MID)

ACTORES	PoderPopul	GobOACEs	OrganMasas	OrganRelFe	OrgProfesi	ECTI	TrabSoc	TrabSalud	Poblacion	OtraONGRed
PoderPopul	0	4	3	2	3	3	3	4	2	4
GobOACEs	3	0	3	2	3	3	3	4	2	4
OrganMasas	2	3	0	2	3	3	3	4	1	3
OrganRelFe	0	0	2	0	1	2	2	1	3	2
OrgProfesi	0	0	0	2	0	3	4	3	1	2
ECTI	4	4	3	0	3	0	4	3	1	3
TrabSoc	1	0	0	2	3	3	0	3	3	2
TrabSalud	2	3	3	2	4	3	4	0	2	2
Ciudadanos	4	3	4	4	3	4	4	4	0	4
OtraONGRed	2	2	2	0	1	2	1	1	3	0

Leyenda:

PoderPopul=Estructuras del Poder Popular.

GobOACEs=Entidades de gobierno y órganos de administración del estado.

OrganMasas=Organizaciones de Masas.

OrganRelFe=Asociaciones eclesiásticas, religiosas, fraternales o de Fe.

OrgProfesi=Organizaciones de carácter científico-profesional.

ECTI=Entidades de Ciencia, Técnica e Innovación.

TrabSoc=Trabajadores sociales.

TrabSalud=Trabajadores del sector salud.

Cuidadanos=Ciudadanos.

OtraONGRed=Otras ONG o redes de solidaridad identitaria.

Fuente: Consulta a expertos

El histograma de relaciones de fuerza de los actores muestra a los ciudadanos como el actor con mayor poder, seguido de las estructuras del Poder Popular, las entidades del Gobierno y los Órganos de la Administración Central del Estado, además de las Organizaciones de Masas. Las organizaciones profesionales representan al actor con menor poder dentro del sistema (fig. 7.1).

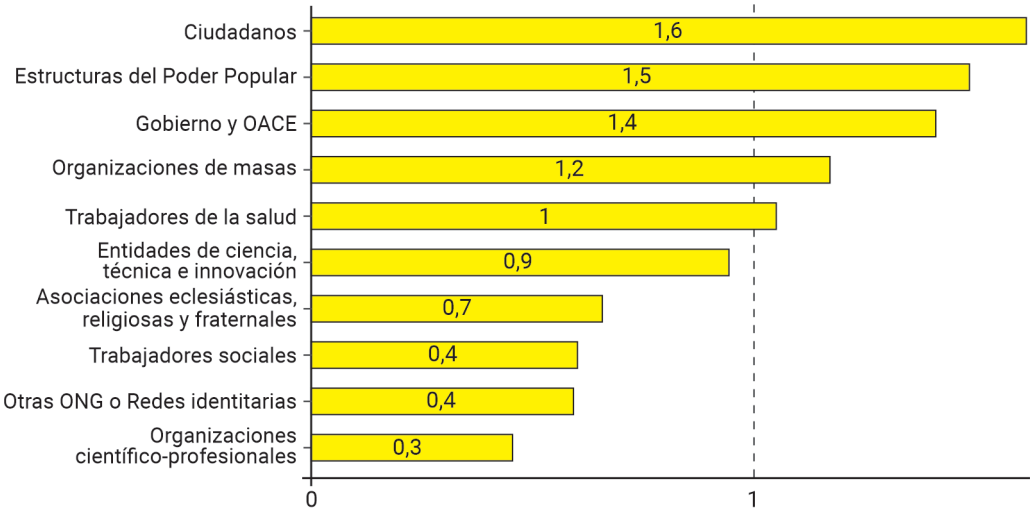


Fig. 7.1. Histograma de relaciones de fuerza de los actores. La leyenda es la misma que la de la tabla 7.2. *Fuente*: Consulta a expertos.

Identificación de los objetivos estratégicos y posiciones valoradas actor por objetivos. Las tablas 7.3 y 7.4 muestran la transformación de las variables claves[17] en objetivos estratégicos y los valores aportados por los expertos en la Matriz de posiciones valoradas actor por objetivos (1MAO).

Tabla 7.3. Objetivos estratégicos

Variable estratégica	Abreviatura	Objetivo estratégico
Acción intersectorial	Ac_Interse	Fortalecer la acción intersectorial y la gobernanza para la salud
Normas sociales y marco jurídico	Norma_Ley.	Actualizar el marco normativo y jurídico relativo a la responsabilidad social con la salud
Rendición de cuentas individual	Rend_Cuent	Establecer nuevos mecanismos de rendición de cuentas en el cumplimiento de deberes en el cuidado de la salud
Rendición de cuentas del Estado-Gobierno		
Enfoque paternalista en salud	Transc_Pat	Trascender el paradigma paternalista de la práctica salubrista cubana
Alfabetización en salud	Alfab_Salu	Aumentar los niveles de alfabetización en salud de la población cubana
Apoyo al cuidado y bienestar	Apoyo_Cuid	Implementar sistemas integrales para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar

Tabla 7.4. Matriz de posiciones valoradas actor por objetivo (1MAO)

Objetivos estratégicos Actores	Ac_Interse	Norma_Ley	Rend_Cuent	Nuev_Parad	Alfab_Salu	Apoyo_Cuid
PoderPopul	4	3	3	4	3	3
GobOACEs	4	3	3	4	3	3
OrganMasas	4	4	3	4	4	4
OrganRelFe	3	4	2	4	4	4
OrgProfesi	4	3	4	4	4	4
ECTI	4	1	4	4	3	4
TrabSoc	0	0	0	4	3	3
TrabSalud	4	1	4	4	3	4
Ciudadanos	3	4	4	4	4	3
OtraONGRed	3	4	0	4	3	4

Leyenda: Es la misma que la de la tabla 7.2. *Fuente*: Consulta a expertos.

El análisis del posicionamiento de los actores respecto a los objetivos revela que no existe oposición a ellos. El objetivo estratégico con mayor movilización es trascender el paradigma paternalista de la práctica salubrista cubana (Transc_Pat). El de menor movilización es actualizar el marco normativo y jurídico relativo a la responsabilidad social con la salud (Norma_Ley) (fig. 7.2).

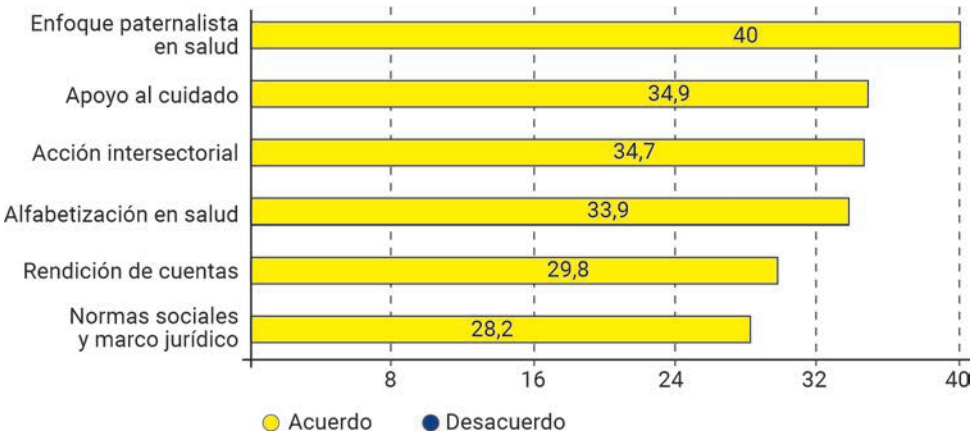


Fig. 7.2. Histograma de movilización de actores por objetivos.

Niveles de convergencias/divergencias entre actores. El software no detectó divergencias entre los actores (por lo cual no generó gráfico de divergencias), lo que se traduce como una probabilidad mínima de conflictos entre los grupos de actores. Para el análisis de las posibles alianzas se muestra el sociograma de convergencias, figura 7.3.

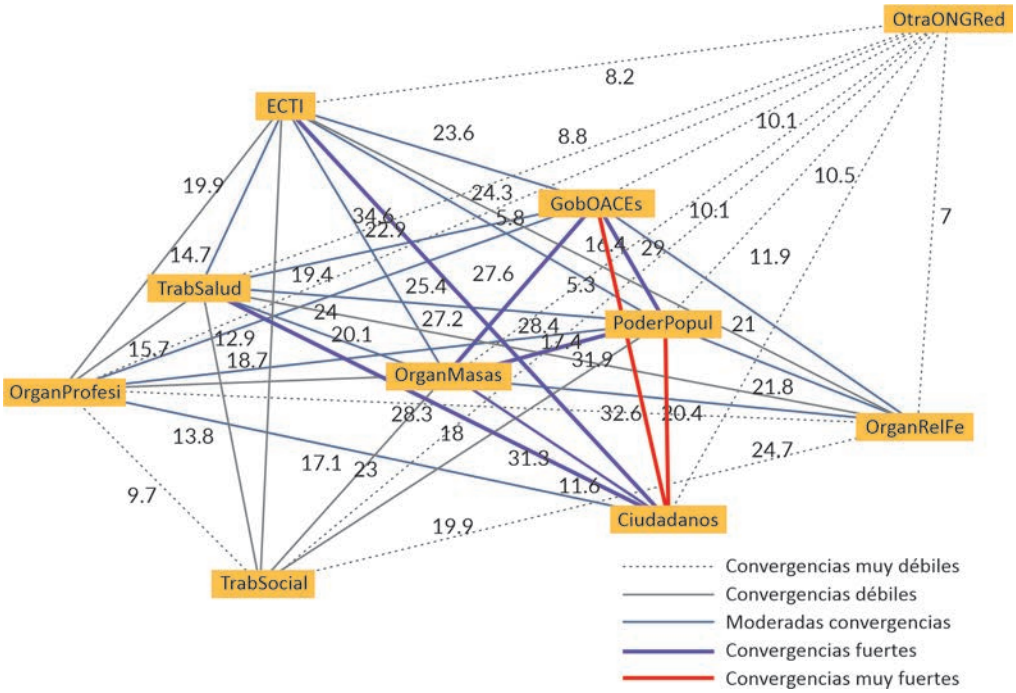


Fig. 7.3. Sociograma para el análisis de convergencias entre actores.

El análisis de las características estructurales de la red, conformada por los grupos de actores, arrojó los siguientes resultados:

- El actor ciudadanos posee las mayores relaciones de convergencia con el resto de los actores del sistema. Son muy fuertes con las entidades de gobierno y Órganos de la Administración Central del Estado, además de, con las estructuras del Poder Popular, mientras, son fuertes con las entidades de ciencia, técnica e innovación, los trabajadores del sector salud y las organizaciones de masas. Con el resto de los actores se establecen convergencias débiles o muy débiles.
- Las organizaciones de carácter científico-profesional presentan solo moderadas convergencias con los ciudadanos, las estructuras del Poder Popular y las entidades de gobierno y órganos de administración del estado.
- Las convergencias entre las asociaciones eclesiásticas, religiosas, fraternales o de Fe son moderadas con los ciudadanos, las organizaciones de masas, las estructuras del Poder Popular y las entidades de gobierno y órganos de administración del estado; pero se mantienen débiles con los trabajadores de la salud y los trabajadores sociales.
- Los trabajadores sociales y el actor otras ONG o redes de solidaridad identitaria son los actores de menor conexión con el resto de los integrantes del sistema. En el caso de las otras ONG o redes de solidaridad identitaria todas sus convergencias son muy débiles.
- Los trabajadores del sector salud presentan convergencias fuertes con los ciudadanos, pero moderadas o bajas con el resto de los actores.

Recomendaciones claves para potenciar las alianzas y disminuir los conflictos en el juego de actores

Los resultados anteriores permiten realizar las siguientes recomendaciones para potenciar las alianzas y disminuir los conflictos entre los actores en el horizonte de análisis del estudio.

Dado que los grupos de actores con más poder dentro del sistema son los ciudadanos, seguidos de las estructuras del Poder Popular y las entidades de gobierno y órganos de la administración central del estado, resulta de vital importancia prestar especial atención a las dinámicas de comunicación entre ellos y la percepción que tienen sobre sus oportunidades de participación, en aras de lograr el fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana. Se debe recordar que estos tres actores, a pesar de que presentan altos niveles de convergencia entre ellos, siempre lucharán por mantener y, si es posible mejorar, su posición dentro del conjunto de actores con los que se relaciona.

El gráfico de convergencias muestra que, el grupo de actores denominado otras ONG o redes de solidaridad identitaria es el más débilmente incluido en el entramado de relaciones del sistema estudiado. Se deben plantear acciones orientadas a su reconocimiento, promover su participación y consolidar sus vínculos con los demás actores, pues, aunque tiene bajos niveles de poder, no debe ser despreciado por muy pequeño que sea. Además, este grupo de actores en particular, no se opone a los objetivos propuestos, ni tiene divergencias con el resto en cuanto a la necesidad de fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana.

La no evidencia de divergencias o conflictos entre los grupos de actores analizados demuestra que predomina la posibilidad de trabajar de forma coordinada e intersectorial en el tema de estudio y que existen grandes probabilidades de desarrollar alianzas duraderas entre todas las partes interesadas. Sin embargo, esto no significa que no puedan emerger puntos de contradicción. Simplemente, se prevé que, de existir estas contradicciones, no tendrán carácter antagónico. Muy por el contrario, pueden comportarse como elementos generadores de soluciones innovadoras para el desarrollo futuro. Se recomienda monitorear la evolución de esta situación durante el horizonte temporal previsto, con el objetivo de reevaluar el sistema y reducir la incertidumbre ante un entorno cambiante.

Los objetivos estratégicos: trascender el paradigma paternalista de la práctica salubrista cubana e implementar sistemas integrales para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar presentan el mayor poder de movilización de los grupos de actores, por lo cual, se recomienda considerarlos el núcleo central de la política que se elabore y construir, a partir de ellos, los procesos de alineamiento estratégico.

Discusión

La manera en que se formula y manifiesta la responsabilidad social con la salud (ya sea individual o colectiva, de instituciones públicas o de los ciudadanos en su vida privada) está atravesada por el posicionamiento de los diferentes actores que coexisten en la sociedad y el poder que estos ostentan.[22] Para la elaboración de cualquier política dirigida a fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana para el año 2030 se necesita

obtener información sobre las percepciones, alianzas o conflictos entre las partes llamadas a incorporarse activamente a las diferentes alternativas de solución propuestas.

La presente investigación se centra en el mapeo y el análisis estratégico del juego de actores, herramienta útil para la toma de decisiones ante situaciones complejas, ya que permite explicar el comportamiento de los actores en un escenario social específico, contribuye a construir consensos sociales sobre problemas públicos y la manera de abordarlos, además de mejorar los canales de comunicación entre los involucrados en el tema a intervenir.[11]

Aunque a nivel internacional abundan las publicaciones sobre mapeo y análisis de actores, en Cuba el abordaje de esta temática en revistas es escaso. Una búsqueda bibliográfica sobre el tema en internet permitió identificar 8 artículos y 7 disertaciones sobre el tema. Mientras solo uno de los artículos recuperados aborda temas de salud,[23] todas las tesis utilizan el método MACTOR.[1]

Esto se debe a varios elementos. Primero, el enfoque metodológico de la Escuela Francesa de Prospectiva Estratégica es conocida en la región, gracias al apoyo brindado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para su difusión y para la creación de redes de investigación que utilizan la caja de herramientas de Michael Godet (que contiene el software MACTOR) para realizar sus investigaciones.[24] En Cuba, la metodología propuesta por la Escuela Francesa de Prospectiva Estratégica se integró a los programas curriculares de las universidades cubanas, y la Escuela Superior de Cuadros del Estado y del Gobierno la adoptó para los ejercicios de la actualización del Modelo Económico y Social Cubano.[25, 26]

Segundo, la libre disponibilidad de software informáticos desarrollados por el Laboratorio de Investigación en Prospectiva, Estrategia y Organización (incluye MICMAC, MACTOR, SMIC, MULTIPOL Y MORPHOL) han contribuido a su popularidad entre los investigadores, al viabilizar los cálculos de base matricial que por métodos tradicionales es tediosa y tendente a errores. El software MACTOR ofrece muchísima información, al generar gráficos que son fáciles de leer e interpretar para alguien con un mínimo de conocimientos sobre el tema, lo cual, agiliza la comprensión del investigador. El programa tiene la opción de generar un informe con todos los resultados, pero sigue siendo trabajo del investigador el interpretar y dar una correcta valoración a los gráficos resultantes.

Tercero, al conjugar el análisis matemático (enfoque cuantitativo) con los criterios de expertos (enfoque cualitativo), los resultados obtenidos por este tipo de estudios se perciben con alto nivel de confiabilidad por los políticos y tomadores de decisión, lo cual incrementa la aceptación de las recomendaciones que se realizan.[27, 28] Sin embargo, se debe reconocer que MACTOR es un software poco socializado en el ámbito de la salud publica en Cuba.

Los resultados de la presente investigación sugieren la existencia de múltiples actores implicados en el fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana.

[1] Se realizó una búsqueda bibliográfica el 23/03/2023 en las bases de datos electrónicas MEDLINE y el Portal de Ciencias de la Salud Infomed. Las estrategias de búsqueda utilizadas combinó términos incluidos en el MeSH y palabras libres: mapping actors OR mapping stakeholders OR stakeholders analysis OR social Actor analysis) OR (MACTOR) AND Cuba. Dos de los autores (IPLG y YTJ) actuaron como revisores y examinaron los títulos y los resúmenes de los documentos recuperados.

Esto resulta coherente con los hallazgos obtenidos en la etapa previa de análisis estructural, en la cual, la intersectorialidad emergió como la variable estratégica de mayor influencia en el sistema.[17]

El listado configurado por los expertos incluyó a actores políticos y del sector público, a organizaciones no gubernamentales y a actores del mundo académico, además de las personas individuales en calidad de ciudadanos. El uso de la categoría ámbito de acción política para agrupar a los actores demostró reflejar adecuadamente el marco estructural y funcional de la sociedad cubana a todos los niveles. No obstante, en la investigación original también se realizó el análisis en los niveles nacional, provincial, local y hacia lo interno del Consejo de Ministros. Estos resultados no se presentan por cuestiones de brevedad, pero están disponibles para su socialización, previa solicitud a los autores.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se deduce que, los ciudadanos son los actores dominantes del sistema, al obtener el mayor valor del vector de competitividad y representarse en el sociograma como el actor con mayores relaciones de convergencia con los otros. Estos hallazgos refuerzan la importancia del ciudadano como un actor social, independientemente de que sea o no capaz de agregar sus intereses y reivindicaciones al de otras personas para formar organizaciones o redes de solidaridad identitaria. Sostenemos que, la configuración conceptual y práctica de la ciudadanía se asocia a un estatus de derechos y responsabilidades y con la pertenencia a un Estado.[29, 30]

Partiendo de la definición consensuada por los expertos, implica, el disfrute de derechos y el cumplimiento de deberes —en este caso con el cuidado de la salud individual y comunitaria— mediante la participación consciente y voluntaria en la vida política, la inmersión en esa vida y el compromiso con ella en un sentido amplio e incluyente.[30]

Los autores consideran que los investigadores de las ciencias sociales aplicadas a la salud en Cuba deben realizar un mayor esfuerzo teórico para entender el poder del ciudadano para incidir, a título individual, en la identificación de problemas sanitarios, su priorización dentro de la agenda social, así como el diseño, formulación, implementación y evaluación de las intervenciones concebidas para la solución a los problemas priorizados.[18, 31]

Tradicionalmente, en el país, el poder ciudadano se ha manifestado en términos comunitarios o colectivos, pero no se ha de olvidar el papel de lo individual. Lo colectivo se produce cuando las conciencias particulares interactúan y se mancomunan en una acción social, y es precisamente esa acción la que garantiza la protección social de la salud.[32] También se debe reconocer que, si bien la actitud cooperativa de la población en temas sanitarios ha sido la norma, las opciones de negociación o resistencia también son posibles.

En el caso que nos ocupa en este estudio, la responsabilidad personal con la salud, investigaciones previas alertan sobre la divergencia en la representación social de este concepto entre los diferentes actores de la sociedad cubana. Destaca, que la población cubana percibe la responsabilidad personal con la salud como un tema limitado al autocuidado, en detrimento de una visión ampliada hacia la protección de la salud comunitaria, que es la apuesta de académicos y de las autoridades públicas.[18] Aunque a partir de los resultados obtenidos no parece que estas divergencias puedan provocar conflictos que eviten las alianzas entre los ciudadanos y el resto de los actores incluidos, la futura política para fomentar

la responsabilidad personal con la salud en la población cubana deberá incluir acciones para el monitoreo periódico de la posición de los ciudadanos respecto a los objetivos estratégicos formulados y las acciones implementadas.

Otros actores con altas dosis de poder son las estructuras del Poder Popular, las entidades de gobierno y los órganos de la administración central del estado, además, de las organizaciones de masas. Todos ellos son partes integrantes de un sistema que cuenta en el país con autoridad política y administrativa, pero requieren de una correcta articulación entre sí para cumplir con el propósito constitucional de lograr la satisfacción de las necesidades de la población desde el nivel local hasta el nacional.[33]

Resultan alentadoras las fuertes convergencias entre ellos y, en especial, con los ciudadanos. Es de destacar que entre las entidades del gobierno y los órganos de la administración central del estado identificados como relevantes para promover la responsabilidad personal con la salud, se incluyen 10 de los 27 ministerios del país, lo que representa el 37 %. Para el equipo de investigación, los ministerios identificados son aquellos en los que su posible aporte resultó más evidente para los expertos, pero no se descarta la participación de otros ministerios no identificados en esta indagación. Igual análisis se realiza para las organizaciones de masas. Los Comité de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) son las organizaciones con mayor membresía del país, dado su carácter masivo, solo limitado por la edad y el sexo, respectivamente. Ambas organizaciones, con especial incidencia en las familias, tienen alcance nacional, aunque su trabajo primordial se realiza en el espacio local: el barrio, el municipio. Estas características condicionaron a los expertos para considerarlas como las de mayor importancia para trabajar en el tema, por encima de otras que focalizan su impacto en grupos poblacionales específicos.

Especialmente interesante resultó, que las organizaciones de carácter científico-profesional fueran el actor con menor poder dentro del sistema. Un primer análisis podría sugerir quen quizásn no se está aprovechando todo el potencial de este grupo de actores para fomentarn entre las partes interesadasn la comprensión del problema que se pretende solucionar (bajos niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana)n las causas que lo originan, su impacto social y las posibles soluciones. No obstante, esta interpretación debería ser emitida con cierta cautelan dado que los actores que componen este grupo (Sociedades científicas de la salud y la Academia de Ciencias de Cuba) son elementos clave a la hora de validar información o asesorar al MINSAP y al gobierno central en la toma de decisiones.

Es posible, que separar las organizaciones de carácter científico-profesional de las entidades de ciencia técnica e innovación (con solapamiento de los individuos que las componen) haya influenciado el análisis a favor de las segundas que, además de poder experto, poseen una función ejecutiva que les otorga mayor poder dentro del sistema.

Las organizaciones no gubernamentales y redes de solidaridad identitaria, junto a las asociaciones eclesiásticas, religiosas, fraternales o de Fe, aunque mejor ubicadas que las organizaciones de carácter científico-profesional, también se encuentran con bajos niveles de poder. Repensar el rol de la espiritualidad, la fe y las creencias religiosas en el fortalecimiento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana es una tarea pendiente

para el sector salud y otros tomadores de decisión. La inserción de estos grupos de actores en la política dependerá de cómo el resto de las partes interesadas conciben su papel en la sociedad, el modo en que se internalizan sus discursos y se evalúa su capacidad para frenar, acompañar o propiciar las transformaciones que urgen al país.[34] El sociograma muestra que hoy es poco aprovechada la opción de formar alianzas con ellos.

Varias publicaciones nacionales e internacionales señalan la intersección entre espiritualidad, fe, creencias religiosas y salud.[35] La historia de Cuba nos muestra una rica dinámica sociorreligiosa, que hoy se caracteriza por una pluralidad de ofertas, que compiten entre ellas, y por personas que reconstruyen su religiosidad articulando creencias, símbolos, rituales, prácticas, místicas y propuestas éticas de diversas procedencias, aunque no se afilie a ninguna religión u organización específica.[34] Durante años, la visión del sector salud sobre estas organizaciones se ha centrado en identificar aquellas prácticas insanas que implican limitaciones en la esfera de la salud y el autocuidado. Sin embargo, es justo reconocer que, desde su doctrina, muchas religiones promueven el autocuidado y la práctica de comportamientos saludables. Además, los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas en situación de vulnerabilidad social, entre otros, son grupos poblacionales con los que estas organizaciones trabajan temas de salud, por lo que se convierten en actores con los que resulta imprescindible crear alianzas.

La inexistencia de oposición hacia los objetivos estratégicos propuestos sugiere una predisposición de los grupos de actores al establecimiento de alianzas estratégicas, lo cual aumenta las posibilidades de estrechar las relaciones de cooperación entre ellos. Esto es especialmente valido para los dos objetivos estratégicos con mayor poder de movilización, al existir una mayor convergencia de opinión y compromiso para el trabajo grupal.

El debate sobre el paternalismo de la sociedad cubana es reciente, y su relación con la responsabilidad personal con la salud ya se analizó con anterioridad.[15, 16, 17, 36, 37, 38] Los esfuerzos por estructurar en Cuba un sistema integral de cuidados han cobrado una fuerza mayor en los últimos años. Aun así, existen limitaciones en el enfoque utilizado, que se centra en el reto que representan para el país el envejecimiento poblacional, la corresponsabilidad de la familia de no dejar desamparado a los ancianos y el impacto en salud sobre los cuidadores informales a largo plazo. El objetivo estratégico propuesto en esta investigación integra esas visiones, pera va más allá. Se propone dar mayor apoyo a los individuos para que puedan implementar un autocuidado efectivo en todas las etapas del ciclo vital y así prevenir la aparición de enfermedades y promover una mejor salud a lo largo del ciclo de la vida. Además, enfatiza en la importancia de apoyar a las personas y sus familias para el manejo efectivo de la enfermedad en el hogar una vez esta se haya instaurado.

El menor poder de movilización presentado por el objetivo estratégico relacionado con actualizar el marco normativo y jurídico en lo relativo a la responsabilidad social con la salud denota desconocimiento del enfoque de salud en todas las políticas (SeTP). Se insiste en la importancia de un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior y los espacios de discusión política donde se consideren, sistemáticamente, las implicaciones sanitarias de las

decisiones en todos los sectores. Para avanzar en la integración de la SeTP es imprescindible fortalecer el trabajo intersectorial, donde salud dirija técnicamente, pero se abstenga de imponer su hegemonía en la exploración, junto a otros sectores, de innovaciones políticas, la implementación de nuevos mecanismos e instrumentos participativos y mejores marcos normativos para fomentar la responsabilidad social con la salud y, en el caso que nos ocupa, la responsabilidad personal.[39]

Fortalezas y limitaciones del estudio

Hasta donde se conoce, este artículo es una de las primeras experiencias socializadas en una revista científica, de la aplicación de la Escuela Francesa de la Prospectiva Estratégica y el uso del software MACTOR en el análisis de un problema sanitario en Cuba. Se trata de metodologías ampliamente validadas a nivel internacional, cuya introducción en el país se produjo en los últimos años del siglo XX. La investigación, soportada por la revisión bibliográfica, observación científica y la consulta a expertos, contribuyó a la identificación de una amplia red de actores relacionada con el problema estudiado y su caracterización. Aunque el listado de actores identificados no puede ser considerado completo ni exhaustivo, sí representa un importante aporte que puede constituir una guía para futuras investigaciones de este tipo en el país.

El uso del software MACTOR aportó información estratégica y permitió incrementar la efectividad de las decisiones, al basarse en evidencia científica confiable. Dado que la realidad es cambiante, el modelo puede ajustarse de forma variable en el futuro al aparecer factores de disrupción importantes capaces de provocar el cambio de posición de algún actor frente a los otros integrantes del sistema o los objetivos planteados. Se recomienda, por tanto, realizar un monitoreo frecuente de la evolución de estas posiciones.

Conclusiones

Se puede concluir que, el mapeo y análisis del juego de actores realizado permitió evidenciar la posibilidad de alianzas entre los actores que componen el sistema, así como el alineamiento estratégico de estos con los objetivos estratégicos formulados. Es importante tener en cuenta estos resultados para la futura elaboración de una política dirigida al fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030, por lo que los resultados deben ser divulgados entre los tomadores de decisión.

Referencias bibliográficas

1. Kickbusch I, Buss PM. Health in the post-2015 agenda: perspectives midway through. Cad Saude Publica. 2014;30(10):2035-7. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPE021014

2. Manuel Urbina Fuentes M, Jasso Gutiérrez L, Schiavon-Ermani R, Lozano R, Finkelman J. La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Gac Med Mex. 2017;153(6):697-730. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n6/GMM_153_2017_6_697-730.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. Informe de la Secretaría. 66.ª Asamblea Mundial de la Salud documento A66/47. Punto 14.1 del orden del día provisional. 1 de mayo de 2013. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_47-sp.pdf
4. Organización de la Naciones Unidas para la educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Responsabilidad Social y Salud. Informe del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO. 2010.
5. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. Rev Cub Salud Pública. 2018;44(3):e1214. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300004
6. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Términos de Promoción de Salud. Washington: OMS; 1998. Disponible en: https://medicinaunlam.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/04/ua05_-ops-glosario-de-promocion-de-la-salud.pdf
7. Fernández Arroyo N, Schejtman L. Planificación de políticas, programas y proyectos sociales. 1a ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2012. Disponible en: https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1419.pdf
8. Tapella E. El mapeo de actores claves. Documento de trabajo del proyecto Efectos de la biodiversidad funcional sobre procesos ecosistémicos, servicios ecosistémicos y sustentabilidad en las Américas: un abordaje interdisciplinario. Universidad Nacional de Córdoba, Inter-American Institute for Global Change Research (IAI); 2007. Disponible en: https://planificacionsocialunsj.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf
9. Bernstein SL, Weiss J, Curry L. Visualizing implementation: contextual and organizational support mapping of stakeholders (COSMOS). Implement Sci Commun. 2020;1:48. DOI: https://doi.org/10.1186/s43058-020-00030-8
10. Silva Jaramillo S. Identificando a los protagonistas: el mapeo de actores como herramienta para el diseño y análisis de políticas públicas. Gobernar. The Journal of Latin American Public Policy and Governance. 2017;1(1): Disponible en: https://orb.binghamton.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=gobernar
11. Partido Comunista de Cuba. Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista plan nacional de desarrollo económico y social hasta 2030: propuesta de visión de la nación, ejes y sectores estratégicos. La Habana; PCC. 2021. Disponible en: https://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Copia%20para%20el%20Sitio%20Web.pdf
12. Fernández Ríos O. En tiempos de pandemia: hablemos de responsabilidad. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2020;10(2). Disponible en: https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/771

13. Torres Jiménez Y. Autorresponsabilidad con la salud. Policlínico Andrés Ortiz. Guanabacoa [Tesis]. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2018.
14. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: ECIMED; 2015. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/iii-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-y-actividades-preventivas-de-enfermedades-no-trasmisibles-cuba-2010-2011/
15. Luis Gonzálvez IP, Martinez Calvo S, Alvarez Pérez AG. Community Engagement, Personal Responsibility and Self Help in Cuba's Health System Reform. MEDICC Review. 2012;14(4):44-47. Disponible en: http://mediccreview.org/community-engagement-personal-responsibility-and-self-help-in-cubas-health-system-reform/
16. Luis Gonzálvez IP. Personal Responsibility in Cuba's Universal Health Model. MEDICC Review. 2017;19(2-3):76. Disponible en: http://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_595.pdf
17. Luis-Gonzalvez IP, Pérez A, Torres-Jiménez Y. Responsabilidad personal con la salud en Cuba: análisis estructural e identificación de variables estratégicas. Medisur. 2022;20(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5496
18. Luis-Gonzálvez I, Torres-Jiménez Y, Alvarez-Pérez A. Responsabilidad personal con la salud. Conocimientos y percepciones de diferentes actores sociales. Revista Finlay. 2020;10(3):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/707
19. Godet M, Durance P. Prospectiva Estratégica: problemas y métodos. Cuaderno nº 20. 2da ed. París: Laboratoire d›Investigation Prospective et Stratégique (LIPSOR); 2007. Disponible en: https://archivo.cepal.org/pdfs/GuiaProspectiva/Godet2007.pdf
20. French J, Raven B. The Bases of Social Power. In: Studies in Social Power (Cartwright D editor). Ann Arbor, MI: Research Center for Group Dynamics, Institute for Social Research. pp. 150–167. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-5-extraordinaria-de-2019
21. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición Extraordinaria No. 5. 2019.
22. Franco-Cortés AM, Roldán-Vargas O. Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. Rev latinoam cienc soc niñez juv. 2015;13(2): 823-835. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2015000200020&lng=en.
23. Fernández Lorenzo A, Arias Puedmag DE, Padilla Oyos CR, Calero Morales S, Parra Cárdenas HA. Alianzas y conflictos entre grupos de interés de un hospital militar: aplicación del método Mactor. Rev Cubana Invest Bioméd. 2017;36(1):1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000100012&lng=es

24. Jorge Máttar y Mauricio Cuervo (compiladores) Planificación y prospectiva para la construcción de futuro en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2013-2016. Naciones Unidas: Editorial Cepal; 2016.
25. Fernández Lorenzo A, Flores Lóriga J, Fernández Concepción RR, Armijos Robles LA, Moreno Bastidas GR. Inserción de los estudios de prospectiva estratégica en la Universidad de Pinar del Río, Cuba. Revista Digital. 2016;20(212):[aprox. 14 p.]. Disponible en: https://www.efdeportes.com/efd212/estudios-de-prospectiva-estrategica-en-la-universidad.htm
26. León-Mirabent C, Rodríguez-Cruz Y, Garrigó-Andreu L, Soto-Balbón MA. Prospectiva Estratégica en la Sociedad Cubana de Ciencias de la Información. Revista Publicando. 2020;7(27):38-53. Disponible en: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2155
27. García Capote E, Lezcano Lastre I. Estudios de prospectiva cubanos 2004-2016. Exploración preliminar en la internet. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016;6 (2): [aprox. 7p]. Disponible en: https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/345
28. Fergnani A. Mapping fifty years of Futures studies scholarship (1968–2017). En: The knowledges base of futures studies 2020 (Richard Slaughter and Andy Hines Editors). First edition. Association of Professional Futurists and Foresight International2020. Washington, DC, USA.
29. Martínez López S, López Rodríguez del Rey MM. La formación del ciudadano. Un desafío histórico de la educación. Revista Universidad y Sociedad. 2021;13(3), 370-381. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000300370&lng=es&tlng=es
30. Luis Gonzálvez IP, Martínez Calvo SM. Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2013;51(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000300008
31. Fuenmayor J. Actores en las decisiones públicas: aportes desde el enfoque de análisis de políticas. Revista Económicas CUC. 2017;38(2):43-60. Disponible en: https://revistascientificas.cuc.edu.co/economicascuc/article/view/1786
32. Gispert-Abreu E. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Rev Cubana Salud Pública. 2016;42(2). Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/530
33. Perez Hernández L, Diaz Legon OJ. Municipio y política pública local. Una mirada al contexto cubano desde la Constitución. UH. 2020;(289): 257-272. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-92762020000100257&lng=es&nrm=iso
34. Perera Pintado AC. Nuevos movimientos religiosos. Retos al escenario político cubano. Revista Temas. 2013;76:63-70. Disponible en: https://temas.cult.cu/revista/mostra_pdf/75
35. Ransome Y. Religion, Spirituality, and Health: New Considerations for Epidemiology. Am J Epidemiol. 2020;189(8):755-758. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8059224/

36. Castro Ruz R. La Revolución es la obra más hermosa que hemos hecho. Discurso pronunciado en la clausura de la Sesión Constitutiva de la IX Legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular. La Habana: Oficina del Consejo de Estado; 2018-04-19. Disponible en: http://www.cubadebate.cu/opinion/2018/04/20/discurso-de-raul-castro-ruz/
37. Díaz-Canel Bermúdez M. Discurso pronunciado en la clausura del IV Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular en su IX Legislatura. La Habana: Oficina del Consejo de Estado; 2019. Disponible en: https://www.granma.cu/discursos-de-diaz-canel/2019-12-21/diaz-canel-al-pueblo-de-cuba-unidos-hemos-vencido-unidos-venceremos-21-12-2019-20-12-34
38. Peña Farías A. Régimen de bienestar en la Cuba revolucionaria. En: Peña Farias A (coordinador). Desigualdad y problemas del desarrollo en Cuba. La Habana: Editorial UH; 2016.
39. Organización Mundial de la Salud. Salud en todas las políticas. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/accion-intersectorial-salud-todas-politicas

Líneas estratégicas y acciones para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en Cuba

Isabel Pilar Luis Gonzálvez,
Yusdanys Torres Jiménez,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

Fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana es una necesidad apremiante para lograr las metas contenidas en el Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo hasta el año 2030. Este documento reconoce la responsabilidad social como un principio del modelo y, dentro de ella, la responsabilidad personal como una de las vías para materializar el progreso económico, social y cultural a nivel de colectivos, comunidades, familias e individuos, sobre la base de la participación, el respeto a los derechos y el ejercicio de los deberes ciudadanos.[1]

La recientemente aprobada nueva Ley de Salud Pública se apropia de este argumento e incluye —por primera vez dentro de una norma de esta relevancia— "…la participación activa y responsable del individuo, la familia, la comunidad" (artículo 8.1) como fundamentos de la doctrina salubrista cubana. Esta norma legal asigna deberes a los usuarios de los servicios (artículo 17), y al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) la misión de promover en los ciudadanos "…el desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas relacionadas con la salud, el autocuidado y los estilos de vida saludables" (artículo 73.3).[2]

Desde hace algunos años, académicos del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba (INHEM), conscientes de los bajos niveles de responsabilidad con la salud de la población cubana, reflexionan sobre las líneas estratégicas y acciones que serían útiles para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en el contexto cubano.[3, 4, 5, 6, 7] Comprenden que el desafío implica lograr un cambio en creencias, percepciones, actitudes y comportamientos para varios actores sociales, en un horizonte de tiempo largo y con altas cuotas de incertidumbre, y decidieron utilizar la metodología de la Escuela de Prospectiva Estratégica francesa y la caja de herramientas de Michael Godet para abordar este tema a profundidad.[8, 9]

Con anterioridad se identificaron las variables con mayor valor estratégico, los actores claves y 64 escenarios posibles en el desafío por fomentar mayores niveles de responsabilidad personal con la salud entre los cubanos. Los resultados han sido publicados previamente.[9, 10, 11] El siguiente paso es responder a la pregunta ¿Que líneas estratégicas y acciones podrían implementarse para fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030? Para esto se empleó el Método de multicriterios y políticas, apoyado en

el software LIPSOR-EPITA-MULTIPOL® (en lo adelante simplemente MULTIPOL), cuyo objetivo es comparar posibles cursos de acción en función de criterios múltiples e identificar las opciones más adecuadas para la transformación de la situación actual en la situación futura, teniendo en cuenta los escenarios seleccionados.

Métodos

El presente artículo forma parte de una investigación en la cual se realizó un ejercicio de prospectiva estratégica desde enero del 2018 hasta marzo del 2020, según la metodología de la Escuela Francesa de Prospectiva Estratégica y el uso de la caja de herramientas de Michael Godet. En este caso, se presentan los resultados de la aplicación del MULTIPOL, que es la etapa final de la metodología antes mencionada.

Definiciones

A los efectos de esta investigación se establecen las siguientes definiciones operacionales:

Líneas estratégicas. Son las orientaciones para el empleo del poder dirigido al tránsito desde el estado actual del problema (bajos niveles de responsabilidad personal con la salud) hacia los escenarios previamente definidos.[11, 12, 13]

Acción. Son las actividades que garantizan la materialización de las líneas estratégicas y a través de estas de una política general.

Criterios. Son las reglas de evaluación que se establecen para caracterizar las distintas opciones posibles que se encuentran bajo análisis para tomar una decisión.

Escenario. Es la descripción estructurada de una situación futura en la que se pueden alcanzar las metas y objetivos planteados para el problema estudiado. El escenario no es la realidad, sino un medio que la representa con el objetivo de aclarar la acción.[8, 11, 13]

Selección de los participantes

Los 24 expertos invitados al ejercicio de prospectiva estratégica[9] realizaron propuestas de acciones para fomentar la responsabilidad personal con la salud, pero solo 21 (66,6 %) expresaron su disponibilidad a participar en el momento de implementar MULTIPOL, siendo estos los expertos que se consideran participantes de esta etapa.

Procedimientos

A partir de los resultados de las etapas anteriores, se presentó a los expertos un documento resumen contentivo de la lista de variables clave, actores y objetivos estratégicos relacionados con el fomento de la responsabilidad personal con la salud, así como los posibles escenarios previamente desarrollados.

Para la implementación de MULTIPOL se siguieron los siguientes pasos: [8]

Paso 1. Definir los criterios de evaluación, las acciones y las líneas estratégicas. Se solicitó a los expertos responder las siguientes preguntas:

– ¿Qué líneas estratégicas son necesarias para fomentar mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana actual?

– ¿Qué acciones podrían implementarse para fomentar mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana actual?
– ¿Qué criterios podrían utilizarse para evaluar las líneas estratégicas, las acciones y los escenarios relacionados con el fomento de mayores niveles de responsabilidad personal con la salud en la población cubana actual?

El equipo que condujo el ejercicio de prospectiva estratégica, apoyado en una búsqueda bibliográfica, el análisis de contenido y una técnica de reducción de listado, definió cada una de las líneas estratégicas, acciones y criterios aportados por los expertos, fundamentalmente para aclarar sus significados y evitar superposiciones entre ellos. El resultado final de este trabajo es el utilizado en los pasos subsiguientes.

Paso 2. Evaluar las líneas estratégicas, las acciones y los escenarios respecto a cada criterio. Se solicitó a los expertos evaluarlos en función de los criterios y utilizando las siguientes matrices:

Matriz de evaluación de acciones/criterios. Tabla de dos entradas, donde se asigna de 0 a 20 puntos a cada acción con respecto al criterio, sin la restricción de que deba sumar un número específico. La pregunta para guiar el llenado de esta matriz es: ¿En qué medida la acción propuesta cumple con el criterio de evaluación?

Matriz de evaluación de líneas estratégicas/criterios. Tabla de dos entradas donde para cada línea estratégica se debe distribuir un total de 100 puntos entre todos los criterios, en respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el orden de importancia de cada criterio para la política en cuestión? La suma total de puntos debe ser siempre igual a 100.

Matriz de evaluación de escenarios/criterios. Se procede de forma similar a la matriz anterior, respondiendo la pregunta: ¿Cuál es el orden de importancia de cada criterio para el escenario en cuestión?

Este procedimiento debe efectuarse solo para los escenarios que, previa selección de los expertos, constituyen el centro de atención de análisis del ejercicio de prospectiva estratégica. En este caso, se decidió incluir los tres escenarios más probables. El escenario E64:000000 (pesimista), el escenario E02:111110 (apuesta), y el escenario E01:111111 (optimista). Para comprender los escenarios a mayor profundidad, remítase al artículo que recoge estos resultados.[11]

Paso 3. Determinar las acciones a ejecutar en correspondencia con las líneas estratégicas y determinar las líneas estratégicas a aplicar para cada escenario. Utilizando como punto de partida las matrices confeccionadas, el software MULTIPOL realiza, automáticamente, un análisis estadístico-matemático y genera nuevas matrices y gráficos. Por cuestiones de brevedad se explican solo aquellos que serán utilizados en este artículo.

Matriz de acciones en función de líneas estratégicas. Analiza las correspondencias de las acciones en función de las líneas estratégicas. Muestra la puntuación para cada acción. El valor medio mide la heterogeneidad, mientras que la desviación estándar indica la sensibilidad de cada acción hacia la política. En general, el valor medio más alto y la desviación estándar más baja indican el mejor desempeño.

Plano de perfiles de líneas estratégicas y escenarios. Representación gráfica que muestra el aporte potencial de cada línea estratégica a la realización de cada escenario.

En general, la interpretación de las matrices y el gráfico se complementan con la valoración cualitativa de los investigadores y expertos involucrados en el ejercicio de prospectiva estratégica.

Paso 4. Construcción del marco de escenarios, líneas estratégicas y acciones basado en MULTIPOL. A partir de la información obtenida en los pasos anteriores se elaboró el marco referencial que resume los caminos potenciales para promover la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030. Se toman en cuenta las puntuaciones contenidas en la matriz de acciones en función de líneas estratégicas y el ordenamiento del aporte potencial de las líneas estratégicas para cada escenario

Esta investigación forma parte del proyecto "La determinación social de la salud en Cuba y territorios seleccionados durante el período 2017-2021" aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del INHEM. El estudio no involucra a individuos en términos de intervención. El reclutamiento y la consulta a los expertos se realizó con respeto a los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Se obtuvo el consentimiento informado y se hizo explícito el derecho de los expertos a participar (o retirarse) en cada etapa del ejercicio de prospectiva estratégica. La información personal se conserva bajo los principios de confidencialidad y no se revela la identidad de los participantes en el estudio.

Resultados

Definición de los criterios de evaluación, las líneas estratégicas y las acciones. Los expertos seleccionaron 5 criterios de evaluación, además de recomendar 5 líneas estratégicas y 23 acciones para el fomento de la responsabilidad personal con la salud de la población cubana hasta el año 2030. Los criterios, líneas estratégicas y acciones, junto a sus definiciones y acrónimos utilizados, se muestran al final del artículo.

Evaluación de líneas estratégicas acciones y escenarios, respecto a cada criterio. *Acciones en función de las líneas estratégicas.* Los valores generados en la matriz muestran que las 3 acciones clasificadas en las posiciones más altas son:

- Desarrollar intervenciones para potenciar la cultura salutogénica de la población con énfasis en el contexto laboral, estudiantil, los servicios comerciales de alimentos y las instalaciones gastronómicas (A1).
- Elaborar, definir e implementar una estrategia de comunicación social dirigida a fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030 (A15).
- Realizar modelaciones teóricas para evaluar las posibles repercusiones de las acciones implementadas para el fomento de la responsabilidad personal sobre la salud en las personas, la equidad en salud y la organización del sistema nacional de salud, así como asegurar que los responsables de la formulación de políticas sean conscientes y comprendan estos impactos potenciales (A2).

La tabla 8.1 muestra la totalidad de las puntuaciones obtenidas para cada acción.

Tabla 8.1. Matriz de acciones en función de líneas estratégicas ordenadas por desempeño

Acciones	Líneas estratégicas					Valor medio	Desviación estandar	Desempeño
	LE1 Salut	LE2 Capac	LE3 Legal	LE4 Empuj	LE5 Priori			
A1	17,9	16,3	17,9	17,6	17	17,3	0,6	1
A15	17,8	16	16	16,5	15,1	16,3	0,9	2
A2	14,8	15,4	13,7	16	13	14,6	1,1	3
A3	13,8	13,5	14,1	15,2	13,9	14,1	0,6	4
A16	14,3	12,9	13,8	13,5	13,3	13,6	0,5	5
A20	14,1	15	11,1	14,8	10,9	13,2	1,8	6
A17	13,1	9,4	10,7	10,1	10,6	10,8	1,3	7
A21	11,6	10,8	7,5	10	9,2	9,8	1,4	8
A22	11,4	10,6	7,5	9,9	9,2	9,7	1,3	9
A6	9,4	8,2	10,5	8,1	10,9	9,4	1,1	10
A7	10,6	9,9	8,2	8,9	8,1	9,2	0,9	11
A14	7,9	7,8	9,9	7,2	10,9	8,7	1,4	12
A5	7,7	7,7	10,9	7	9,2	8,5	1,4	13
A11	8,1	8,7	8,2	8	8,6	8,3	0,3	14
A8	12,6	8,3	4,8	9,6	5,3	8,1	2,9	15
A4	9,4	7,4	6,4	8,4	6,9	7,7	1,1	16
A23	7,8	7,9	7,2	7	8,5	7,7	0,5	17
A9	5,8	7,6	9,3	5,8	8,1	7,3	1,3	18
A10	7,2	7,2	7,3	6,6	6,1	6,9	0,5	19
A18	5,8	6,3	6,7	6,2	7,4	6,5	0,6	20
A19	3,1	2,5	4,7	2,5	6,1	3,8	1,4	21
A13	3,3	2,5	4	1,9	5,9	3,5	1,4	22
A12	2,5	4,4	3,2	3	3,7	3,4	0,6	23

Fuente: Elaborado por el software LIPSOR-EPITA-MULTIPOL, a partir de las puntuaciones de los expertos.

Política en función de escenarios. La aplicación de MULTIPOL generó el plano de perfiles: líneas estratégicas y escenarios, que grafica la relación entre estos dos componentes del análisis (fig. 8.1). Como se aprecia, para lograr el escenario apuesta resulta esencial el fortalecimiento de la implementación del enfoque salutogénico en la doctrina cubana de salud pública (LE1), acompañada por LE4, que propone utilizar las perspectivas de la economía del comportamiento (empujoncito) para mejorar el diseño de las intervenciones de salud y la priorización de espacios, problemas de salud y poblaciones claves para la implementación de iniciativas dedicadas a fortalecer la responsabilidad personal con la

salud (LE5). En la obtención del escenario optimista ocupa el primer lugar la LE2, dirigida al desarrollo de capacidades en los trabajadores del sector sanitario para desplegar en la población cubana habilidades y responsabilidades personales y colectivas relacionadas con la salud, el autocuidado y los estilos de vida saludables. La actualización del marco legal-normativo, relativo a la responsabilidad social con la salud con énfasis en la responsabilidad personal de cada ciudadano (LE3), solo obtiene la mayor puntuación en el escenario pesimista.

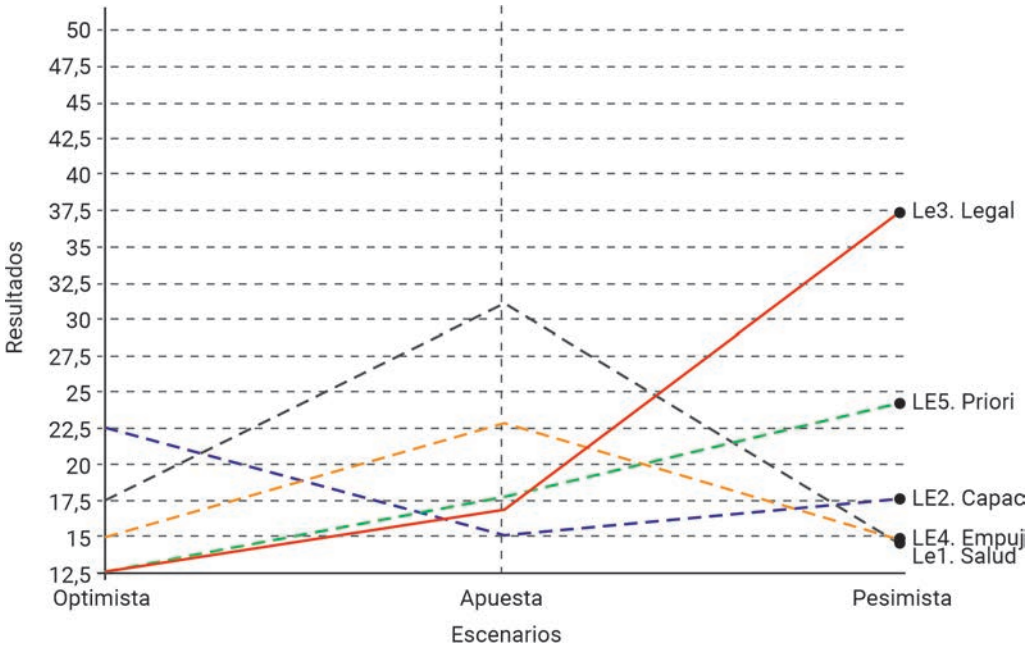


Fig. 8.1. Plano de perfiles de líneas estratégicas y escenarios. *Fuente*: Elaborado por el software LIPSOR-EPITA-MULTIPOL, a partir de las puntuaciones de los expertos.

Marco de escenarios, líneas estratégicas y acciones. La figura 8.2 precisa, en orden de prioridad para cada escenario, el flujo de acciones a implementar para fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030.

Escenario optimista: A1, A15, A2, A20, A3, A16, A17, A8, A21, A22, A7, A4, A6, A11, A14, A5, A23, A9, A18, A10, A19, A13, A12.

Escenario apuesta: A1, A15, A2, A16, A20, A3, A17, A21, A22, A8, A6, A14, A5, A11, A23, A9, A7, A10, A18, A19, A4, A12, A13.

Escenario pesimista: A1, A15, A3, A16, A2, A20, A6, A14, A17, A21, A22, A7, A11, A23, A5, A8, A4, A10, A18, A9, A13, A19, A12.

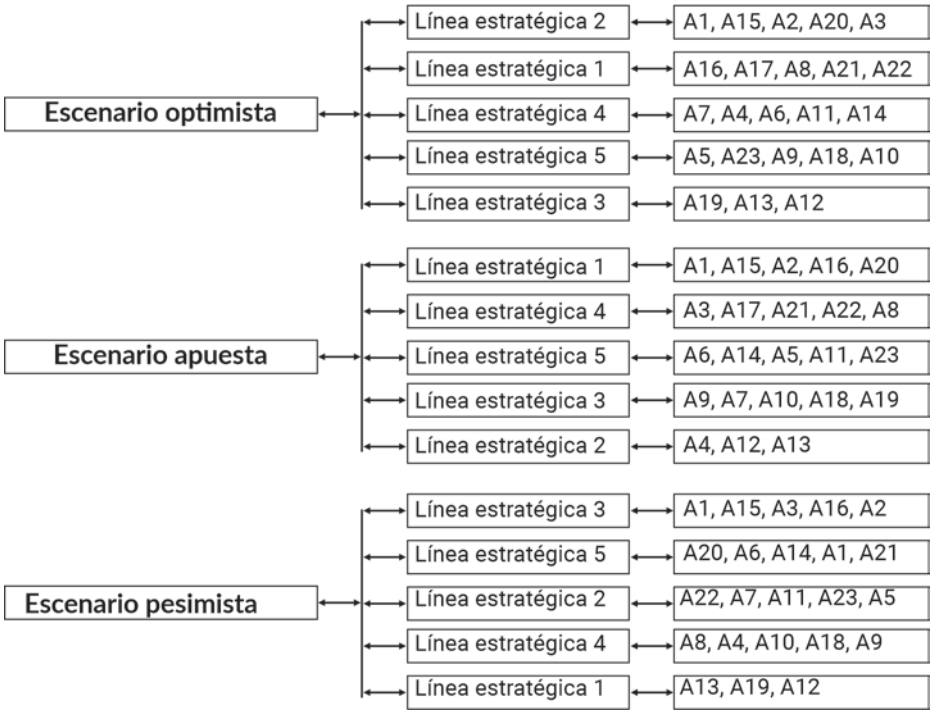


Fig. 8.2. Marco de escenarios, líneas estratégicas y acciones.

Discusión

La anticipación no tiene mayor sentido si no sirve para esclarecer la acción. Esa es la razón por la cual la prospectiva y la estrategia son indisociables. Definir las líneas estratégicas y acciones para fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030 constituye la fase final de la construcción de escenarios basados en la metodología de la Escuela de Prospectiva Estratégica francesa aplicado, en esta ocasión, por investigadores del INHEM a un tema de salud pública.

MULTIPOL es un método de análisis prospectivo que permite optimizar decisiones basadas en múltiples criterios de evaluación e indicar las líneas estratégicas más importantes para cada escenario específico y las acciones que se adaptan mejor a cada una de ellas. El resultado de este proceso es un marco referencial de escenarios, líneas estratégicas y acciones ordenadas según el desempeño, que sirve de guía al decisor para lograr una intervención con carácter holístico, riguroso e integrado.[14]

La originalidad de MULTIPOL proviene de la posibilidad de enjuiciar de forma comparativa y flexible las posibles acciones, al contrastarlas con las líneas estratégicas y los escenarios con los que se cuenta mediante un enfoque cualitativo y cuantitativo. Su utilización resulta sencilla y se facilita al contar con un paquete informático desarrollado por LIPSOR, que es de libre acceso para cualquier investigador. Al igual que los métodos MICMAC, MACTOR y SMIC-PROB, el software MULTIPOL genera gráficos fáciles de leer e interpretar, además de

un informe final con todos los resultados. No obstante, la pieza angular del análisis sigue siendo el trabajo de los investigadores y expertos al realizar la valoración de los gráficos resultantes.[15]

En Cuba, la aplicación de la prospectiva estratégica se remonta a la década de los 60 y abarca varias ramas de la vida económica y social del país.[16] Sin embargo, en el ámbito de la salud publica esta metodología ha sido menos utilizada o, al menos, se han socializado en menor medida los resultados de las investigaciones que la implementan. Hasta donde se conoce, esta investigación podría considerarse entre los primeros estudios publicados en el país sobre el uso del método MULTIPOL en el sector salud en Cuba.

En este estudio, el análisis se basó en la identificación y evaluación de 23 acciones, 5 líneas estratégicas y 5 criterios aplicados a los 3 escenarios definidos por los expertos en etapas previas del estudio.

Los criterios utilizados en esta investigación demostraron su utilidad y robustez técnica para evaluar las propuestas de acciones, líneas estratégicas y escenarios. La selección de los criterios de evaluación debe ser cuidadosamente realizada, en función de las condiciones de cada ejercicio particular, y dependen del juicio técnico de los investigadores o tomadores de decisión para cada caso, por lo que la comparabilidad entre un ejercicio y otro puede no ser relevante.

Los aspectos que desempeñan un importante papel en la selección de los criterios son las características del elemento que se va a evaluar, el contexto en el cual se evalúa y el grado de objetividad esperado. Cada criterio debe concentrarse en un aspecto específico de evaluación y evitar el solapamiento con otros. Aunque no se utilice el mismo nombre, en su concepción, los criterios esgrimidos en esta investigación se corresponden con otras propuestas utilizadas en el campo de la salud pública, al incluir elementos relacionados con el contexto social, económico, ético y legal, los posibles impactos, la probabilidad de éxito, los aspectos operacionales, entre otros elementos.[17, 18, 19, 20]

Los resultados de la investigación indican que, la línea estratégica, fortalecimiento de la implementación del enfoque salutogénico en la doctrina cubana de salud pública, es una de las de mayor probabilidad de éxito para fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población hasta el año 2030, al encontrarse en el segundo lugar del escenario optimista y en la primera posición del escenario apuesta. Sin embargo, la implementación del enfoque salutogénico en América Latina y el Caribe resulta deficitario, pues, como norma, se sigue en esta región una mirada centrada en la enfermedad y no desde la salud.[21] Los retos para implementar este enfoque pasan por un cambio de paradigma en la asistencia médica, los registros estadísticos, además de la formación profesional y el desarrollo de la investigación-acción participativa.

Un elemento novedoso de la propuesta de acciones se refiere a la utilización de las perspectivas de la economía del comportamiento basadas en la teoría *nudge* (traducida al español como teoría del empujoncito o acicate) para mejorar el diseño de las intervenciones de salud en el país. La economía del comportamiento es una rama del conocimiento que combina principios psicológicos y económicos para aportar evidencias sobre cómo se comportan

las personas y por qué.[22] En la última década, esta disciplina se ha implementado en todo el mundo y se documenta su aporte en el éxito de varias políticas y programas públicos en múltiples esferas de la vida social, como la protección del consumidor, la educación, la energía, el medio ambiente y los impuestos.

En el caso de la salud pública, la economía del comportamiento puede ayudar a anticipar la respuesta de las personas a los programas y políticas sanitarios. En particular, los relativos a hábitos alimentarios y la obesidad, las adicciones, el sedentarismo, la vacunación, las medidas de higiene general (lavado de manos, uso de letrinas, disposición de basura), los exámenes diagnósticos preventivos (fundamentalmente el *screening* de distintos tipos de cáncer e infecciones de transmisión sexual), la adherencia al tratamiento, la búsqueda de atención médica oportuna, el uso racional de los recursos médicos, la donación de órganos y, más recientemente, las medidas de aislamiento físico, uso de mascarillas y geles desinfectantes, como medidas de control ante la pandemia por COVID-19. Todos son ejemplos de su utilización.[23, 24, 25, 26]

Una revisión sistemática realizada por Saldías y colaboradores[26] confirmó, que la incorporación de empujones adecuados en las intervenciones de salud pública puede hacerlas más efectivas.

Los empujones son definidos como intervenciones con la intención de alterar el comportamiento de las personas de una manera predecible sin prohibir ninguna opción. Esto es posible cuando se conocen los límites cognitivos, sesgos, rutinas y hábitos en la toma de decisiones individuales y sociales que plantean barreras para que las personas actúen racionalmente en su propio interés.[22] Los empujoncitos pueden ser de diferentes tipos, según el mecanismo de cambio del comportamiento utilizado;[25] pero, en general, pueden encuadrarse dentro de 3 grandes estrategias:

- La reestructuración del entorno. Se refieren a los recordatorios frecuentes por diversas vías o convertir opciones saludables en las iniciativas preestablecidas.
- La información al consumidor. Dirigir la atención hacia opciones saludables y facilitar su identificación al hacer más visibles sus ventajas.
- Los incentivos (siempre que se mantenga la opción de elegir). Los incentivos pueden ser positivos (recompensas) o negativos (castigos) tangibles (dinero, cupones, trofeos, multas, daño físico o material) e intangibles (comentarios positivos, trato preferencial, criticas, entre otras).

Para implementar los empujoncitos es imprescindible considerar algunas preocupaciones éticas relacionadas con este enfoque. Las primeras giran en torno a la inquietud de que estas alternativas minan la autonomía de elección de los individuos, tienen naturaleza paternalista, pues supone que los individuos no son actores racionales capaces de tomar las decisiones más favorables y delega la responsabilidad en los expertos o en quienes están en una posición de poder. Las segundas se relacionan con la necesidad de considerar el impacto del contexto, la heterogeneidad de las poblaciones blanco, los determinantes sociales de la salud y las inequidades en el diseño e implementación de los empujones.[27, 28, 29]

A este respecto, la literatura internacional recomienda:

- Realizar una evaluación ética de los empujoncitos caso a caso.
- Evitar culpabilizar a las víctimas en las propuestas de intervención.
- Realizar investigaciones, previas al diseño, que permitan comprender los efectos directos e indirectos de los empujones, evaluando las diferentes actitudes y creencias entre la población destinataria y los posibles efectos en términos de equidad.
- Realizar evaluaciones repetidas del impacto, ya que un empujón que parece no tener éxito al principio, puede crear un cambio de comportamiento a gran escala a través de efectos indirectos que se desarrollan con el tiempo.[27, 28, 29]

En general, desde el punto de vista ético, los detractores no han aportado elementos suficientes para acotar las estrategias *nudge* como esencialmente negativas, ya que estas preservan la libertad de elección y a la vez fomentan los aspectos volitivos del carácter.[28] Muy por el contrario, cada vez más se les considera viables y hay mejoras en materia de comprensión de los procesos decisionales de las personas en relación con sus comportamientos en salud. Pero, es necesario comprobar su eficacia en diferentes contextos, entendiendo que, hay brechas que separan los avances en salud teóricamente alcanzables de lo que realmente logran los individuos y las poblaciones.[26,29] Para abordar estas cuestiones éticas Engelen desarrolló un conjunto de criterios que facilitan la evaluación de los diferentes tipos de empujoncitos.[29]

A pesar de su enorme potencial, hay pocos avances en la aplicación de la ciencia del comportamiento a los desafíos de salud en los países de ingresos bajos o medios, y las evidencias de investigación disponibles se ajustan más al contexto de países de ingresos altos. La mayor barrera que afecta la adopción sistemática de la ciencia del comportamiento en salud es la falta de experiencia y formación entre los profesionales y los responsables de las políticas, quienes no comprenden sus mecanismos de acción. Además, los factores asociados al comportamiento saludable pueden ser muy específicos del contexto, lo que requiere una recopilación de datos continua, así como la evaluación y adaptación a lo local.[25, 30] Por ello, se ha recomendado que los países creen unidades o grupos de estudio especializados en el diseño e implementación de empujoncitos.[31]

En América Latina existen escasos estudios sobre la implementación de la economía conductual en materia de salud pública y comparar escenarios no es posible.[26] En el caso cubano no encontramos estudios previos sobre esta materia. Dado que la sociedad cubana se encuentra en un proceso de actualización del modelo económico y una reestratificación social, se recomienda realizar investigaciones adicionales respecto a los ingresos monetarios y otros elementos de diferenciación social que puedan influir en la pertinencia ética y en la aceptación de los empujoncitos en el país.

El cuerpo de acciones propuestas y su potencial desempeño se distribuye diferencialmente en dependencia del escenario analizado y las líneas estratégicas priorizadas. No obstante, en los escenarios apuesta y optimista, las acciones A1, A15, A2, A20 y A3 se muestran como prioritarias. A este respecto solo algunos comentarios preliminares.

Se da especial importancia a la identificación de qué problemas de salud deben ser abordados con un enfoque de responsabilidad personal con la salud. Esto implica que, aunque en la mayoría de los problemas sanitarios los ciudadanos tienen un rol, este debe ser evaluado por separado en cada caso. Por tanto, resulta imprescindible estudiar a profundidad el proceso de atribución de responsabilidad en diferentes situaciones.

Se recomienda elaborar intervenciones específicas en el contexto laboral, estudiantil y de servicios. Dicho de otra forma, se deben aprovechar estos entornos concretos para fomentar una mayor cultura salutogénica.

Resulta de gran importancia realizar modelaciones para adelantar los posibles impactos del conjunto de acciones propuestas, con especial énfasis en la determinación social y la equidad en salud.

La utilización de la e-salud puede ser de gran ayuda para alcanzar los fines propuestos, Infomed, como Portal de la Red de Salud de Cuba, debe abrirse cada vez más para aportar a la población general no solo información, sino también tecnologías digitales útiles para la prevención, promoción, el autocuidado de la salud y el automanejo de enfermedades.

Se deben elaborar hojas de ruta y estrategias de comunicación que aborden de forma integral las líneas estratégicas establecidas. Ninguna de las acciones o líneas estratégicas propuestas asegura el éxito por sí sola.

Fortalezas y limitaciones del estudio

La presente investigación constituye, hasta donde conocen los autores, el primer acercamiento utilizando MULTIPOL al tema de la responsabilidad personal con la salud en Cuba, con el valor agregado de ofrecer una propuesta de acciones para su fomento entre la población cubana hasta el año 2024. En este sentido, tiene un valor innovador y podría abrir las puertas a la aplicación de esta herramienta en otros temas sanitarios.

Las limitaciones del método MULTIPOL están relacionadas con la selección de los expertos que participan y la posibilidad de solapamiento de los criterios de evaluación. Para contrarrestarlas, los expertos invitados formaron parte de las etapas previas del ejercicio de prospectiva estratégica, por lo que conocían los resultados previos y estaban familiarizados con el uso de las herramientas y la interpretación de los gráficos. En cuanto a los criterios empleados, la revisión bibliográfica realizada por el equipo de investigación permitió elaborar para cada uno de ellos una definición que aclaraba sus alcances.

Implicaciones prácticas y originalidad de la investigación

La investigación aporta nuevos conocimientos, útiles para los decisores del sector salud, pues los hallazgos presentados deben ayudarlos a dar forma a políticas dirigidas a fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030. El estudio revela la necesidad de incluir en la doctrina salubrista cubana los enfoques salutogénico y de economía del comportamiento, cuya penetración en el país es aún deficiente. En relación con la economía conductual, nuevas investigaciones (incluyendo ensayos comunitarios aleatorizados y controlados) son necesarias para responder a la siguiente pregunta: ¿qué

empujoncitos son efectivos en el contexto cubano, teniendo en cuenta las especificidades económicas, políticas y sociales del país?

Este artículo da cierre a una serie de publicaciones que reportan, por primera vez en Cuba, la implementación en temas de salud pública de un ejercicio completo de construcción de escenarios mediante la metodología de la Escuela Francesa de Prospectiva Estratégica.

Se puede concluir que, el uso de MULTIPOL permitió desarrollar un marco de escenarios, líneas estratégicas y acciones que se configuran como un tablero de análisis simple, holístico y evolutivo de las diferentes soluciones que se le ofrecen a los decisores para la futura elaboración de una política dirigida al fomento de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030. Se recomienda divulgar los resultados obtenidos a través de un plan estratégico que contenga las propuestas realizadas.

Criterios de medición, líneas estratégicas y acciones seleccionados por el grupo de expertos y utilizados en MULTIPOL

Los criterios de medición seleccionados por los expertos son:

- C1. Pertinencia. Grado en que el objeto de evaluación (línea estratégica, acción o escenario) es adecuado, al existir congruencia entre la propuesta y los valores éticos, políticos y sociales imperantes en el al contexto cubano.
- C2. Viabilidad técnica y operacional. Probabilidad de implementar exitosamente en la práctica el objeto de evaluación (línea estratégica, acción o escenario), teniendo en cuenta, que su formulación técnica es adecuada y, además, se cuente con los recursos materiales, humanos, financieros, logísticos y de infraestructura física necesarios.
- C3. Tiempo de respuesta. Tiempo transcurrido entre la implementación de la línea estratégica o acciones propuestas y la obtención de los primeros resultados esperados. Para el caso de los escenarios se refiere al tiempo entre la implementación de las acciones y la materialización del escenario.
- C4. (In)certidumbre ante el impacto. Nivel de (in)certeza de que, a partir de la implementación de la política o la acción recomendada, se obtendrán los resultados esperados y sus efectos intermedios y finales.
- C5. Sostenibilidad. Posibilidad de mantener la línea estratégica, acción o escenario a corto (hasta 5 años) mediano (de 6 a 10 años) o largo plazo (más de 10 años) con los recursos disponibles, adaptándose a los requerimientos sociales, económicos y ambientales del contexto en el que se desarrolla.

Las líneas estratégicas seleccionadas fueron:

- Fortalecimiento de la implementación del enfoque salutogénico en la doctrina cubana de salud pública (LE1, Salut).

– Desarrollo de capacidades en los trabajadores del sector sanitario para desplegar en la población cubana habilidades y responsabilidades personales y colectivas relacionadas con la salud, el autocuidado y los estilos de vida saludables (LE2, Capac).
– Actualización del marco legal-normativo relativo a la responsabilidad social con la salud, con énfasis en la responsabilidad personal de cada ciudadano (LE3, Legal).
– Utilizar las perspectivas de la economía del comportamiento (empujoncito) para mejorar el diseño de las intervenciones de salud (LE4, Empuj).
– Priorización de espacios, problemas de salud y poblaciones claves para la implementación de iniciativas dedicadas a fortalecer la responsabilidad personal con la salud (LE5, Prioriz).

Las acciones propuestas son:

– A1. Desarrollar intervenciones para potenciar la cultura salutogénica de la población con énfasis en el contexto laboral, estudiantil, los servicios comerciales de alimentos y las instalaciones gastronómicas.
– A2. Realizar modelaciones teóricas para evaluar las posibles repercusiones de las acciones implementadas para el fomento de la responsabilidad personal sobre la salud en las personas, la equidad en salud y la organización del sistema nacional de salud. Asegurar que los responsables de la formulación de políticas sean conscientes y comprendan estos impactos potenciales.
– A3. Identificar en qué programas de salud, planes nacionales o intervenciones puntuales se debe insertar el enfoque de responsabilidad personal con la salud y definir una hoja de ruta para hacerlo.
– A4. Destinar un presupuesto para el desarrollo de la responsabilidad personal con la salud en la población cubana (investigación, intervenciones puntuales, campañas de concientización, apoyo a iniciativas locales y de otros sectores).
– A5. Constituir una comisión intersectorial con el mandato de fomentar el abordaje de la responsabilidad social con la salud de todos los actores con un enfoque de salud en todas las políticas.
– A6. Priorizar la investigación sobre responsabilidad social con la salud en la agenda nacional de investigación, incorporando el tema a los programas sectoriales de investigación.
– A7. Intencionar el desarrollo en el país de tecnologías (equipos, aplicaciones web o de teléfonos) útiles para el automonitoreo de la salud y el bienestar. Asegurar el acceso y uso equitativo de estos entre la población, previa evaluación de su eficacia/efectividad en problemas de salud seleccionados (monitoreo del peso corporal e ingesta calórica, presión arterial, glucosa en sangre, consumo de sustancias adictivas, actividad física, otros).
– A8. Implementar en el nivel primario de atención un sistema integral de cuidados de variable complejidad, que aúne los esfuerzos del equipo básico de salud y la responsabilidad personal con la salud del individuo y la familia, cuando esta exista. Incluye:
  • Actualización y desarrollo de la cartera de servicios de cuidados en la APS, el hogar y el nivel hospitalario.

  - Establecimiento de los procedimientos de atención específica por necesidades.
  - Atención a la salud de cuidadores.
- A9. Apoyar en el nivel local la realización de proyectos de investigación-acción participativa, intersectoriales y multidisciplinarios, buscando el reconocimiento de la población de sus responsabilidades con la salud.
- A10. Fortalecer los mecanismos existentes para la rendición de cuentas de los ciudadanos y las familias, relativa a la toma de decisiones sobre el autocuidado de la salud, el automanejo de enfermedades, el cuidado de personas dependientes, el cumplimiento de deberes con la salud comunitaria.
- A11. Elaborar instrumentos que permitan evaluar los niveles de responsabilidad personal con la salud en diferentes problemas de salud e integrar su uso en la práctica del sistema nacional de salud.
- A12. Diseño y puesta en marcha de un observatorio, que monitoree el estado y tendencias de evolución de la responsabilidad social con la salud de los diferentes actores sociales (y para el caso que nos ocupa, con énfasis en la responsabilidad personal con la salud a nivel poblacional). Su objetivo es la obtención de datos específicos, confiables y trazables, que permitan una toma de decisiones informada, objetiva y comparable en todo el país
- A13. Concebir, en la actualización del marco regulatorio del país, un entorno legal que favorezca y potencie la responsabilidad social con la salud.
- A14. Adoptar modelos de promoción de la salud basada en activos. Mapear los activos de salud existentes a nivel comunitario e identificar los de nivel individual. Evaluar colectivamente e implementar medidas para su dinamización en la toma de decisiones saludables y el empoderamiento, para actuar sobre los determinantes de los problemas de salud individuales y colectivos.
- A15. Elaborar, definir e implementar una estrategia de comunicación social dirigida a fomentar la responsabilidad personal con la salud en la población cubana hasta el año 2030, cuya campaña, líneas de mensajes, materiales educativos y otras actividades a nivel local y nacional aborden de forma integral las líneas estratégicas establecidas.
- A16. Incentivar la creación de asociaciones de pacientes (incluye familias y cuidadores) que tengan entre sus misiones el desarrollo de la responsabilidad personal con la salud.
- A17. Incluir en los programas de formación de recursos humanos de salud de pre- y posgrado, la investigación en salud y los protocolos de actuación de la práctica sanitaria, el abordaje de la responsabilidad social con la salud, la teoría salutogénica y la teoría de la economía del comportamiento.
- A18. Promover el uso del enfoque MINDSPACE en los programas de salud del país.
- A19. Implementar mecanismos que permitan ofrecer incentivos financieros a los individuos como herramienta para la promoción y prevención de salud vinculada a cambios de comportamientos y al alcance de metas de salud individual y colectivas.
- A20. Socializar en la Red Informática de Salud (Infomed) tecnologías digitales útiles para la prevención y promoción, el autocuidado de la salud y el automanejo de enfermedades.

– A21. Identificar los problemas de salud y comportamientos irresponsables asociados, susceptibles de ser abordados desde las herramientas ofrecidas por la Teoría de la Economía del Comportamiento.
– A22. Elaborar, mediante consenso y con participación ciudadana, las hojas de deberes y derechos de los pacientes (diferente de los deberes y derechos de los usuarios de servicios de salud) y concebirlas como parte de un sistema integrado de cuidados.
– A23. Incluir los contratos de compromiso, como herramientas para el abordaje de cambios de comportamientos caracterizados por su inconsistencia en el tiempo (ej.: adicciones).

Referencias bibliográficas

1. Partido Comunista de Cuba. Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista. Plan nacional de desarrollo económico y social hasta 2030: propuesta de visión de la nación, ejes y sectores estratégicos. La Habana: PCC; 2019. Disponible en: https://www.presidencia.gob.cu/es/gobierno/plan-nacional-de-desarrollo-economico-y-social-hasta-el-2030
2. Asamblea Nacional del Poder Popular. Anteproyecto de Ley de la Salud Pública. La Habana: ANPP; 2023. Disponible en: https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2023-11/proyecto-de-ley-de-salud-publica_0.pdf
3. Luis Gonzálvez IP, Martínez Calvo S. Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2013;51(3): 298-310. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000300008&lng=es
4. Luis Gonzalvez IP. Responsabilidad personal y autorresponsabilidad en salud. Consideraciones desde la ética de la Salud Pública [Tesis]. La Habana: Instituto de Bioética Juan Pablo II; 2017. Disponible en: https://www.cbioetica.org/revista/161/1927.pdf
5. Torres Jiménez Y. Autorresponsabilidad con la salud. Policlínico Andrés Ortiz, Guanabacoa[Tesis]. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2018.
6. Luis Gonzálvez IP, Martínez Calvo S, Alvarez Pérez AG. Community Engagement. Personal Responsibility and Self Help in Cuba's Health System Reform. MEDICC Review. 2012;14(4):44-7. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2012/mrw124j.pdf
7. Luis Gonzálvez IP. Personal Responsibility in Cuba's Universal Health Model. MEDICC Review. 2017;19(2-3):76. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2017/mrw172_3n.pdf
8. Godet M. Durance P. Prospectiva Estratégica: problemas y métodos, Cuaderno nº 20. 2da ed. París: Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique (LIPSOR); 2007. Disponible en: https://archivo.cepal.org/pdfs/GuiaProspectiva/Godet2007.pdf
9. Luis-Gonzalvez IP, Pérez A, Torres-Jiménez Y. Responsabilidad personal con la salud en Cuba: análisis estructural e identificación de variables estratégicas. Medisur. 2022;20(6):[aprox, 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000601150
10. Luis-Gonzálvez IP, Torres-Jiménez Y, Alvarez-Pérez A. Responsabilidad personal con la salud en Cuba: mapeo y juego de actores para su fomento. Medisur. 2023;21(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000601196

11. Luis-Gonzalvez IP, Torres Jiménez Y, Alvarez-Pérez A. Escenarios prospectivos para el fomento de la responsabilidad personal con la salud en Cuba hasta el año 2030. Medisur. 2024;22(6):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45130/4475
12. Purba KF, Evalia NA, Teapon RH, Rumkel N, Hayati PK. Foresight strategy for sustainable oil palm development in East Halmahera Indonesia. International Journal of Sustainable Development and Planning. 2023;18(7):2167-75. DOI: https://doi.org/10.18280/ijsdp.180720
13. Panagiotopoulou M, Stratigea A. A participatory methodological framework for paving alternative local tourist development paths—the case of Sterea Ellada Region. Eur J Futures Res. 2014;2(44) DOI: https://doi.org/10.1007/s40309-014-0044-7
14. Munera Montoya NJ. Revisión de los métodos de prospectiva tecnológica para la adaptación de un modelo prospectivo aplicable al programa "Medellín Espacial" [Tesis]. Medellín: Escuela de Administración; 2016[citado 17/11/2024]. Disponible en: https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/051ec5a1-1a57-4795-933e-209f538e536f/content
15. Castillo Coto AL. Sotomayor Jara JE. Utilidad de las herramientas de análisis prospectivo en el contexto cubano. Algunas aplicaciones prácticas. Universidad y Sociedad. 2014;7(1): 99-108. Disponible en: https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/192/0
16. Grobart Sunshine F. La prospectiva científica y tecnológica en Cuba. Un recuento necesario. En: Baena Paz G, coord. Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. México D. F.: Metadata; 2015. p. 461-90.
17. European Commission. Directorate-General For Health And Food Safety. Criteria to select best practices in health promotion and disease prevention and management in Europe. Bruselas: European Commission; 2021. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-01/sgpp_bestpracticescriteria_en_0.pdf
18. Camilo Fuentes J, Cañón L, Pérez Á, Pinzón C, Pérez Avellaneda PA, et al. Metodologías para la priorización en investigación en salud: una revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Pública. 2017;41:e122. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6645202/
19. Moreno-Calderón A, Tong TS, Thokala P. Multi-criteria decision analysis software in healthcare priority setting: A systematic review. PharmacoEconomics. 2019;38(3):269-83. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31820294/
20. Ghandour R, Shoaibi A, Khatib R, Rmeileh NA, Unal B, et al. Priority setting for the prevention and control of cardiovascular diseases: multi-criteria decision analysis in four eastern Mediterranean countries. Int J Public Health. 2015;60(Suppl1):73–81. DOI: https://doi.org/10.1007/s00038-014-0569-3
21. Güida Leskevicius CD, Toffoletto MC. Salutogénesis como desafío para la formación profesional y la investigación. Rev Cub Salud Pública. 2024;50[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662024000100017
22. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. New York: Yale University Press; 2009.

23. Kovács R. Public health policy: nudge theory in a discourse of behavioural economics. Socio-Economic and Humanities Studies. 2021;14(2):57-86. Disponible en: http://sehs.ambis.cz/index.php/sehs/article/view/32
23. Abellán-Perpiñán JM, Cierco Seira C, Jiménez-Gómez D. Nudges y la pandemia: un análisis desde la economía y el derecho conductual. Informe SESPAS 2022. Gaceta Sanitaria. 2022;36(Suppl 1): S93-S96. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-nudges-pandemia-un-analisis-desde-articulo-S0213911122000966
24. Ghebreyesus TA. Using behavioural science for better health. Bull World Health Organ. 2021;99(11):755. DOI: https://doi.org/10.2471/BLT.21.287387
25. Fernández M, Luengo C, Parra D. Economía del comportamiento y empujoncitos, en la promoción y prevención de la Salud Pública. Revisión sistemática. Rev Méd Chile. 2023;151(8):1043-52. Disponible en: https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10449
26. Kuyer P, Gordijn B. Nudge in perspective: A systematic literature review on the ethical issues with nudging. Rationality and Society. 2023;35(2):191-230. DOI: https://doi.org/10.1177/10434631231155005
27. Schmidt AT, Engelen B. The ethics of nudging: An overview. Philosophy Compass. 2020;15:[aprox. 7 p.]. DOI: https://doi.org/10.1111/phc3.12658
28. Engelen B. Ethical Criteria for Health-Promoting Nudges: A Case-by-Case Analysis. Am J Bioeth. 2019;19(5): 48–59. DOI: https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1588411
29. United Nations. Behavioural science report. United Nations Innovation Network; 2021, Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/3929741/files/UN_Behavioural_Science_Report_2021.pdf
30. Thirumurthy H, Buttenheimb AM, Chetty-Makkand C, Pascoed S. Maximising the value of nudge units for global health. Lancet Global Health. 2023;11(8):e1168-e1169. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00255-3

Percepción de deportistas cubanos de alto rendimiento sobre las condiciones y factores que determinan el consumo de dopaje

Sucel Suárez Armas, Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Marta Cañizares Hernández, René Barrios Duarte

Introducción

El dopaje en el deporte constituye un problema complejo que trasciende la esfera individual, que involucra aspectos sociales, culturales y políticos influyentes en la percepción, decisión y comportamiento de los atletas.[1] La presencia de sustancias prohibidas y métodos de mejora del rendimiento en escenarios deportivos internacionales genera preocupación, debido a sus efectos en la salud física y mental de los deportistas, además del impacto ético y social.[2]

La investigación psicológica sobre el fenómeno del dopaje deportivo se ha centrado en analizar los factores relacionados con su comportamiento en los deportistas.[3] Los motivos o causas por las que un atleta se dopa pueden ser de diferente naturaleza. Determinar entonces los factores, que desde el punto de vista psicosocial, podrían indicar una mayor tendencia o un comportamiento proclive a utilizar alguna sustancia prohibida, resultaría significativo para la erradicación del flagelo.

Diferentes autores han estudiado los motivos que determinan que un atleta consuma una sustancia prohibida o utilice un método ilegal. Según plantean Petroczi, Naughton y Hampson[4] se han incluido estos motivos en dos grandes grupos: los aspectos fisiológicos, tales como el incremento de las capacidades físicas o la reducción de lesiones y fatiga, y los psicosociales. Estos últimos se relacionan con el logro de una meta o el deseo interno de ganar, la mejora de la imagen, la presión externa percibida o la superación de lesiones.[5]

Los atletas también pueden utilizar el dopaje como medio para enfrentarse a las exigencias físicas del entrenamiento y la competición. Muchos de ellos se inclinan a utilizarlo siempre que sea indetectable, mientras que otros no lo ven como un problema, sino como un factor más en el normal entrenamiento.[6]

Se asume que, el problema del dopaje ha empezado a tratarse desde una perspectiva social debido a la ineficacia de diferentes herramientas puestas en marcha para frenar su uso, la principal de ellas, el incremento en las medidas de detección y persecución de deportistas involucrados en posibles casos de dopaje, como método disuasorio.

Por tanto, se puede afirmar que es muy poco probable el uso accidental del dopaje. Requiere de planificación y compromiso por parte del deportista, que se ve influenciado por

una serie de factores a lo largo de su carrera deportiva. El atleta se propone diferentes metas durante su carrera y toma constantes decisiones en cuanto a la forma de lograr sus objetivos. Cada uno de estos momentos es una oportunidad para cambiar el comportamiento, relacionando este con el uso de una sustancia prohibida. Factores sistémicos, de personalidad y situacionales marcarán el resultado de una actitud positiva o negativa ante el dopaje.[4]

El foco investigativo no puede solo centrarse en los costes socioeconómicos y los beneficios del uso del dopaje, sino que debe extender su punto de mira a las intenciones personales del deportista, por un lado, pero también al contexto deportivo y cultural en el que el atleta está inmerso y del que recibe influencia constante.

En Cuba, un contexto en el que la historia deportiva y la política social están profundamente entrelazadas, la percepción del riesgo asociado al dopaje adquiere particular relevancia, ya que los valores, las condiciones sociales y las políticas públicas ejercen una influencia determinante sobre los comportamientos de los atletas.[7]

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, distintos autores han señalado, que los procesos sociales estructurales, las desigualdades sociales, las condiciones de vida, así como las políticas públicas y culturales, son factores que condicionan los comportamientos relacionados con la salud y, específicamente, el uso de sustancias psicoactivas o dopantes.[8, 9]

El modelo propuesto por Alvarez Pérez y colaboradores[10] para el contexto cubano enfatiza, que los determinantes sociales en Cuba están conformados por un entramado de factores políticos, económicos, culturales, comerciales y sociales, que interactúan de manera compleja y ejercen influencia sobre la salud y el comportamiento de los ciudadanos, incluyendo a los deportistas de alto rendimiento. Dicho modelo permite entender, que las percepciones y actitudes internas de los atletas hacia el dopaje no pueden analizarse aisladamente, sino en su relación con el contexto social que los rodea.

En este sentido, diversos estudios realizados en Cuba resaltan la importancia de comprender la percepción del riesgo y la responsabilidad con la salud en el deporte, desde una mirada que integre aspectos sociales y culturales específicos de cada país e, incluso, de cada territorio, institución, y en esta investigación en concreto, de las particularidades de los equipos deportivos.[11]

La historia de la atención al deporte, las políticas estatales en salud y deporte, la cultura deportiva y las condiciones socioeconómicas de los atletas son elementos que moldean sus conocimientos, creencias y decisiones respecto a las sustancias dopantes.[12]

Asimismo, desde la perspectiva del modelo cubano, la percepción del riesgo hacia el dopaje también está conectada con las historias personales, las influencias familiares, las redes sociales y las instituciones deportivas, que actúan como canales de transmisión de valores y normas.[13] La comprensión de estos aspectos, desde una perspectiva holística, es fundamental para diseñar estrategias de prevención y educación que sean culturalmente pertinentes y socialmente aceptables en el contexto cubano.

Por todo lo expuesto, la hipótesis central de esta investigación sostiene que, las percepciones de los deportistas cubanos de alto rendimiento sobre los factores y condicionantes de propensión hacia el dopaje están estrechamente relacionadas con los determinantes

sociales, culturales y políticos de su entorno, tal como lo plantea el modelo cubano de Alvarez Pérez y colaboradores.[10]

El objetivo general de este estudio es explorar y comprender estas percepciones, a partir del enfoque del modelo cubano, con el fin de aportar evidencia que contribuya a fortalecer las intervenciones preventivas en el ámbito deportivo, teniendo en cuenta las particularidades de la realidad social cubana.

Métodos

Se llevó a cabo una investigación exploratoria mediante una metodología mixta concurrente, cuyo diseño fue de corte no experimental, transeccional.[14] Se realizó durante el curso escolar 2023-2024 en la Escuela Superior de Formación de Atletas de Alto Rendimiento Cerro Pelado y en la Giraldo Córdova Cardín, ubicadas en La Habana, Cuba. La elección de estos escenarios respondió a su carácter representativo para la población de atletas de alto rendimiento en diferentes disciplinas deportivas, en el marco del modelo cubano de determinantes sociales de la salud.[10]

La población de estudio estuvo conformada por 1360 atletas, categorizados en deportistas masculinos (800) y femeninos (560), matriculados en los equipos nacionales, pertenecientes a 37 deportes, incluyendo disciplinas de fuerza, resistencia, combate, deportes con pelota y arte competitivo y coordinación.

Para la selección de la muestra, se aplicó un muestreo probabilístico, estratificado, aleatorio, proporcional al tamaño de cada estrato deportivo, garantizando la representatividad de las diferentes modalidades, con un tamaño muestral final de 300 participantes, lo que representa el 22,05 % del total poblacional.

Se establecieron los criterios de inclusión de atletas mayores de 18 años, con al menos un año de entrenamiento en sus disciplinas, y que dieran su consentimiento informado. Como criterios de exclusión se consideraron atletas en proceso de recuperación de lesiones o con condiciones médicas que impedían la participación.

Para la recolección de datos se utilizó la composición titulada ¿Por qué se dopan los deportistas?, elaborada específicamente para este estudio, basada en las problemáticas y perspectivas que emergen de la literatura y del marco teórico del modelo cubano de determinantes sociales de la salud.[10] La composición fue confeccionada por la investigadora principal, con la finalidad de explorar las percepciones, motivaciones y causas, que los propios deportistas consideran relevantes en relación con el dopaje, contextualizando sus respuestas en su realidad social y cultural. La elección de esta técnica respondió a la necesidad de captar las voces y experiencias subjetivas de los atletas, en línea con la perspectiva cualitativa del estudio.

Las respuestas de la composición fueron analizadas mediante técnicas de análisis de contenido, siguiendo las recomendaciones de Bardin.[15] La codificación y categorización de los discursos permitieron identificar los principales estratificadores económicos, sociales, culturales y demográficos, que los deportistas consideran que influyen en la decisión de doparse.

Desde una perspectiva ética, la investigación garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes y se obtuvo, por escrito, consentimiento informado previo.

Este método cualitativo complementó el análisis estadístico de los datos cuantitativos, contribuyendo a una comprensión profunda de las percepciones sociales y culturales sobre el dopaje en el contexto cubano. La combinación de técnicas permitió enriquecer la interpretación de los resultados, en consonancia con el enfoque del modelo cubano de determinantes sociales de la salud, que promueve la comprensión del comportamiento humano en su entorno social.

Resultados

La figura 9.1 recoge todas las categorías o factores expuestos por los deportistas, de manera general

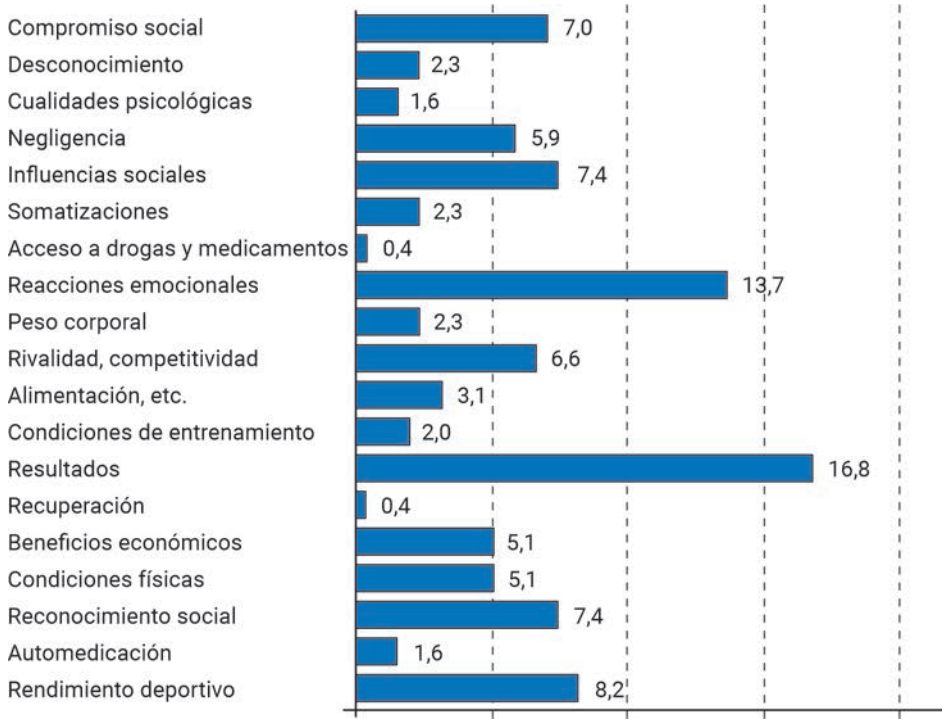


Fig. 9.1. Distribución de frecuencias de respuestas generales. Percepción de los factores y condicionantes que determinan el consumo de dopaje. Técnica: Composición ¿Por qué se dopan los deportistas?

Aparecen 19 categorías o factores expuestos por los atletas cubanos, donde los aspectos psicosociales adquieren un puesto relevante frente a los fisiológicos.

La exposición específica y diferencial a estas variables identificadas por los deportistas determinan el grado de vulnerabilidad de estos al fenómeno o proceso estudiado. Entre ellos se encuentran los rasgos de personalidad, como la baja autoestima, la insatisfacción de la imagen corporal, la propensión a las trampas o la impaciencia en la

obtención de resultados. En lo que se refiere a riesgos de comportamiento, identifican la automedicación, el uso de otras sustancias (alcohol, tabaco, entre otras), la alimentación o suplementos alimenticios.

Sobre los factores relativos a la carrera destacan las presiones externas del entorno del deportista (patrocinadores, agentes, la familia, los amigos), la falta de recursos o el tipo de deporte practicado. Por último, apuntan los factores referidos a situaciones temporales, como los siguientes: el deterioro de las relaciones personales, la inestabilidad emocional, las variaciones bruscas en su rendimiento o la proximidad de un evento de importancia para su carrera.

Los deportistas cubanos refieren que el mal manejo de situaciones de estrés, la presencia de estados de ánimo variables, la ansiedad, así como la baja tolerancia a frustraciones parciales, constituyen elementos que podrían llevarlos al consumo de medicamentos que le permitan controlar los síntomas o signos propios de estos tipos de reacciones, que le impiden en diferentes ocasiones alcanzar un estado psicológico favorable para la consecución de sus metas deportivas.

Otra de las causas que manifiestan los deportistas como condicionantes para el consumo de dopaje es la influencia social que puede ejercer en ellos la pertenencia a diferentes grupos sociales.

Teniendo en cuenta la segmentación de la muestra por grupos de deportes, se presentan los siguientes resultados, recogidos en la figura 9.2.

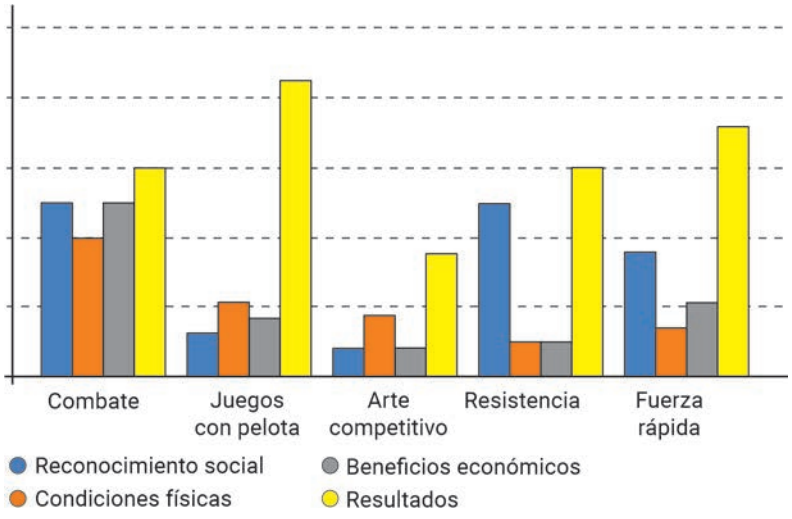


Fig. 9.2. Percepción de factores y condicionantes comunes que determinan el consumo de dopaje por grupo de deportes. Técnica: Composición ¿Por qué se dopan los deportistas?

Los factores: reconocimiento social, condiciones físicas, beneficios económicos y el logro de resultados relevantes son comunes en las respuestas de los deportistas de todos los grupos de deportes. Sin embargo, al observarse la figura 9.3 se advierten determinadas diferencias.

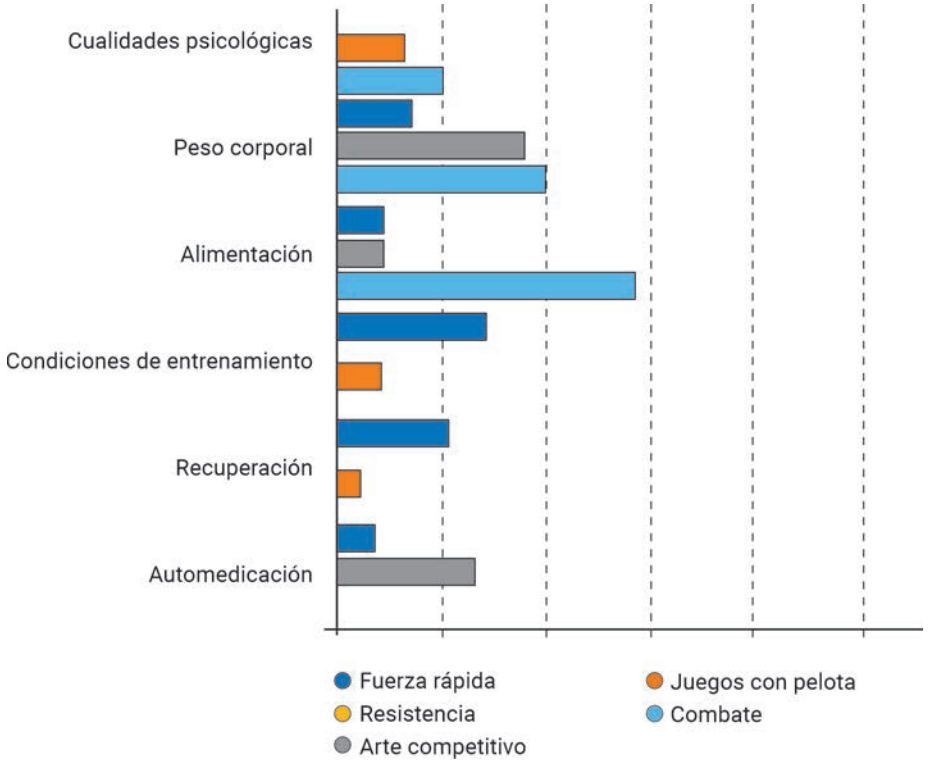


Fig. 9.3. Diferencias de percepción de factores y condicionantes, que determinan el consumo de dopaje por grupo de deportes. Técnica: Composición ¿Por qué se dopan los deportistas?

En primer lugar, para los deportistas de combate, juegos con pelota y fuerza rápida, el factor de mayor prevalencia es el asociado al logro o alcance de resultados deportivos relevantes; mientras que para los deportistas de arte competitivo y resistencia son las reacciones emocionales adversas.

Estos deportistas, los de los últimos dos grupos mencionados, coinciden, además, en que el mantenimiento del peso corporal no constituye una causa de alta incidencia en conductas que puedan llevar al dopaje; y si bien, para el resto de los grupos no ocupa un lugar primordial, existieron respuestas que lo ubican dentro de los criterios que pueden justificar, de alguna manera, el acercamiento a sustancias prohibidas.

Esta diferencia puede ser explicada a partir de las propias exigencias de los grupos de deportes, pues para los de arte competitivo (como la gimnasia artística, tiro, tiro con arco) y resistencia (remo, canotaje, natación), el peso corporal no determina su participación en competencias, sin embargo, sí es reglamentado para los deportes de combate (lucha libre, grecorromana, boxeo, karate, taekwondo) y fuerza rápida (levantamiento de pesas), que están regidos por categorías basadas, precisamente, por esta unidad. Para los deportes de juegos con pelota, aunque no determina la participación en eventos competitivos ni se encuentra reglamentado, sí influye en la condición física del deportista e, incluso, incide en la calidad del gesto deportivo.

Fueron encontradas respuestas como: "tener problemas para mantener el peso de la categoría", "la presión que siente un atleta por no estar en el peso adecuado", "un atleta

que esté pasado de peso no rinde igual, y eso puede llevarlo a usar dopaje", que ponen de manifiesto lo planteado.

También se destaca la similitud en las opiniones de los deportistas de resistencia, combate y fuerza rápida acerca de la presencia del reconocimiento social como factor desencadenante de conflictos internos, que podrían llevarlo a cometer infracciones. Afirmaciones como: "ser el mejor del mundo", "ser el mejor del equipo", "para que todos lo reconozcan", "para que la gente vea lo bueno que es" sirven como ejemplo de ello.

Estrechamente ligado a la adecuación del peso corporal se encuentra la alimentación y el cumplimiento de una dieta balanceada. Sin embargo, solo los deportistas de fuerza rápida encuentran este factor como influyente en conductas a favor del uso de sustancias dopantes.

Para todos los grupos de deportes, el acceso a drogas y medicamentos parecen ser elementos que no contemplan como definitorio, a excepción de los de arte competitivo, que, aunque para ellos no sea un factor considerado como primordial, sí destacan de algún modo su prevalencia.

Los deportistas de los grupos de fuerza rápida, resistencia y arte competitivo, además, confluyen en que el mejoramiento de cualidades psicológicas y de procesos cognitivos supone para ellos ser el causante de comportamientos cercanos al fenómeno del dopaje.

Discusión

Este estudio revela, que las percepciones y motivaciones de los deportistas cubanos en relación con el dopaje se fundamentan en múltiples dimensiones sociales, culturales y emocionales, en línea con el Modelo Cubano de Determinación Social de la Salud de Alvarez et al.[10] Desde esta perspectiva, los comportamientos relacionados con la salud, incluido el uso de sustancias dopantes, son el resultado de las condiciones estructurales, socioculturales y relacionales que configuran la experiencia del individuo en su contexto social y deportivo.

Los resultados evidencian, que aspectos psicosociales, como baja autoestima, insatisfacción corporal y la búsqueda de reconocimiento social, junto con las presiones externas y las condiciones situacionales constituyen los principales factores que los atletas consideran determinantes en su decisión de doparse. Estos hallazgos reflejan cómo las trayectorias sociales, las relaciones y las normas compartidas influyen en las conductas de salud y de riesgo, en coherencia con el marco conceptual del modelo cubano.[10] Además, la diferenciación en las motivaciones, según los tipos de deportes, ilustra cómo condiciones específicas, como las categorías reglamentarias, moldean las percepciones y decisiones individuales.

Es importante situar estos hallazgos también en el marco de otros modelos internacionales de determinación social de la salud, lo que permite contextualizar y fortalecer su interpretación. Por ejemplo, el modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead[16] enfatiza en cómo las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales influyen en la salud y los comportamientos sanitarios. Este enfoque resalta la interacción entre los factores estructurales y las decisiones individuales, coincidiendo con el modelo desarrollado por Alvarez, en que la salud y las conductas relacionadas son resultado de las condiciones de vida y trabajo.

Por otra parte, el marco de Marmot [17] destaca la importancia de la distribución social de recursos, el nivel socioeconómico y las inequidades en salud, sugiriendo que, el acceso desigual a recursos y oportunidades genera desigualdades en las conductas de riesgo, incluyendo el dopaje. En este sentido, la vulnerabilidad social y la precariedad económica, presentes en algunos deportistas, podrían ser catalizadores para la adopción de conductas dopantes en contextos donde las oportunidades alternas de éxito y reconocimiento son limitadas.

Asimismo, el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud[18] propone, que los factores estructurales, como la gobernanza, las políticas públicas y las condiciones de vida interactúan con factores intermedios, como las redes sociales, el apoyo comunitario y las conductas individuales. La existencia de presiones sociales y culturales específicas en Cuba puede entenderse dentro de esta interacción, donde las políticas deportivas, las normas institucionales y las relaciones sociales desempeñan un papel clave en la configuración del comportamiento dopante.

Comparando estos modelos, se observa, que todos reconocen la influencia de las condiciones sociales y económicas en los comportamientos de salud, pero difieren en su énfasis y alcance. Mientras que el modelo cubano de Alvarez se centra en la dimensión sociocultural y las trayectorias individuales en el contexto cubano, el de Dahlgren y Whitehead[16] enfatiza los aspectos socioeconómicos, y el de Marmot[17] resalta las desigualdades y la justicia social.

Por otra parte, al aplicar el Modelo de Campos de Salud de Lalonde[19] se entiende la interacción entre factores biológicos, comportamentales y sociales, destacando cómo, las condiciones de vida y el entorno social influyen en la decisión de doparse. Desde esta perspectiva, el dopaje puede considerarse un comportamiento ligado a las condiciones del campo de salud en que los atletas desarrollan su actividad, afectadas por el acceso a recursos, educación y apoyo social.

Adicionalmente, el marco conceptual de los determinantes de la salud de Evans[20] enfatiza en la influencia de las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas, relacionadas con las inequidades que condicionan las conductas de riesgo. De igual modo, el Modelo de la Determinación Social de la Salud de Jaime Breilh[21] aporta una visión compleja y multidimensional, vinculando las condiciones sociales y culturales con las diversas formas de vulnerabilidad y respuesta en salud que, en el caso del dopaje, se manifiestan en presiones sociales, expectativas culturales y desigualdades estructurales.

Por su parte, el modelo de Diderichsen y Hallqvist[22] introduce el concepto de mecanismos de mediación y moderación, señalando que las desigualdades en salud y conductas de riesgo son producto de interacciones complejas entre factores estructurales y centrales del contexto social, lo que explica las variaciones en las motivaciones detectadas en diferentes disciplinas deportivas. Finalmente, el Marco de Equidad desarrollado por la OMS[23] resalta, que las desigualdades sociales en salud se reproducen a través de desigualdades de acceso, oportunidades y recursos, haciendo énfasis en la necesidad de políticas integradas que aborden las raíces estructurales de dichas desigualdades para reducir el dopaje.

En síntesis, estos modelos ofrecen un marco teórico robusto y complementario, que permite comprender el dopaje como un fenómeno situado en un entramado de condiciones sociales, económicas y culturales.

La integración de estos enfoques podría ofrecer una comprensión holística para abordar el dopaje en el deporte, considerando, no solo las causas inmediatas, sino también los determinantes estructurales más amplios.

Esta mirada multidimensional es fundamental para diseñar intervenciones efectivas y sostenibles de prevención del dopaje. La evidencia muestra, que las políticas que solo apuntan a sancionar o a educar en los niveles individuales son insuficientes, si no consideran las condiciones sociales y culturales que influyen en las decisiones de los atletas. [24] La aplicación práctica de los hallazgos del presente trabajo, basada en un enfoque que integra los modelos mencionados, puede contribuir a crear entornos deportivos más justos, equitativos y saludables.

Los diferentes modelos explicativos del proceso de determinación social[15-18] explicitan la necesidad de adoptar políticas y acciones intersectoriales e interdisciplinarias que aborden las raíces sociales, económicas y culturales del dopaje. La aplicación de estos enfoques permite diseñar estrategias preventivas, que no se limiten a la sanción o a la educación individual, sino que también impulsen cambios en las condiciones estructurales que favorecen el uso de sustancias dopantes, tales como, mejorar el acceso a recursos, fortalecer el apoyo social y promover valores de integridad en el deporte.

La presente investigación aporta un enfoque novedoso al contextualizar las motivaciones de los atletas, desde la perspectiva del sistema social cubano y en diálogo con modelos internacionales, contribuyendo a una visión más integral del fenómeno del dopaje.

Referencias bibliográficas

1. World Anti-Doping Agency. The World Anti-Doping Code. 2022. Disponible en: https://www.wada-ama.org/en/what-we-do/world-anti-doping-code
2. Petroczi A, Naughton D, Hampson SE. Applying a systems thinking lens to anti-doping: A systematic review identifying the contributory factors to doping in sport. Journal of Sports Sciences. 2025;45(2):76-89. DOI: https://doi.org/10.1080/02640414.2024.2306056
3. Johnson MB. A systemic model of doping behavior. The American Journal of Psychology. 2011; 124(2): 151-162. DOI: https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.124.2.0151
4. Dirk F, Loh R, Petróczi A, Brueckner S. The performance enhancement attitude scale (PEAS) reached 'adulthood': Lessons and recommendations from a systematic review and meta-analysis. Psychology of Sport and Exercise. 2021; 10(1): 390-396. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.101999
5. Gilberg R, Breivik G, Loland S. Anti-doping in Sport: The Norwegian Perspective. Doping in Sport. 2020; 9, 334-353.
6. Maycock BR, Howat P. Social capital: implications from an investigation of illegal anabolic steroid networks. Health Educ Res. 2007;22(6):854-863. DOI: https://doi.org/10.1093/her/cym022
7. Díaz Negrete B, García-Aurrecoechea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(4):223-232. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a01.pdf

8. Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of social inequalities. Int J Health Serv. 1999;47(2):239-59. DOI: https://doi.org/10.2190/M11W-VWXE-KQM9-G97Q
9. Braveman P. What are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. Public Health Reports. 2014;129(Supl 2):5-8. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3863701/
10. Alvarez Pérez AG, Luis Gonzalvez 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. 2010;48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es
11. Del Campo VL. La percepción de la información situacional probabilística en el deporte: una aproximación desde la psicología. CPD. 2015;15(2):45-56. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232015000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Donovan RJ. Toward an Understanding of Factors Influencing Athletes' Attitudes about Performance-Enhancing Technologies: Implications for Ethics Education. Baltimore, United States: Johns Hopkins University Press; 2009
13. Suárez S, Cañizares M, Carvajal W. Actitudes y creencias de deportistas cubanos de alto rendimiento sobre el dopaje. CPD. 2022;22(2):136-155. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232022000200010
14. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. McGraw-Hill; 2014.
15. Bardin L. Análisis de contenido. Ediciones Akal; 2004.
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. The Milbank Quarterly. 2006;84(4):563-594.
17. The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives 2010. London: The Marmot Review; 2013.
18. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
19. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada, Ministra de Salud; 1974.
20. Evans R. Social Determinants of Health — The Canadian Facts. Toronto: The Canadian Institute for Advanced Research; 2007.
21. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud pública. 2013;31(Supl1): S13-S27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf
22. Diderichsen, Evans and Whitehead. The social basis and disparitites in health. In Evans et al. (Eds.) Challenging inequitites in health: from etics to action. Nueva York: Oxford UP; 2001.
23. World Health Organization. The Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2da ed. Geneva: WHO; 2013.
24. Moreno-Fernández IM, Gómez-Espejo V, Olmedilla-Caballero B, Ramos LM, Ortega E, Olmedilla A. Eficacia de un programa de preparación psicológica en jugadores jóvenes de fútbol. Revista de Psicología Aplicada al Deporte y el Ejercicio Físico. 2019;4(14). Disponible en: https://www.revistapsicologiaaplicadadeporteyejercicio.org/art/rpadef2019a13

Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos

Irma Sosa Lorenzo, Pierre Lefévre, Mayda Guerra Chang, Lilliam Ferrer Ferrer, Armando Rodríguez Salvá, Delia Herrera Travieso, Pol De Vos, Mariano Bonet Gorbea, Patrick Van Der Stuyft

Introducción

La participación comunitaria es vista como un elemento importante para mejorar la salud e incrementar la calidad de vida de las comunidades. Algunos autores destacan las razones para alcanzar una elevada participación comunitaria, que incluyen: involucrar a las personas en las decisiones que afectan sus propias vidas, creando una responsabilidad hacia los programas; involucrar a las personas y a los profesionales capaces para obtener percepciones e información importante de experiencias locales pasadas y crear un mutuo aprendizaje del entorno; involucrar a las personas en los programas, movilizando recursos financieros, materiales y humanos.[1, 2, 3, 4] Laverack describe al empoderamiento, en sentido de obtención de poder, como al grupo de personas que trabajan juntas para incrementar el control sobre los eventos que determinan su vida y su salud, o como el proceso que involucra, continuamente, las relaciones de poder entre individuos y grupos sociales en la sociedad y que es visto como resultado de la redistribución de recursos y de autoridad en el proceso de toma de decisiones, o, como el incremento en el sentido de autodeterminación y autoestima.[5, 6]

La participación comunitaria se ha incluido como un objetivo importante de forma permanente dentro del sistema de salud cubano, pero la planificación estratégica, como método propuesto para la toma de decisiones, y dentro de esta la realización del análisis de situación de salud, no han sido utilizados en todo su potencial para incrementar la participación de la comunidad en el proceso, hecho que parece ser un obstáculo para obtener un verdadero empoderamiento comunitario.

Este artículo tiene como objetivos presentar una dinámica participativa dentro de la planificación-implementación-evaluación en salud en contextos intervenidos y mostrar su potencial para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local.

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo con un diseño de investigación-acción participativa aplicando la metodología CPPE (por sus siglas en ingés: Comprehensive Participatory Planning

and Evaluation),[7] la cual fue adaptada a nuestro contexto para utilizarse en áreas de salud y consejos populares de tres municipios cubanos: Centro Habana, Cumanayagua y Las Tunas.

Los escenarios seleccionados fueron:

- Área de salud Marcio Manduley del Consejo Popular Dragones y área de salud Reina del Consejo Popular Los Sitios del municipio Centro Habana.
- Área de salud San Blas del Consejo Popular La Sierrita del municipio Cumanayagua.
- Área de salud Gustavo Aldereguía del Consejo Popular Número 5 del municipio Las Tunas.

Fueron seleccionados un total de 129 líderes, de ellos 16 representaron al sector salud, 40 a la intersectorialidad y 53 a la comunidad. La selección de los facilitadores de los talleres fue realizada por cada área de salud sobre la base de que tuvieran conocimientos sobre salud pública, sobre la situación de salud de sus áreas, sobre técnicas participativas y sobre el manejo de proyectos comunitarios, además de poseer habilidades de comunicación para dirigir el trabajo en equipos y en plenarias, para resolver conflictos entre los participantes, para sintetizar la información, y por tener reconocimiento social, debido a la función que desempeñaban.

Desde el primer ciclo, los talleres de planificación constaron de las siguientes fases metodológicas: análisis de problemas (construcción del modelo causal), selección y priorización de problemas, selección de intervenciones, elaboración de la tabla IPRI (insumos, procesos, resultados e impacto), elaboración del modelo dinámico y elaboración del plan operacional.

A partir del segundo ciclo, los talleres comenzaron con una evaluación de la implementación de las intervenciones que se planificaron en la etapa anterior. La fase de implementación, a partir de los talleres de planificación y evaluación-planificación fue desarrollada con el liderazgo de los actores de los talleres y con la participación de la comunidad, los cuales se apoyaron en el plan operacional y en el modelo dinámico.

Se aplicó la técnica de la observación participante durante el desarrollo de los 8 talleres de planificación o de evaluación-planificación y se elaboraron 8 relatorías por un equipo de investigadores. Se aplicaron 109 cuestionarios a los líderes para evaluar los talleres, se realizaron 40 entrevistas a profundidad a algunos de los líderes días después de los talleres y se confeccionaron 8 reportes estandarizados de los estudios de casos de la metodología (REECM).

Para evaluar la implementación, la propia comunidad realizó el monitoreo de sus intervenciones; por su parte, el equipo de investigación elaboró 8 reportes estandarizados de los estudios de casos de la implementación (REECI). Para codificar la información e interpretarla se utilizó el programa cualitativo NVivo versión 8.0[8] y el procesamiento del texto se realizó en Microsoft Windows XP Profesional, versión 2002.

Resultados

En el periodo 2008-2010 se realizaron los talleres de planificación o de evaluación-planificación propuestos, con una frecuencia anual. La selección de los líderes se realizó en las áreas de salud y los consejos populares participantes y de acuerdo con la problemática de salud de cada contexto, para que ellos pudieran brindar su experticia y mejor colaboración en

la toma de decisiones. Se propuso, metodológicamente, que la mitad más uno fueran líderes informales, para que la comunidad tuviera una representación importante; sin embargo, esta selección no fue efectiva en todos los escenarios, aunque globalmente hubo más líderes informales seleccionados. Tampoco hubo permanencia de algunos de los líderes seleccionados al inicio del proceso en los ciclos siguientes, por diversos motivos, como enfermedad, cambio de residencia, de lugar de trabajo o fallecimiento.

En el área de salud Manduley, del Consejo popular Dragones, durante 2009 no hubo permanencia de todos los líderes, se incrementó un líder formal y se sustituyó otro y fue también sustituido un líder de salud. Por su parte, en 2010 hubo igual cantidad de participantes que representaron a la extrasectorialidad, así como a los líderes informales de la comunidad. Tampoco en este año hubo permanencia de todos, hubo 3 líderes formales nuevos, un líder nuevo de salud y 2 nuevos de los 7 informales que representaron a la comunidad.

Por su parte, en el área de salud San Blas, del Consejo popular La Sierrita, en 2010 se incrementó un líder formal con respecto al año anterior, de los 2 líderes de salud que participaron uno era nuevo, 2 líderes informales menos que en 2009 y, de ellos, 2 también participaron por primera vez.

En el área de salud Gustavo Aldereguía del Consejo popular número 5, siempre participaron más líderes formales que informales, se incrementó un líder formal en 2010 con respecto al año anterior y, de ellos, 4 fueron nuevos participantes en el último año; también participó un líder informal más que en 2009 y se sustituyó otro.

En el área de salud Reina del Consejo popular Los Sitios, que comenzó en este proyecto durante el 2010, se seleccionaron igual número de líderes formales que informales.

Los talleres de 2008, 2009 y 2010 en los consejos populares de Dragones, La Sierrita y Los Sitios fueron conducidos por una facilitadora de la Casa Comunitaria del municipio Centro Habana.

En el municipio Las Tunas, el taller de 2010 fue conducido por una facilitadora del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología y por otra del Policlínico Comunitario Gustavo Aldereguía. Las facilitadoras de La Sierrita y de Los Sitios no estuvieron suficientemente preparadas para guiar los talleres durante el periodo.

En sentido general, la metodología utilizada fue aceptada por los participantes de todas las comunidades, los cuales opinaron que ayudó a desarrollar la comunicación entre los diferentes tipos de líderes e hizo que todos participaran de forma activa durante el intercambio de experiencias, propiciando debates con un análisis profundo, los que fueron muy enriquecedores y ayudaron a buscar mejores soluciones a los problemas, tanto en los procesos de planificación como de evaluación.

En todas las localidades, además de la aceptación, la satisfacción con el método fue incrementándose año tras año, exceptuándose el Consejo popular Los Sitios, el cual inició el proceso durante el último año, pero en donde hubo aceptación de la metodología, lo que propició su desarrollo de una forma satisfactoria en el ciclo realizado.

La participación activa en la elaboración de los planes operacionales fue también incrementándose año tras año en los lugares donde comenzaron el proceso antes de 2010. Los

participantes percibieron en todos los lugares que los planes elaborados fueron relevantes, porque estuvieron bien estructurados, tuvieron visión de trabajo para la comunidad, fueron hechos por los equipos de trabajo en representación de las comunidades e implementados a favor de ellas. Hubo satisfacción con los planes elaborados y confianza en su implementación, es decir, hubo un sentido de apropiación.

Hubo además un incremento por años en la variabilidad de las intervenciones propuestas en todos los escenarios, donde hubo más de un ciclo de planificación, aunque durante los procesos de implementación que le sucedieron se siguió trabajando en el monitoreo de los resultados de las intervenciones de los primeros periodos.

Durante el periodo analizado se realizó la implementación de las intervenciones diseñadas durante los procesos de planificación en todas las localidades, excepto en el área de salud Reina del Consejo popular Los Sitios, donde se inició, pero hubo algunas dificultades para cumplirse en el tiempo propuesto por diversas eventualidades, lo que hizo que el proceso avanzara más lentamente.

Discusión

Siendo esta una intervención que los autores piensan continuar por otro periodo posterior al 2010, podemos señalar, aunque de forma preliminar, que se evidenció un incremento en la participación comunitaria, pues todos los procesos, tanto de planificación como de implementación o de evaluación realizados en las diferentes localidades, tuvieron un carácter muy participativo. Como plantean Carvalho y Gastaldo,[9] la participación comunitaria en los procesos decisorios y en las actividades de planificación e implementación de acciones de salud constituye una de las estrategias centrales de la promoción de la salud.

Esta premisa enfoca la necesidad de realizar intervenciones de salud buscando fortalecer la actuación de los individuos y los grupos para ofrecer un soporte social a los colectivos comunitarios; en este sentido la capacitación de las comunidades, al mismo tiempo que se implementó el proceso, fue relevante para fortalecer conocimientos, habilidades, actitudes positivas y mejorar la resistencia al cambio, que tan frecuentemente se da en situaciones semejantes. La presencia combinada de líderes formales, incluidos los del sector salud y líderes informales comunitarios, enriqueció la toma de decisiones y esto pareció un elemento clave y de vital importancia en la determinación de los resultados.

Según Restrepo,[10] el aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico, sin embargo, durante la planificación en algunas áreas de salud (consejos populares) hubo presencia de mayor cantidad de líderes formales, lo que en las primeras etapas predispuso a un mayor liderazgo de los actores formales, tanto en el análisis como en el proceso de toma de decisiones; la excelente conducción de las facilitadoras supo dar un balance adecuado a las situaciones para propiciar la participación en igualdad de condiciones de todos los líderes.

Aunque los líderes informales tuvieron menor capacidad técnica en salud, como es de suponer, sí supieron identificar los problemas que más afectaron a sus comunidades y

propusieron las mejores soluciones a sus necesidades con ayuda del resto de los participantes, fundamentalmente con el liderazgo técnico de los del sector salud.

Sánchez y colaboradores[11] han señalado, en sus resultados para incrementar la participación comunitaria en la prevención del dengue, que el liderazgo del sector salud pasó, de ser paternalista a compartirse con otros líderes de la comunidad, en la medida en que las técnicas utilizadas en los talleres favorecieron la interacción y elevaron la conciencia de los participantes sobre los problemas locales. En esta intervención se evidencia también por el hecho de que los actores, a la vez que planificaban o evaluaban, estaban recibiendo la capacitación para hacerlo. Como plantea Alejandro,[12] resulta inadmisible que un proceso de desarrollo local o comunitario esté en manos de un número restringido de personas, en este caso de los profesionales de la salud, de efectuarse este comportamiento, difícilmente se logre la participación activa del resto de las personas.

A pesar de que la implementación de actividades en los tres escenarios se ha realizado casi en su totalidad por autogestión de recursos, se necesita que algunos actores, con menor grado de liderazgo, entiendan mejor el papel de la autogestión comunitaria y su vínculo con la intersectorialidad, en el sentido de la capacidad de movilización de los recursos como elemento clave del empoderamiento, pues algunos de ellos tuvieron la creencia de que el aporte de recursos provenientes de donaciones o de la colaboración que se da a través de algunos proyectos, por sí solo, hace factible o favorece la implementación de las intervenciones o la solución de los problemas.

Los autores entienden que hubo un salto cualitativo en la participación para todo el proceso en estos contextos, sobre todo porque se entiende por empoderamiento el hecho de que ya la comunidad participe en el proceso de toma de decisiones, aunque sabemos que la evolución en el concepto de participación comunitaria se realiza a largo plazo y, por tanto, la construcción de capacidades para movilizar recursos a través de la autogestión necesita su tiempo.

Coincidimos con Sánchez[13] en que aún hay un falso concepto de que esos problemas "son responsabilidad de las autoridades sanitarias". La experiencia, en países como Argentina, Bélgica, Cuba, Guatemala, Panamá y Venezuela, ha permitido identificar una larga lista de problemas de salud; en la mayoría de los cuales resulta muy evidente que el sector de la salud, por muy elevado que sea el presupuesto y los recursos que posea, no puede resolverlos por sí solo.[14] En nuestros resultados se mostró un creciente interés entre los participantes por mantener activo el proceso de planificación-implementación-evaluación con la metodología utilizada en los diferentes consejos populares y con el liderazgo del sector salud. Delgado-Gallego[15] menciona que la población señala, entre algunos factores facilitadores de la participación, la presencia de mayor y mejor conocimiento e información para participar consciente y eficazmente y "…es que el nivel de participación va de acuerdo al nivel de conocimiento que tiene la gente, de los derechos que tiene…" Como plantean Baum y

colaboradores,[16] la participación se logra mediante el aprendizaje, el estudio y la investigación de los problemas, la búsqueda de las causas, la formulación de las propuestas y la ejecución y evaluación del proceso vivido.

Conclusiones

Se evidenciaron las ventajas que tiene la metodología de planificación-implementación-evaluación propuesta, para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local. En todas las localidades, los diferentes tipos de líderes y gran parte de las comunidades, pasaron de ser colaboradores en las intervenciones de salud a constituirse en actores fundamentales en la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

1. Rifkin S. Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. London School of Economics, United Kingdom. Presentation made at Forum 9, Mumbai, India,12-16 September 2005.
2. Rifkin S, Pridmore P. Partners in Planning. London: Macmillian; 2001.
3. Pérez D, Lefévre P, Romero MI, Sánchez L, De Vos P, Van der Stuyft. Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health intervention. Health Policy and Planning. 2009;24(5):335-341. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czp028
4. Laverack G. Using a domains approach to build community empowerment. Commun Dev J. 2006;41(1):4-12. DOI: https://doi.org/10.1093/cdj/bsi038
5. Laverack G. Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature. J Health Popul Nutr 2006;24(1):113-120. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16796158/
6. Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. London: Sage Publications, 2004.
7. Lefévre P, Kolsteren P, De Wael MP, Byekwaso F, Beghin I. Comprehensive participatory planning and evaluation (CPPE). Antwerp: Institute of Tropical Medicine (ITM); 2001. p.54
8. Carvalho SR, Gastaldo D. Health promotion and empowerment: a reflection based on critical-social and post-structuralist perspectives. Ciênc Saúde coletiva, 2008;13(suppl 2). DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007
9. Restrepo HE. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;19(1). DOI: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.903
10. Sánchez L, Pérez D, Alfonso L, Castro M, Sánchez LM, Van der Stuyft P, et al. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(1):61-69. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n1/v24n1a08.pdf

11. Alejandro M. Procesos comunitarios: retos de una experiencia. Rev Cubana Pensamiento Socioteológico. 2003; 27 (3):44-50.
12. Sánchez L, Pérez D, Cruz G, Silva LC, Boelaert M, Van der Stuyft P. Participación comunitaria en el control de Aedes aegypti: opiniones de la población en un municipio de La Habana, Cuba. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(1) Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n1/20833.pdf
13. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009
14. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete L. Barreras y oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Rev Salud Pública. 2006;8(2):128-140. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000200001
15. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health. 2006;60: 854-7. DOI: https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662



PARTE 3

Vigilancia y análisis de situación de salud

6 artículos

Coordinador de temas: Dr. C. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Percepción sobre el análisis de situación de salud en un consejo popular del municipio Centro Habana

Irma Sosa Lorenzo Armando Rodríguez Salvá, Irideysi Abreu González, Mayda Guerra Chang, Pierre Lefevre, Pol De Vos

Introducción

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en la Atención Primaria de Salud (APS), que tiene como propósito identificar las características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales, que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.[1] Esta preocupación ha estado presente tanto en los niveles administrativos y de servicios como en la docencia, incluyendo el pregrado y el posgrado.[2] En Cuba, se ha avanzado mucho en el ASIS, sobre todo después de la puesta en marcha, en 1984, del Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), pero aún existen deficiencias, comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación.[2, 3]

Las deficiencias de mayor frecuencia son: la falta de unidad de criterios en el proceso diagnóstico-análisis, la existencia de varias guías que crean confusión, la falta de prioridad en los problemas y no analizar sus causas, la aplicación incorrecta del procedimiento de solución de problemas, entre otras. No existen dudas acerca de que el ASIS con enfoque poblacional se debe aplicar en todos los niveles del sistema de salud y en sus servicios de atención, ya que el análisis y la vigilancia de la situación de salud identifica los problemas en cualquier territorio-población y ello permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.[4] Existe conocimiento sobre la poca utilización del ASIS por los equipos de salud en la APS, así como de cierto rechazo a su realización, como consecuencia, quizás, de la poca utilidad que se le atribuye y de la complejidad de su elaboración. Se percibe como una tarea impuesta, que consume mucho tiempo y que no resulta imprescindible para la práctica cotidiana en el consultorio.[1]

En Cuba, según investigaciones realizadas, se ha encontrado, que en el ASIS prevalece el enfoque descriptivo y se reduce o está ausente el nivel de síntesis, así como el enfoque epidemiológico; además, existe carencia de habilidades entre el personal de salud para lograr

la participación de la comunidad.[5] Consecuentemente, el propósito de este estudio fue el de identificar la percepción sobre el análisis de la situación de salud en un consejo popular, para desarrollar un proyecto de planificación participativa en salud.

Métodos

El estudio de tipo cualitativo[6, 7, 8] se realizó en el mes de enero de 2008. Se utilizaron dos técnicas: la entrevista individual a profundidad y el grupo focal. Se entrevistaron a once líderes formales de un consejo popular (presidente, coordinador de zona, dos coordinadores de CDR, una delegada de circunscripción, presidente del grupo de prevención de una circunscripción, jefa de zona de comunales, representante de materias primas, instructora de la Federación de Mujeres Cubanas, promotora cultural y representante de la microbrigada social) y, además, se realizaron dos grupos focales: uno con ocho representantes del sector de la salud (dos médicos de familia, tres enfermeros, una supervisora de enfermería, un jefe de grupo básico y un administrativo) y otro grupo focal con once líderes informales de la comunidad (cuatro amas de casa, cinco jubilados, una estudiante y una brigadista sanitaria).

Los aspectos explorados fueron:

- Información sobre el ASIS.
- Información sobre el método para realizarlo.
- Dificultades en su realización.
- Rol de los actores.
- Participación comunitaria.

La información de las entrevistas y los grupos focales se codificó y se interpretó con el software cualitativo NVivo versión 8.[9] La percepción fue tomada en cuenta en este trabajo como la información recibida acerca del análisis de la situación de salud y la representación que de este tuvieron los participantes.

Resultados

Entre los líderes formales, no pertenecientes al sector de la salud, hubo diferencias de opiniones. Algunos plantearon que el ASIS es el documento que leen los médicos en las reuniones de rendición de cuenta de la circunscripción, otros opinaron que es el informe de salud que se rinde ante el Gobierno, donde se exponen los principales problemas de salud que enfrentan en cada momento, como la situación del Programa Materno Infantil, la situación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) o el informe que realiza el representante de salud ante el consejo popular y donde se informa sobre los problemas de salud de la comunidad.

Por otra parte, los líderes informales comunitarios no tienen información de lo que significa el ASIS. Los representantes del sector salud refirieron que, a pesar de que conocen las técnicas para realizarlo adecuadamente, no se aplican, ya que los médicos tienen mucha carga asistencial y no se realiza un verdadero proceso de planificación, por lo que quedan, solamente, como un informe descriptivo de la situación de salud, además de que no se

utilizan herramientas adecuadas, las que propicien que la comunidad participe activamente en su realización.

Percepción sobre el método para realizar el análisis de la situación de salud

Los líderes formales no pertenecientes al sector salud no conocen con qué método se realiza el ASIS, porque nunca han participado en su elaboración, y aunque en el consejo popular se discute acerca de los problemas que afectan a la comunidad, refirieron que esa metodología es aplicada al interior del sector salud.

Los líderes informales de este territorio indicaron que nunca se ha realizado con la comunidad un análisis completo de la situación de salud, y que es solo en las asambleas de rendición de cuenta donde se brinda información de este análisis por parte de los médicos. Los representantes del sector salud expresaron, que el ASIS se hace a partir de la recolección de datos en la ficha de dispensarización, que se complementan con la información que lleva el Departamento de Estadísticas del área de salud. Posteriormente, se redacta el informe final, que incluye el plan de acción, se da a conocer a la comunidad y se piden opiniones. Al final de la fase de implementación, unas veces y otras no, se chequea el cumplimiento de las actividades con los líderes formales no pertenecientes a la salud y que son parte de la comunidad.

El instrumento elaborado carece de un análisis adecuado y se reduce a la recolección de datos, que a veces son muy extensos, y no se utilizan con mucha frecuencia después. Se reconoce la falta de adiestramiento, principalmente dentro del personal de enfermería.

Percepción sobre las dificultades en la realización del análisis de la situación de salud

Los líderes formales no pertenecientes al sector salud y los líderes informales comunitarios desconocen las dificultades existentes para la realización del ASIS. Los representantes del sector salud, sin embargo, identificaron diferentes aspectos, como:

- Incremento de la demanda asistencial en los consultorios, que no deja tiempo para otras actividades.
- Inexistencia de trabajo en equipo.
- Inestabilidad de médicos y de personal de enfermería en los consultorios.
- Cambios frecuentes de la población de responsabilidad para el personal de salud.
- Desmotivación para la realización del ASIS.
- Existencia de varias guías para realizarlo.
- Inexistencia de un nivel óptimo de abordaje social de los problemas de salud.
- Ausencia de adiestramiento en participación comunitaria
- Ausencia de sistematicidad en la labor comunitaria, tanto del personal de salud, como de otros líderes comunitarios.
- Desactualización de la dispensarización.
- Limitada participación de líderes formales no pertenecientes a la salud y de informales dentro del ejercicio de planificación en salud.

Percepción sobre el rol de los actores en la realización del análisis de la situación de salud

Tanto los líderes formales no pertenecientes a la salud, como los líderes informales comunitarios reconocen a los médicos como los responsables de la confección del análisis de salud, porque son los que conocen totalmente esa problemática. Dentro del sector salud, todos los representantes también reconocen que los médicos tienen el papel protagónico en la elaboración del ASIS y en liderar la implementación de los planes estratégicos.

Percepción sobre la participación comunitaria en el análisis de la situación de salud

Los líderes formales expresaron, que la participación de la comunidad es colaborativa, a solicitud del sector salud y del consejo popular, y que esta se materializa al brindar información o al apoyar actividades de salud inherentes a la implementación de los planes de acción elaborados. Los líderes informales expresaron, que nunca han participado en la elaboración del ASIS; que los médicos de familia son los encargados de realizar este análisis.

Los representantes de salud son del criterio de que, en la realización del ASIS, deben participar todos los líderes comunitarios, pero esto no es así en la realidad. No existe una verdadera materialización de la intersectorialidad, ni de la participación comunitaria en las actividades del ASIS. La participación se limita a la parte de implementación y cuando son convocados por salud, pero no han participado en el diseño de las estrategias, ya que no se realiza un proceso de planificación participativo.

Discusión

Cuando el ASIS se realiza bajo sus premisas metodológicas y con el liderazgo del sector salud, lo cual permite conocer permanentemente las necesidades de salud de la población y de grupos particulares con la visión de las propias comunidades, permite establecer las tendencias de los problemas de salud, la desigualdad en los riesgos y daños, sus determinantes y, además, evaluar las estrategias elaboradas para su solución.

No existen a nivel nacional o local muchos trabajos que avalen, particularmente, los resultados obtenidos por este equipo de trabajo, solo los resultados de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, de lo cual se hace referencia más adelante, y que coinciden con la no vinculación necesaria entre comunidad y equipos de salud. A nivel internacional, el ASIS utilizado no incorpora elementos para comparar los resultados desde el punto de vista de la aplicación y el valor del ASIS como instrumento.

La forma en que se realiza el ASIS no refleja un proceso participativo total en este consejo popular, pues líderes formales, no pertenecientes al sector salud, y líderes informales comunitarios, aunque conocen que el sector salud realiza los análisis de salud, no participan en este en todas sus etapas. Sigue siendo la colaboración comunitaria con las intervenciones de salud la forma en que se pone en práctica el proceso, al menos en este contexto.

Según resultados de investigaciones para caracterizar la participación social en salud, realizadas por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba,[10] la principal modalidad de participación es la colaborativa. Entre sus principales causas se encuentran las siguientes:

- No existen mecanismos creados por la comunidad,
- los grupos comunitarios que existen no funcionan en la práctica;
- la participación es predominantemente individual,
- la toma de decisiones se realiza a nivel central,
- la comunidad tiene una influencia nula en la planificación y ejecución de los programas de salud y una influencia potencial, no suficientemente ejercitada, en la evaluación de estos.

Todo lo cual coincide con los hallazgos de este trabajo, en mayor medida.

En la aproximación al problema, se reconoce por la comunidad el liderazgo técnico del sector salud en el análisis de situación de salud, pero ello no implica que se le muestren a la comunidad evidencias de aquellas acciones comunitarias que han sido capaces de lograr cambios sostenidos en el ambiente social y organizacional, vinculados al mejoramiento de la salud.

Lograr el empoderamiento comunitario para mejorar los resultados de salud es un camino a tomar, pero para ello es necesario tener en cuenta a las organizaciones comunitarias y, dentro de ellas, a sus líderes más destacados y con más experiencia, identificando el liderazgo local en todas sus manifestaciones.

Como bien plantea Martínez[11] en su análisis de la situación de salud como instrumento de la política sanitaria cubana, otro aspecto que es de suma importancia lo constituye la orientación epidemiológica de la propuesta sanitaria, que obliga a una revisión conceptual y, especialmente, a establecer con claridad las bases teóricas que sostienen a sus principales elementos, unos novedosos y otros ya aplicados, pero ahora en una etapa superior de perfeccionamiento, donde sobresalen: la identificación y la solución de los problemas de salud prioritarios, con énfasis en el nivel local, la descentralización, la interdisciplina e intersectorialidad y la participación social y comunitaria.

Existen limitaciones, se han observado en este contexto estudiado, las cuales deben ser erradicadas, pero, retomando a Martínez,[11] no exponerlas es negar una parte de la realidad.

En investigación nacional realizada para la evaluación de la gestión de salud, en el año 2003,[10] se evaluaron 600 informes de ASIS a nivel del consultorio médico y se identificaron insuficiencias, como resultado de la omisión de aspectos básicos que deben contener estos documentos, la falta de un análisis integral que relacionara el contexto, los riesgos, los servicios de salud, la participación de la población y otros sectores, junto con los daños y problemas de salud identificados.

En el presente contexto, los equipos de salud necesitan centrarse más en los criterios metodológicos elaborados y en una reorientación epidemiológica en la identificación y solución de los problemas, así como reorientar la capacitación sobre el tema, en técnicas de trabajo que incentiven la participación comunitaria, para que sean la clave del éxito en la elaboración del ASIS.

Cuando se realizan los análisis de la situación de salud no siempre es estimulada la intervención de todos los actores sociales en la identificación y solución de los problemas, con lo cual, se propicia la inhibición de la autorresponsabilidad individual y colectiva.

La hegemonía médica prevalece, es decir, el personal de salud lidera totalmente el análisis y la toma de decisiones y subvalora el análisis por parte de la población y sus líderes, lo que limita lo que podría ser un análisis, una planificación y una evaluación realmente participativas, mucho más, cuando se conoce la cohesión que existe como potencial de trabajo en esta área de salud-consejo popular, la que bien puede utilizarse como una fortaleza.[11]

Coincidimos con Alvarez,[12] en que los consejos populares son espacios ideales para el proceso de deliberación, concertación y negociación y para una adecuada planificación de acciones de salud, ya que constituyen una autoridad en contacto directo e inmediato con las actividades sociales, económicas y de servicios en barrios y poblados, y con capacidad real para encauzar la solución de los problemas de salud.

Se concluye que, al no implementarse métodos participativos en esta comunidad, que contribuyan a fortalecer la presencia de los diferentes sectores formales y de líderes comunitarios informales dentro del análisis de situación de salud, se pierde el potencial creativo en un consejo popular con gran cohesión intersectorial y comunitaria. Se le atribuye el rol de conducción del ASIS al sector salud, pero los líderes formales no representantes de salud y, en este caso, los líderes informales de la comunidad, no perciben la necesidad de ser incluidos; no obstante, los representantes de salud son del criterio de que, en la realización del ASIS deben participar todo tipo de líderes comunitarios.

Recomendaciones

Se sugiere retomar los aspectos teóricos y prácticos del ASIS con una visión integral para fortalecer las intervenciones y la toma de decisiones, con el propósito de transformar la salud de la comunidad con un enfoque participativo y, además, capacitar a la comunidad en algún método de planificación participativa para incrementar la participación comunitaria en este consejo popular.

Referencias bibliográficas

1. Pría Barros MC, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso AT, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es&nrm=iso
2. Ramos Domínguez BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Sal Públ. 2006;32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011
3. Alpízar EA. Propuesta para el análisis de la situación de salud. La Habana: Dirección Provincial de Salud Pública; 1996.
4. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001.

5. Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-y-situacion-de-salud/
6. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica No. 614. USAID-Family Health Internacional-OPS-OMS; 2006.
7. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Sal Públ. 2002;76(5):373-80. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500001
8. Mack N, Woodsong C, Macqueen KM, Guest G, Namey E. Qualitative Research Methods: A Data Collector' s Field Guide. USAID. Fam Health Internat; 2005.
9. Software Cualitativo NVivo versión 8. Copyright. 2008. QRS Internacional PTy. LTD. ABN. 47006357213.
10. Pría MC, Louro I, Fariñas AT, Gómez H, Lorenzo A, Segredo A, et al. Evaluación de los informes de análisis de la situación de salud a nivel de los consultorios médicos en el país. Informe final de investigación. Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 2003.
11. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Sal Públ. 1998;23(1):19-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003
12. Alvarez AS, Alvarez AG. Planificación Estratégica de intervenciones en salud. 1ra. ed. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 1998.

Situación de salud de la población y sus determinantes sociales en el Policlínico Universitario 19 de Abril. 2014-2023

Carlos Aurelio Lage Dávila,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez,
Isabel Pilar Luis Gonzálves

Introducción

Los determinantes sociales de la salud constituyen, desde hace algunos años, un conocimiento ineludible para explicar los estados de salud de las poblaciones, y aún más, están favoreciendo un nuevo modo de pensar y hacer la epidemiología.

Cuba es un país subdesarrollado, cuyos niveles de salud son comparables con los de países desarrollados. Ello es fruto de uno de los procesos sociales más profundos que han tenido lugar en el mundo a lo largo de la historia y de una voluntad política que no ha dejado de expresarse ni en circunstancias de carencias materiales extremas[1]. La Atención Primaria de Salud y el Programa del Médico y Enfermera de la Familia son sustentos de esos resultados.

La salud se concibe como un derecho humano esencial garantizado por el Estado en todos sus niveles de atención, lo cual se fue haciendo realidad con el decursar de los años y se consagra en la Constitución de la República de Cuba[2] y en la Ley de Salud Pública de julio de 1983.[3]

La desaparición de la URSS en diciembre de 1991 tuvo gravísimas implicaciones para la economía cubana: la reducción de las importaciones en un 78 % y del PIB en un 34,8 %, en apenas cuatro años.[4] La economía cubana se deteriora muy rápidamente del 90 al 94, año este último en que se llega a los niveles más bajos de producción, servicio y comercio.

La capacidad de resistencia de la Revolución y las medidas económicas que se adoptaron comenzaron a dar frutos y al finalizar la década del 90 resultó evidente que la Revolución había sido capaz de vencer el recrudecido cerco económico y político que impuso los Estados Unidos a Cuba, luego del fin de la "Guerra Fría". Comenzando el siglo XXI, en un contexto internacional diferente, aún sin desaparecer las dificultades económicas, se abren nuevas oportunidades, la salud comienza a recibir mayores asignaciones de recursos y fueron puestos en práctica nuevos planes, encaminados a mejorar la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Sin embargo, a partir del 2019, la política de bloqueo de los Estados Unidos aplicó nuevas sanciones a Cuba, las que afectaron sensiblemente el desenvolvimiento económico y, en el 2020 y 2021, la pandemia de COVID-19 impuso restricciones en la vida social y política a nivel global y afectaron adicionalmente a la economía cubana.[5]

La justicia social y la equidad en salud, más que una meta, es un camino, y al transitarlo se debe tener en cuenta la existencia de determinantes y diferenciales del estado de salud de la población, los cuales han comenzado a ser estudiados y documentados en Cuba, desde la pasada década, por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM).

El análisis de situación de salud (ASIS) es una de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) y uno de los usos de la epidemiología; constituye un instrumento científico-metodológico, útil para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud comunitarios, que tiene como premisa entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud. Para cumplir sus objetivos, el ASIS debe estar sustentado en la intersectorialidad y propiciar la participación de la población y sus representantes.

El ASIS debe considerar a los determinantes sociales, económicos y culturales y, desde esa perspectiva, detectar las diferencias en salud entre grupos humanos, las que pueden traducir desigualdades o inequidades, que suelen concentrarse en poblaciones con mayores vulnerabilidades.[6]

En el año 2016 el MINSAP incluyó dentro de sus objetivos de trabajo, la necesidad de fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, a partir de la introducción del enfoque de determinantes sociales y equidad en salud; esta prioridad ha sido ratificada en las formulaciones de los objetivos de los años siguientes.[7]

En el Policlínico Universitario 19 de Abril se elaboran los ASIS cada año y, desde el 2017, se viene trabajando en aplicar un enfoque de determinación social de la salud; sin embargo, no se han realizado estudios que permitan conocer el estado de salud de la población en periodos más largos, lo cual podría aportar evidencias que permitan elaborar con mayor certeza, políticas de salud a nivel local.

La pregunta de investigación fue la siguiente: ¿Cuál ha sido la evolución de los indicadores del cuadro de salud de la población y sus determinantes sociales en el Policlínico Universitario 19 de Abril durante el periodo 2014 a 2023?

Los objetivos que perseguía la investigación son los siguientes:

- Describir el comportamiento de los indicadores seleccionados de morbilidad y mortalidad del estado de salud de la población del Policlínico Universitario 19 de Abril en el periodo 2014 a 2023.
- Caracterizar las premisas, condiciones y factores de determinación social del estado de salud de la población del Policlínico Universitario 19 de Abril en el periodo 2014-2023.
- Identificar los principales diferenciales en salud y los ejes de desigualdad presentes en el proceso de determinación social de la salud de la población del Policlínico Universitario 19 de Abril en el periodo 2014 a 2023.

Regularidades del análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud a nivel nacional e internacional

El campo de estudio de la epidemiología puede encontrarse en el camino a recorrer entre la investigación clínica y las ciencias sociales y tiene un fin último: evitar que cada vez

enfermen más personas de lo que ya otras padecen; para ello, es necesario, no solo conocer el estado de salud de las poblaciones sino además, identificar las causas de las desigualdades, medirlas como indicador específico del desempeño de un sistema sanitario y proponer la adopción de políticas públicas que permitan eliminar o atenuar su impacto en la salud.

En el largo proceso por el que ha transitado la humanidad para intentar explicarse, con basamento científico, porqué las personas enferman, se ha transitado desde la causalidad a la determinación social de la salud.

Si la causalidad se refiere a las causas que originan los problemas de salud, los determinantes explican las causas de las causas, la esencia causal de un problema, la noción de cómo se distribuyen las causas en la sociedad.[1]

El término determinantes sociales de la salud, relativamente, un concepto de reciente utilización en la literatura de las ciencias de la salud y es coherente con el posicionamiento de la epidemiología como ciencia. Aunque existen evidencias de su uso con otros nombres, desde épocas tan remotas como la del antiguo Egipto, pasando por los aportes de Engels, McKeon, y los más recientes realizados por autores como Laframboise, Lalonde, Evans, Dever, Raphael y Marmot, entre otros,[8-15] 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.[16]

"Los determinantes de los niveles de salud son el conjunto de factores complejos que, al actuar de manera combinada, determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades"[17]. Las características individuales, los factores sociales, económicos, los entornos físicos, interactúan de forma compleja y en estrecha relación, no solo con el nivel de riqueza de un país o región, sino de manera muy especial, con la forma de distribución de la riqueza en la población.[1]

Diferentes modelos, basados en un enfoque de ecosistema, aplicados a la salud humana, también han sido empleados. En ellos, "se parte de la influencia decisiva que la globalización y los cambios globales ejercen sobre un grupo de factores internos (socioculturales, económicos, ambientales, biológicos y conductuales) y externos (legislación, financiamiento, comunicaciones, tecnología, fronteras, maquiladoras y papel de los organismos internacionales); estos elementos permiten tener una mayor comprensión de los determinantes de la salud humana y del ecosistema y, por ende, la formulación y desarrollo de políticas públicas saludables más equitativas, efectivas y eficientes, basadas en una amplia respuesta social en salud y en las necesidades humanas del desarrollo como alternativas para lograr mejores niveles de salud".[18]

En marzo del 2004, la Organización Mundial de la Salud crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, con el propósito de acopiar datos para mejorar la salud, lograr que esté distribuida de forma más justa en todo el mundo y promover un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos.[19]

Los estudios realizados por la comisión concluyeron que, las inequidades en salud son consecuencias de un complejo sistema que actúa a escala supranacional, nacional y local, y

para lograr su reducción entre países y hacia el interior de estos es necesario ir más allá de las causas inmediatas de la enfermedad. La comisión, al indagar en las causas de las causas, logra descubrir, dígase así, que los factores sociales que determinan el crecimiento, la vida, el trabajo y el envejecimiento de la población están relacionados entre sí y no se expresan igual en condiciones diferentes, por lo que es necesario abordarlos mediante políticas que respondan a los contextos específicos de cada país y región.

La comisión concluye su trabajo haciendo tres recomendaciones principales:[20]

- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

La Conferencia de Río de Janeiro en octubre del 2011[21] aportó continuidad y enriqueció el enfoque de los determinantes sociales de la salud, enfatiza el valor esencial del derecho humano a disfrutar de la salud y se extiende en todo lo referido a la equidad en salud; al hacerlo señala que, se debe mejorar la distribución desigual del poder entre las distintas clases y grupos dentro de la sociedad y, que la vigilancia de las inequidades en salud no puede limitarse al sector salud ni a la medición de los resultados de salud.

Las consideraciones políticas para ejecutar medidas sobre los determinantes sociales son la gobernanza, la promoción, la función del sector salud, la acción mundial, la vigilancia del progreso y la medición y análisis.

La Conferencia de Río, al llamar a fortalecer la acción sobre los determinantes sociales de la salud a los distintos niveles, destaca la importancia de la voluntad política y la acción intersectorial como aspectos esenciales para lograr avances en salud. Este enfoque no resulta ajeno a la experiencia cubana en salud pública, guiada por el pensamiento de Fidel Castro.[22, 23]

El siglo XXI no ha podido reducir, y en su lugar ha visto acrecentar, el abismo que separa a los países más desarrollados de los más pobres y, si algo refleja con exactitud esa realidad, son los cuadros de salud completamente diferentes.

Los intereses privados y de las transnacionales cada vez más dominantes son por naturaleza contrarios a la medicina social y dejan de lado que, el proceso salud-enfermedad no solo es individual y biológico, sino también social, cultural, político, económico y ético. Constituye una debilidad científica de la ideología dominante considerar que la enfermedad está relacionada, casi exclusivamente, con la herencia genética, con los avances de la tecnología médica, con los hábitos de salud que toda persona tiene la opción de elegir libremente; cada persona es culpable, se sustenta, de su propia salud y nada tienen que ver las circunstancias en las que nos desenvolvemos, la familia en la que crecimos, el barrio en el que vivimos, la educación que recibimos, el lugar y condiciones donde desarrollamos nuestro trabajo o el ingreso económico del que disponemos.

Para llegar a la esencia misma del proceso salud-enfermedad, el enfoque de los determinantes sociales de la salud debe asimilar el significado de los avances de la genética y de la medicina molecular, los aportes de la epidemiología clínica, la importancia de la medicina basada en la evidencia y el impacto de las ciencias sociales con un firme posicionamiento en la justicia y la equidad.

Es cierto que, durante el siglo xx, la medicina ha transitado de una visión principalmente biologicista de la salud al reconocimiento de su carácter biopsicosocial, pero, también es cierto, que muchos de los avances logrados fueron revertidos, cuando, principalmente en la década de los 80, bajo el influjo de la ideología neoliberal, las privatizaciones alcanzaron al sector de la salud.

Por otra parte, incluso en los países donde el reconocimiento de ese carácter biopsicosocial de la medicina encontró mayor respaldo, como en Cuba, no siempre se logra la expresión en la práctica de esa aceptación teórica.

No puede obviarse otra realidad. Desde los planteamientos iniciales de Mac Keon hasta la Declaración de Río en octubre del 2011, hasta nuestros días, los estudios de los determinantes de la salud y los modelos que los conducen han sido creación de países desarrollados o de actividades de organismos y estructuras supranacionales, y resultado de realidades e intereses económicos, políticos, sociales y sanitarios diferentes a los nuestros. Nada nuevo, por muy valioso que sea, puede lograrse por imposición, por eso, los estudios de la determinación social de la salud tienen que emerger de la realidad de cada país.

"Se reconoce que, en la última década de investigación sistemática, se ha avanzado en la visualización de la determinación social de la salud en las agendas políticas internacionales, aunque es pertinente reconocer, críticamente, la existencia de una fragmentación en la manera de abordar conceptual y metodológicamente el tema".[24] "La determinación social es una respuesta del pensamiento crítico al pensamiento tradicional, que incorpora la lógica de proceso y complejidad a la explicación del proceso de salud-enfermedad, además de permitir develar procesos estructurales y ver a la salud como un producto social positivo y un elemento generador de bienestar humano. La aplicación del enfoque sindémico a la epidemia de COVID-19 permitió abrir la mirada, nuevamente, para entender que la estrategia de atención primaria de salud y la acción comunitaria sobre los determinantes de la salud son más necesarias que nunca".[24]

Los determinantes sociales pueden enfocarse en dos niveles, como determinantes estructurales, sociales o de las inequidades y determinantes intermedios.[1]

Los determinantes estructurales operan mediante el mecanismo de la estratificación social, que asigna a los actores individuales posiciones sociales diferentes con implicaciones en el acceso a servicios sociales, salud, educación, políticas de empleo, financieras, sistemas legales, normas culturales, de género y arreglos institucionales. Son los modos con los cuales se implementa y se mantiene la distribución desigual de poder, riqueza y riesgos de salud.[1]

Los determinantes intermedios, que sí actúan directamente sobre las situaciones de salud, son las circunstancias materiales de vida y trabajo, las circunstancias psicosociales, las conductas y estilos de vida, los factores biológicos y naturales, el sistema de salud, la cohesión social y el capital social.[1]

El enfoque de la determinación social de la salud no niega los daños en salud ni los factores de riesgo, los comprende, ofreciendo una visión más holística de las múltiples y más profundas causas de las enfermedades.

Son conocidos los resultados de salud en Cuba y los indicadores alcanzados, a pesar de ser un país subdesarrollado, son resultado de una voluntad política y de la existencia de

un sistema de salud estatal, integral, accesible, regionalizado, gratuito y universal,[3] lo cual condiciona el análisis de la determinación social de la salud. La existencia de favorables resultados no niega diferencias de comportamientos en el tiempo, aun en espacios dentro de una misma área de salud.

Al abordar el tema de los determinantes sociales en un área de salud de la realidad cubana es útil compartir las siguientes premisas:[16]

- 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 parece insuficiente.

Investigaciones realizadas en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, en colaboración con profesionales del Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica y de la Universidad de British Columbia en Canadá, aportan resultados en ese camino y ofrecen un modelo que permite adentrarse en el estudio del estado de salud de la población, con una perspectiva teórica y práctica, desde y para la realidad cubana.

A partir de esos conceptos se fueron desarrollando diferentes modelos, hasta el "Modelo INHEM de DSS", utilizado para la presente investigación, el que puede verse al final de este artículo, en la figura 12.46. Estos trabajos han permitido e impulsado la elaboración de los ASIS con un enfoque de determinación social de la salud.

"Históricamente, el análisis y la vigilancia en salud se han enriquecido, conceptual y metodológicamente, con la incorporación de las nuevas teorías epidemiológicas y, en especial, aquellas relacionadas con la teoría de la causalidad. Desde hace una década, una gran cantidad de países han incorporado a estas dos funciones esenciales de la salud pública, el enfoque de la determinación social de la salud"[24]. La inclusión del enfoque de los DSS en el ASIS en Cuba enriquece la aplicación de esta útil herramienta para los servicios de salud, cuya generalización se inició con el diseño del programa de formación del especialista en medicina general integral a finales de los años 80 del siglo XX.[6]

En el Policlínico Universitario 19 de Abril, desde el año 2017, se ha orientado trabajar el ASIS con un enfoque de determinación social, para lo cual se han impartido conferencias y talleres de preparación a médicos y enfermeras. Los años de la pandemia y la alta movilidad de médicos después del 2021 han influido en que los resultados a nivel de los consultorios aun no sean apreciables, aunque ya se obtienen avances en los ASIS del policlínico.

Diseño metodológico

Diseño del estudio. Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en el Policlínico Universitario 19 de Abril en el periodo comprendido entre 2014 y 2023.

Universo. El universo de estudio estuvo representado por la población perteneciente al Policlínico Universitario 19 de Abril.

Técnicas y procedimientos. Para la obtención de la información se realizó una búsqueda bibliográfica de documentos contentivos de datos del estado de salud de la población del Policlínico Universitario 19 de Abril del periodo estudiado, y los datos, análisis e informes de otras fuentes a los efectos de la discusión, los cuales se nombran a continuación:

- Análisis de la situación de salud del Policlínico Universitario 19 de Abril.
- Informes y bases de datos del Departamento de Estadísticas del Policlínico Universitario 19 de Abril.
- Informes, estudios y bases de datos de la Vicedirección de Higiene y Epidemiología del Policlínico Universitario 19 de Abril.
- Informes, estudios y bases de datos de diferentes departamentos del Policlínico Universitario 19 de Abril.
- Base de datos de mortalidad de la Dirección Municipal de Salud del municipio Plaza de la Revolución.
- Informes del Consejo de la Administración del municipio Plaza de la Revolución.
- Anuarios estadísticos de salud de los años 2014 al 2023.
- Anuario Estadístico de Cuba, años 2014 al 2023, para indicadores estructurales e intermedios de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
- Resultados de investigaciones del INHEM y del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Procedimiento y análisis de la información. Para elaborar el marco teórico y conceptual del estudio se realizó una revisión documental y un análisis lógico, que permitió, además, establecer los criterios metodológicos para su realización..

Los resultados obtenidos en el estudio fueron analizados, describiendo primero la situación de salud de la población, a partir de indicadores de morbilidad y mortalidad, posteriormente, los determinantes sociales de la salud, estructurales e intermedios, y, por último, los diferenciales de salud.

Se construyó una base de datos en Excel del paquete informático Office 2010, en la que se introdujeron los datos relativos a las variables y se calcularon los indicadores antes definidos. Se utilizaron elementos de estadísticas descriptivas, tales como, números absolutos, proporción, porcentajes y razón. En busca de una mejor comprensión de los resultados obtenidos se realizaron representaciones gráficas de series de tiempo, mediante gráficos aritméticos simples.

Para establecer la existencia de diferenciales de salud dentro del área de salud se tomó el año 2021, año en el que se realizó por primera vez el ASIS de los barrios La Dionisia y La Timba.

Resultados y discusión

El análisis de situación de salud con enfoque de determinación social contempla un grupo de componentes y variables contenidas en el modelo desarrollado por el grupo de estudios del INHEM y que conforman los distintos acápites que se describen y analizan a continuación.

Descripción de la comunidad

El Policlínico Universitario 19 de Abril se encuentra situado en la calle Tulipán, entre Panorama y Oeste, Nuevo Vedado, municipio Plaza de la Revolución, provincia La Habana. Los límites geográficos son: al norte, la calle 29 de El Vedado, Zapata, el Cementerio de Colón y la calle 33, también en El Vedado; al sur, la Avenida Independencia; al oeste, la calle Talleres, el Zoológico Nacional, las calles 28 y 32 de Nuevo Vedado y el río Almendares, y al este la Avenida Paseo.

Posee una extensión territorial de 2,5 Km^2, cuenta con una población de 22 843 habitantes, densamente poblado, con una densidad poblacional de 9 137 habitantes por Km^2, más de 90 veces la de Cuba.[25]

El área está situada en la cuenca hidrográfica receptora del río Almendares, que ocupa en su recorrido 49,8 Km de la ciudad, de ellos, 0,5 Km por el área de salud del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Antes que ocurriera la urbanización, en los primeros años de la Revolución, el área era una zona cenagosa, lo que provoca la existencia de un microclima y la ocurrencia de inundaciones en las regiones más bajas. El clima es tropical húmedo y la precipitación promedio anual oscila entre los 1000 y 1400 mm, mientras que las temperaturas medias anuales están entre los 24 y los 25° C. Predominan los vientos que provienen, fundamentalmente, del nordeste, lo que facilita el arrastre por aerosoles de contaminantes procedentes de zonas urbanas de elevada circulación de vehículos automotores.

En el reparto Nuevo Vedado, en el oeste del área de salud, predominan condiciones ambientales más favorables, ya que es eminentemente residencial, con una sola vía rápida de comunicación que la atraviesa, la Avenida 26.

El área de salud limita con el río Almendares, frontera occidental con el municipio Playa, que constituye, potencialmente, un recurso natural de la localidad, pero se encuentra altamente contaminado y en sus márgenes se acumulan microvertederos casi de forma permanente.

El relieve predominante se identifica por llanuras erosivas sobre rocas margosas arcillosas y arenosas. Las tierras eran originalmente cultivables, ricas en humus, no obstante, la construcción de edificios ha provocado una reducción del área verde y la presencia de escasa vegetación. Existen parcelas de cultivos varios para el autoconsumo, jardines con flores, como rosales, amapolas, adelfas, margaritas, campanillas; plantas medicinales como el romerillo, la caña santa, el tilo, el mastuerzo y la sábila, y árboles ornamentales y frutales como la ceiba, las arecas y el mango y maderables como la majagua.

Entre las especies animales predominan los moluscos y arácnidos; el totí es común en arboledas, parques y avenidas. En los últimos años se ha detectado, en varios lugares del área, el caracol africano y, ante las denuncias de la población, se ha indicado su destrucción.

Organización político-administrativa. La representación popular del municipio donde está enclavado el policlínico, la ostenta la Asamblea Municipal del Poder Popular de Plaza de la Revolución, cuyo órgano ejecutivo es el Consejo de Administración Municipal a cargo de un intendente. La Asamblea Municipal del Poder Popular está integrada por delegados elegidos en cada circunscripción electoral, a partir de candidatos propuestos en asambleas de vecinos. La duración del mandato de sus delegados es de cinco años.

El área de atención del policlínico se configura a partir de 4 consejos populares, 21 circunscripciones y 110 manzanas. Un elemento importante a señalar es que, los 4 consejos populares del territorio comparten su población con los policlínicos universitarios Puentes Grandes, Héroes del Moncada, Plaza y Vedado, lo que aporta un nivel de complejidad en su funcionamiento en relación con las tareas de salud.

Los consejos populares, circunscripciones y manzanas son los siguientes:

- Consejo Popular Vedado: 19 manzanas y 3 circunscripciones:
  - Circunscripción 75: 480-481-489-490-491-520-519-530-546.
  - Circunscripción 42: 524-486-487-484-488-483.
  - Circunscripción 83: 523-522-521-529.
- Consejo Popular Colón-Nuevo Vedado: 22 manzanas y 4 circunscripciones:
  - Circunscripción 55: 413-587-586-591.
  - Circunscripción 107: 583-581-585-582.
  - Circunscripción 53: 579-578-578A-577-576-575.
  - Circunscripción 54: 595-594-593-613-612-635-636-614.
- Consejo Popular Puentes Grandes: 21 manzanas y 3 circunscripciones:
  - Circunscripción 74: 597-600-599-598-590-592-596-580-600A.
  - Circunscripción 94:620-609-615-633-611.
  - Circunscripción 92: 689-689A-666-665-664-692-692A.
- Consejo Popular Plaza de la Revolución: 48 manzanas y 11 circunscripciones:
  - Circunscripción 72: 695-695A-696-697-654-653.
  - Circunscripción 95: 659-658-656-655-700.
  - Circunscripción 51: 637-638-662-640-641-642-660-661.
  - Circunscripción 44: 643-644-572-571.
  - Circunscripción 96: 646-647-648-649-570-568.
  - Circunscripción 91: 574-555.
  - Circunscripción 53: 573-556.
  - Circunscripción 71: 559-560-561.
  - Circunscripción 43: 557-558.
  - Circunscripción 70: 525-526-527.
  - Circunscripción 60: 552-528-532-531-550-554-553.

Los consejos populares están constituidos por el presidente y los delegados, y en sus reuniones participan representantes de los sectores: educación, salud, CDR, FMC, Aguas de la Habana, cultura, deporte, Dirección de Inspección y Supervisión y otros invitados, en dependencia de los temas a tratar.

El área que atiende el Policlínico Universitario 19 de Abril está representada en figura 12.1 y los consejos populares están delimitados por líneas sombreadas de mayor grosor.

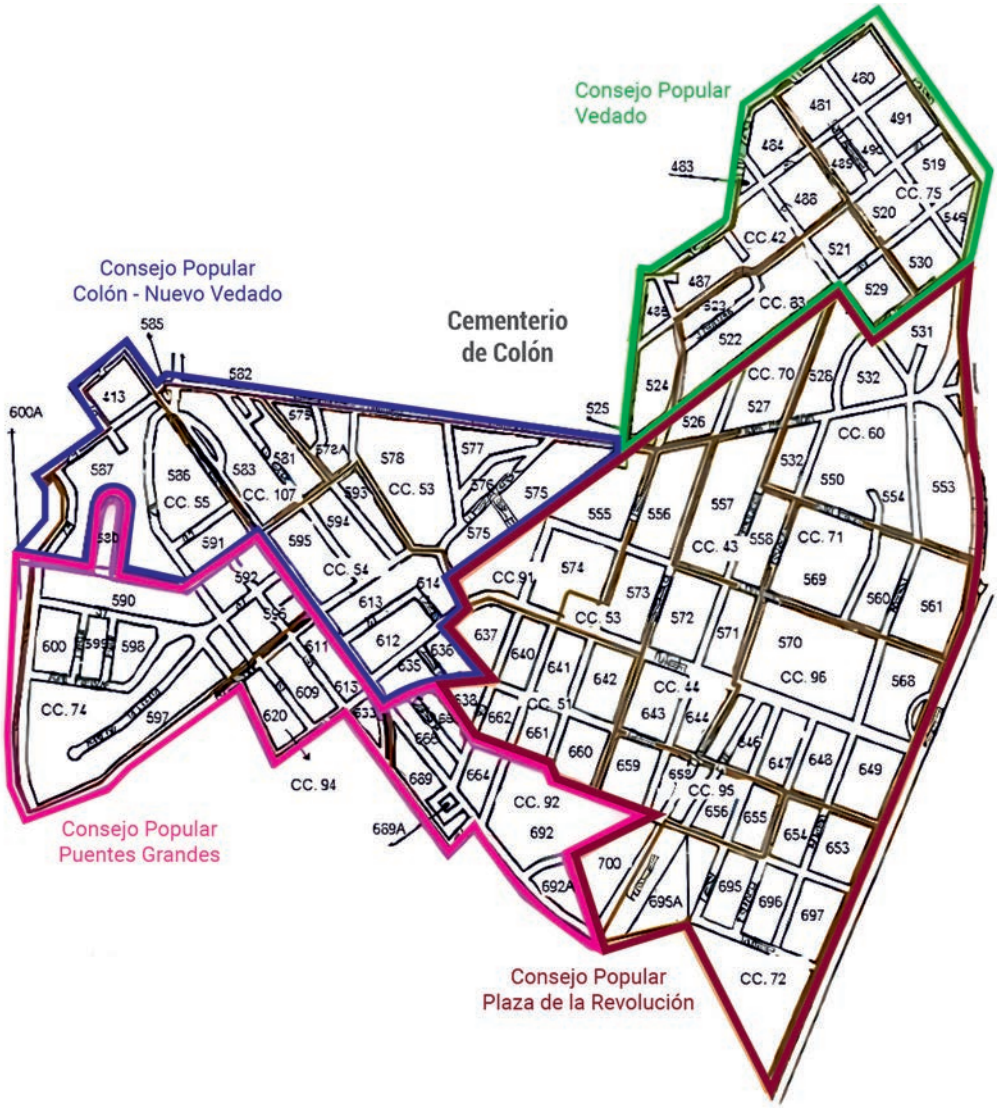


Fig. 12.1. Área de Salud del Policlínico Universitario 19 de Abril. *Fuente.* Vicedirección de Higiene y Epidemiología del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Caracterización demográfica. La población del año 2023 del área era de 22 843 habitantes, que son 4683 menos con relación al 2014, una disminución del 17 %. La figura 12.2 muestra la población por años y la línea de tendencia, que es hacia la disminución.

Se estima, que la disminución de la población puede ser aún mayor, si se tiene en cuenta que (conocimiento de médicos y enfermeras) existe una cantidad de personas y familias que pasan periodos largos de tiempo en el exterior y no han sido dados de baja en el área, pero esos casos no pueden cuantificarse. No es factible revertir con políticas locales esta tendencia negativa a la disminución, pero exige revisar la existencia y organización de los recursos humanos y materiales disponibles para utilizarlos tomando en consideración esta realidad.

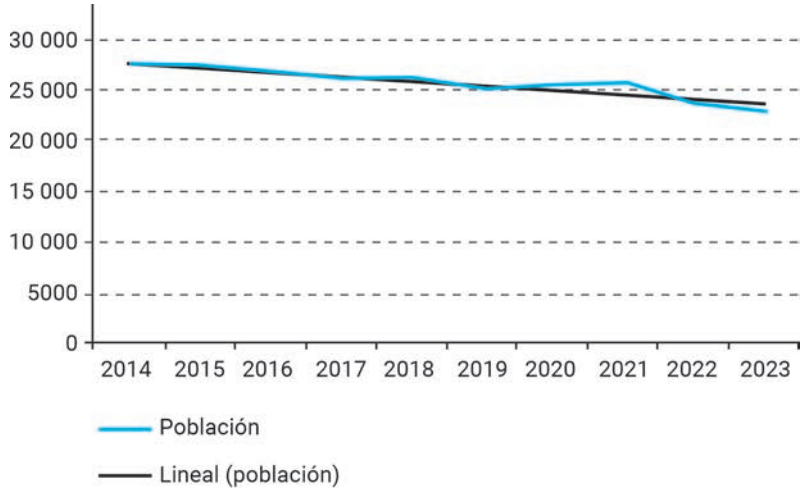


Fig. 12.2. Población por años y línea de tendencia 2014-2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En una comparación por sexo y grupo de edades de la población del año 2023, con relación al 2014, en la tabla 12.1 se observa, que la población disminuye en ambos sexos y en todos los grupos de edades, excepto el de 60 a 64.

Tabla 12.1. Población del Policlínico Universitario 19 de Abril por grupos etarios y sexo, 2014 y 2023

Grupos etarios	M	F	Total 2014	M	F	Total 2023
-1	87	93	180	36	42	76
1-4	416	372	788	248	234	502
5-9	517	474	991	412	404	816
10-14	647	631	1278	478	471	949
15-19	686	756	1442	493	531	1024
20-24	784	810	1594	623	584	1024
25-29	873	1005	1878	701	742	1443
30-44	2337	2705	5078	1775	1844	3619
45-49	902	1202	2104	861	865	1725
50-59	1770	2361	4131	1750	1978	3728
60-64	810	1076	1886	1086	1271	2357
65 y más	2579	3597	6176	2347	3047	5394
Total	12444	15 082	27526	10810	12033	22843

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En el 2014, la población femenina fue de 15 082, para el 54,7 % y la masculina 12 444 para el 45,2 %; es mayor la femenina en todos los grupos de edades excepto en el de 1 a 4 y en el de 10 a 14 años.

En el 2023, la población femenina fue de 12 033 para el 52,6 % y la masculina 10 810 para el 47,3 %. Es mayor la femenina en casi todos los grupos de edades, excepto en el grupo de

menos de 1 año, de 1 a 4, de 5 a 9, de 10 a 14 y de 20 a 24. Tanto en el 2014 como en el 2023, la población femenina excede a la masculina, excepto en algunos grupos de edades tempranas.

Este predominio del sexo femenino se ha mantenido estable en todos los años desde el 2014, con las mayores diferencias en las edades más avanzadas: de 60 a 64 y de 65 y más. La figura 12.3 muestra la población masculina y femenina de los años extremos de la serie estudiada. La razón de masculinidad aumenta de 0,82 a 0,9 a lo largo del periodo, aunque sigue siendo siempre menor de 1, expresando el predominio del sexo femenino antes señalado (fig. 12.4).

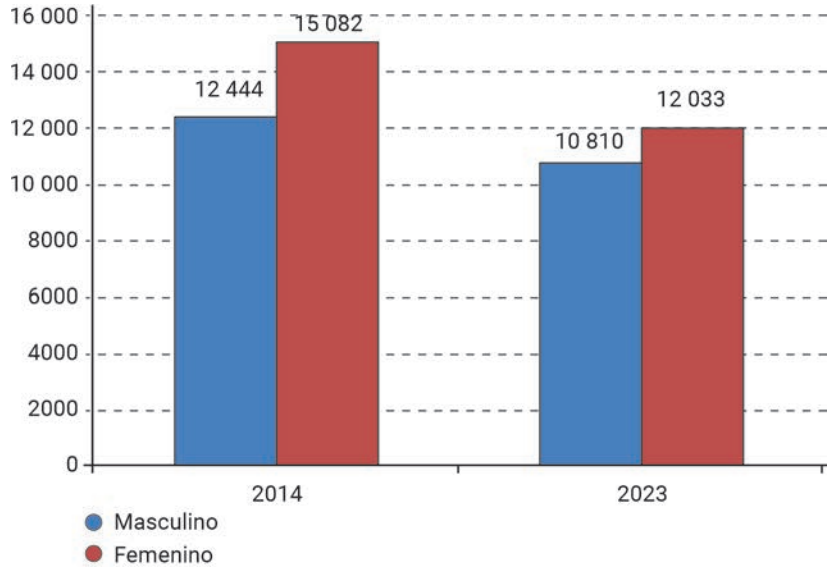


Fig. 12.3. Población por sexo del Policlínico Universitario 19 de Abril en los años 2014 y 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.



Fig. 12.4. Razón de masculinidad en el Policlínico Universitario 19 de Abril en los años 2014 y 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En Cuba, la población de 60 años y más es del 24,4 %[25] y en el área de salud estudiada es del 33,9 %, más de 9 puntos porcentuales superior y aumentando más; de cuatro puntos porcentuales con relación al 2014, en que fue del 29,2 % La población menor de 15 años es más de 4 veces menor que la de 60 y más, de esta manera la población clasifica como muy envejecida, lo cual constituye un reto para los servicios de salud.

La figura 12.5 muestra la población de 60 años y más con relación al total durante el 2014 y el 2023. Desde el 2016, la población de 60 años y más es superior en el 30 % con relación al total de la población, alcanzando el valor más alto en el 2023, con 33,9 %.

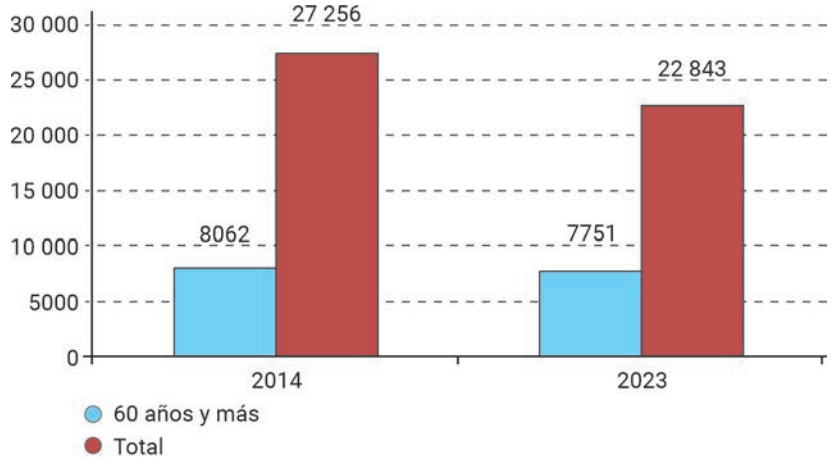


Fig. 12.5. Población de 60 años y más y población total del Policlínico Universitario 19 de Abril en los años 2014 y 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

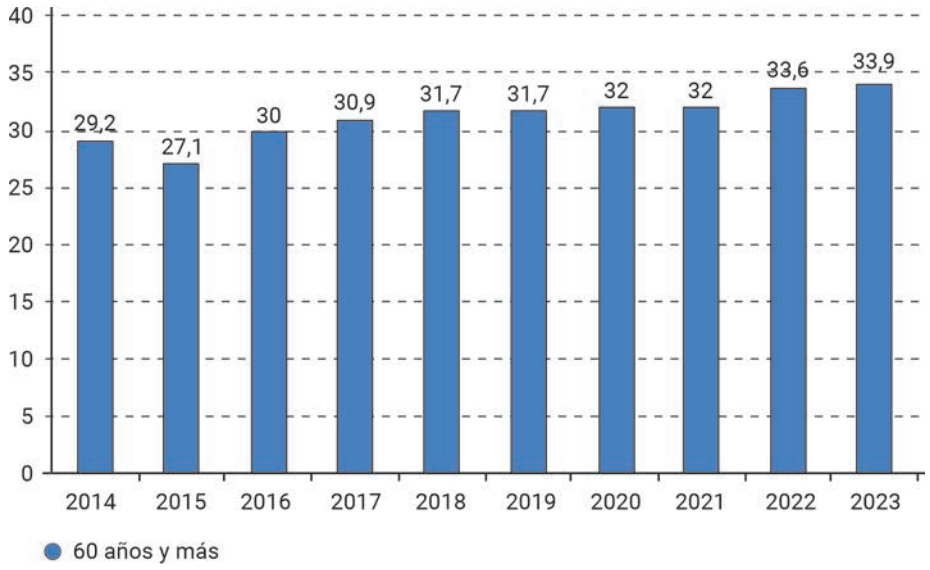


Fig. 12.6. Porcentaje de la población de 60 años con relación al total de población en el Policlínico Universitario 19 de Abril. 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del

Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Entre la población de 60 años y más, la razón de masculinidad pasó de 0,72 en el 2014 a 0,79 en el 2023; en ambos casos es inferior a la razón de masculinidad de todas las edades. Este predominio del sexo femenino en las edades más avanzadas se corresponde con los datos del país a nivel de toda la población.[25]

La razón de dependencia de los menores de 15 años y los de 65 años y más, sobre la población comprendida entre 15 y 64 años, se mantuvo, durante todo el periodo, entre el 49,7 % y el 60,8 %, lo cual significa, que la mitad de la población o más ha sido dependiente de la que está económicamente activa o en edad laboral. La tendencia es a la disminución, a pesar del incremento de la población de más de 65 años, lo cual es resultado de la disminución de los nacimientos (fig. 12.7).

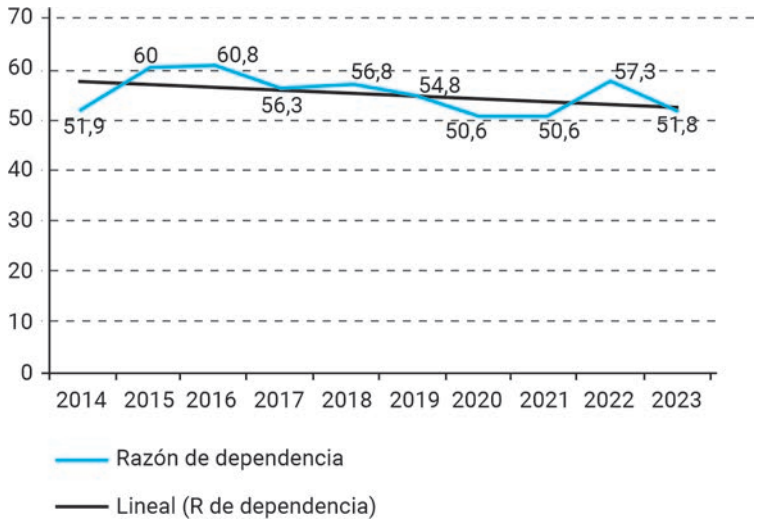


Fig. 12.7. Razón de dependencia del Policlínico Universitario 19 de Abril en el año 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Pirámide poblacional. Es de tipo constrictiva, propia de países en vías de desarrollo. Se caracteriza por presentar una base estrecha que se ensancha en el centro, con un aumento a partir del grupo de 30 a 44 años, como se observa en la figura 12.8. En el área estas características son muy marcadas, dada la estructura de población ya descrita antes.

Se ha producido en el área, entre el 2014 y el 2023, una disminución de la población y, a la vez, un mayor envejecimiento, sin que existan factores que puedan sugerir un cambio de tendencia para los próximos años. Los servicios de salud del policlínico deben priorizar la atención a la población de edades más avanzadas, cumpliendo con el Programa de Atención al Adulto Mayor, identificando las personas de esas edades que viven solas, las que tienen dificultades para acceder a las instalaciones de salud, incluso al consultorio,

ampliando las consultas de geriatría, asegurando los programas de prevención del cáncer, entre otras muchas acciones.

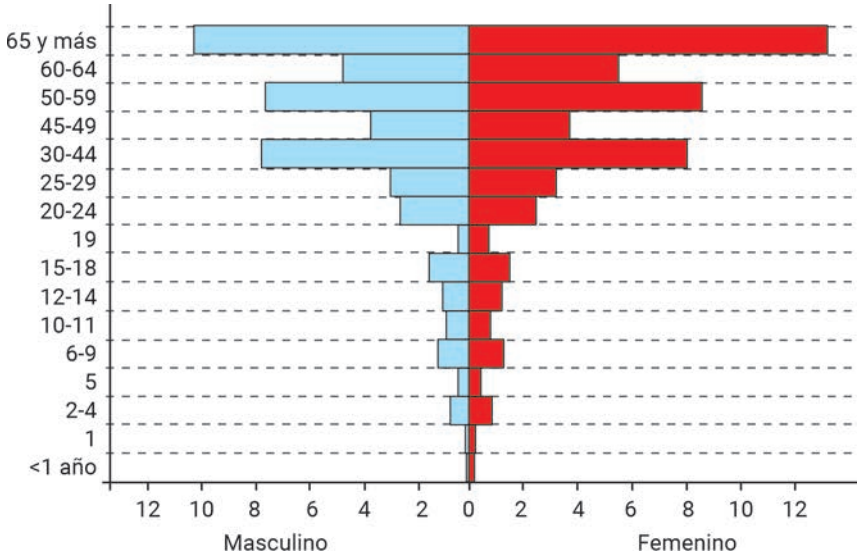


Fig. 12.8. Pirámide poblacional del Policlínico Universitario 19 de Abril en el año 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La captación de embarazadas disminuye el 61 %, de 193 en el 2014 a 75 en el 2023; la captación precoz fue superior al 85 % en todos los años del periodo estudiado y superior al 90 % en los años 2019, 2020 y 2023, este último el de mejor resultado en el indicador, con el 94,6 %, como puede apreciarse en la tabla 12.2.

Tabla 12.2. Comportamiento de la captación de embarazadas en el Policlínico Universitario 19 de Abril, 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Embarazadas captadas	193	186	174	165	186	166	175	155	126	75
Captaciones precoz	167	167	151	146	158	152	163	135	107	71
Porcentaje	86,5	89,7	86,7	88,4	84,9	91,5	93,1	87	84,9	94,64

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Se produjeron durante el año 2023 un total de 75 nacimientos, 38 menos que en el 2022 y 92 menos que en el 2014, una disminución del 55 %. La mayor disminución se produce entre el 2022 y el 2023 con 38 nacimientos menos. En la figura 12.9 puede verse la tendencia a la disminución, más marcada en los últimos tres años de la serie.

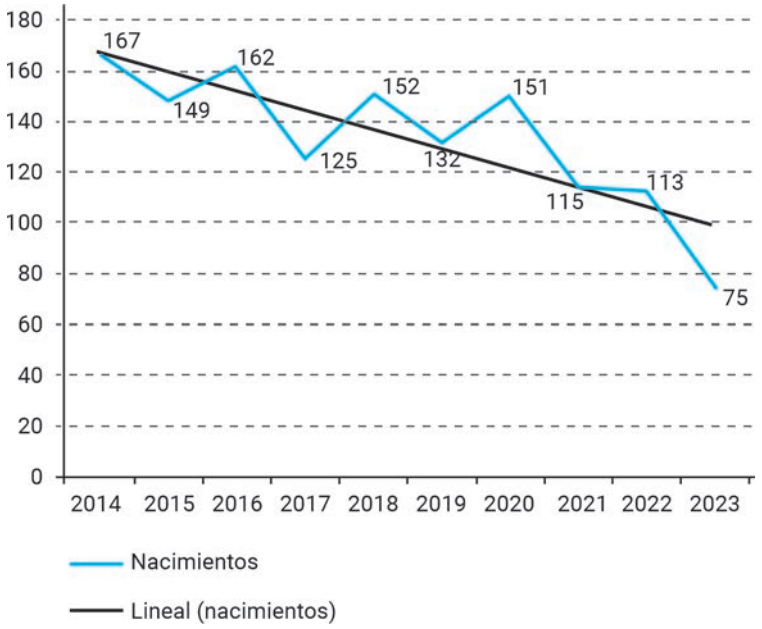


Fig. 12.9. Total de nacimientos por años en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre el año 2014 y el 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

El índice de bajo peso al nacer (tabla 12.3) ha tenido un comportamiento variable a lo largo del periodo de estudio, pero fue de 6 o superior en 6 de los 10 años de la serie: 2015, 2017, 20218, 2019, 2021 y 2023. Este indicador a nivel nacional en el año 2023 es de 7,6.[26]

Tabla 12.3. Indicadores de natalidad del Policlínico Universitario 19 de Abril entre el 2015 y el 2023

Indicadores	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nacidos vivos	167	149	162	125	152	132	151	115	113	75
Bajo peso al nacer	8	9	9	9	13	11	7	11	5	5
Índice	4,7	6,0	5,6	7,2	8,5	8,3	4,6	10	4,4	6,6

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Las figuras 12.10 y 12.11 muestran la disminución de la tasa bruta de natalidad y la tasa de fecundidad, a pesar de la disminución de la población; lo que se explica en una disminución aún más marcada de los nacimientos. Ambas tasas son inferiores todos los años a las tasas más bajas a nivel nacional, que fueron las del 2023.[26]

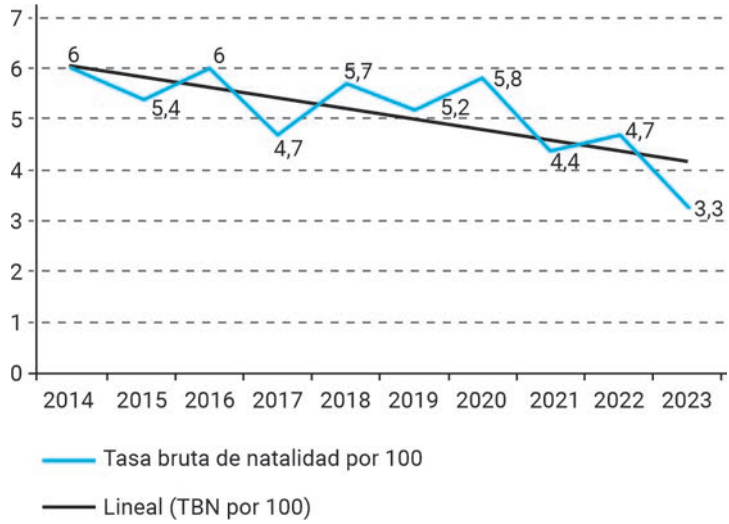


Fig. 12.10. Tasa bruta de natalidad por 1000. Policlínico Universitario 19 de Abril, años 2014-2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

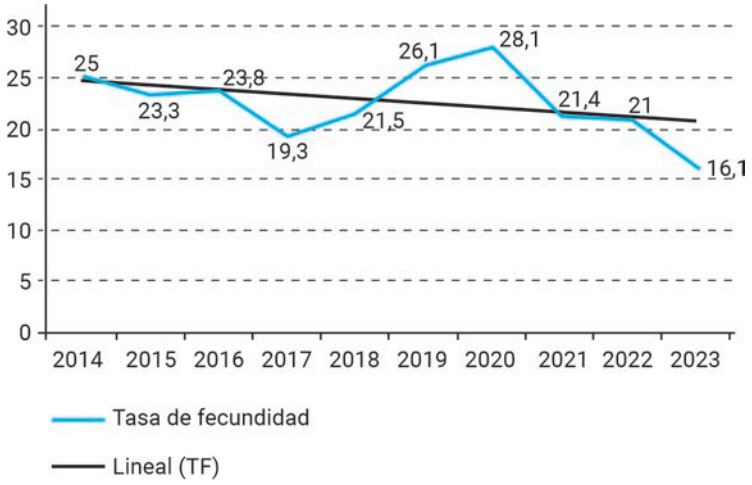


Fig. 12.11. Tasa de fecundidad por 1000. Policlínico Universitario 19 de Abril, años 2014-2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

No se disponen de datos de emigración e inmigración, por lo que no es posible calcular la tasa de crecimiento de la población. La tasa natural de crecimiento en el periodo estudiado es negativa, con 1707 personas menos; los fallecidos fueron 3048 y los nacimientos 1341.

Dentro de los determinantes sociales que pueden estar influyendo en la baja natalidad se encuentran los problemas económicos de los núcleos familiares, el elevado nivel educacional de la población del área, las perspectivas de emigración, el índice de divorcios y la estructura

y funcionamiento familiar. A pesar de existir políticas nacionales que benefician a las mujeres embarazadas y acciones locales para estimular la natalidad, como la atención a la pareja infértil, no se logra frenar la tendencia a la disminución de embarazos y nacimientos en el área del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Descripción del daño en salud

Mortalidad. El total de fallecidos por años se muestra en la figura 12.12, con una tendencia al incremento. En los años 2019 y 2020 hay un incremento de la mortalidad con relación a los demás años de la serie, y ello es aún mayor en el 2021 debido a la COVID-19. En el 2022 y 2023 comienza a disminuir nuevamente, aunque mantiene niveles superiores a los de años precedentes. Este incremento se expresa también en las tasas de mortalidad como puede verse en el gráfico 12.13.

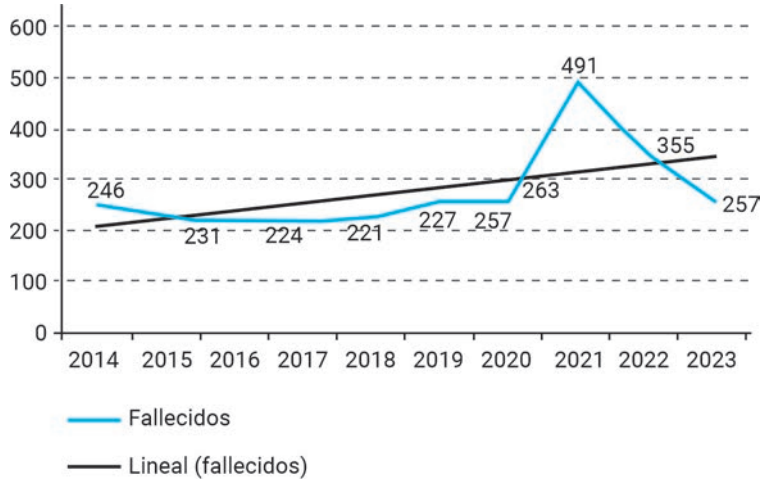


Fig. 12.12. Total de fallecidos del Policlínico Universitario 19 de Abril entre 2014 y 2023. Fuente: Registro de mortalidad. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.



Fig. 12.13. Tasas de mortalidad por 1000 por años. Policlínico Universitario 19 de Abril, años 2014-2023. *Fuente*: Registro de mortalidad. Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia.

En el año 2021 mueren por COVID-19 un total de 67 personas, y el incremento de fallecidos con relación al 2020 y años anteriores es de más de 200, lo que evidencia que la mortalidad por causas no COVID-19 fue la responsable principal del incremento. Ello se explica en la restricción de la movilidad social y en la elevada exigencia de la pandemia sobre los servicios de salud. Similar comportamiento tuvo lugar a nivel nacional e internacional.[27]

Mortalidad general por causas y proporcional. Como puede observarse en la tabla 12.4, en el periodo 2014 al 2023, las enfermedades del corazón y los tumores malignos son las dos primeras causas de muerte, con cifras marcadamente superiores a las de las restantes causas. La influenza y neumonía, la enfermedad cerebrovascular y las psicosis orgánicas y trastornos mentales fueron la tercera, cuarta y quinta causa de muerte en el área.

Tabla 12.4. Mortalidad general, por causas y proporcional en el Policlínico Universitario 19 de Abril durante los años 2014 y 2023

Indicadores	MP por 100
Enfermedades del corazón	23,5
Tumores malignos	21,3
Influenza y neumonía	10,4
Enfermedades cerebrovasculares	7,6
Psicosis orgánicas y trastornos mentales	4,1

Fuente: ASIS del Policlínico Universitario 19 de Abril.

A nivel nacional,[25] las enfermedades cerebrovasculares son la tercera causa y la influenza y neumonía la cuarta, en orden contrario a como aconteció en el área; los accidentes son la quinta a nivel de país y en el área de estudio es la sexta; la psicosis orgánica y los trastornos mentales no están en las diez primeras causas de muerte a nivel nacional y es la quinta en el área. Esta última patología es más significativa al comparar las causas de muerte del área con el comportamiento a nivel nacional y, aunque podría estar relacionado con elevado envejecimiento de la población, sugiere un estudio de profundización.

La mortalidad proporcional por tumores malignos en el área del Policlínico Universitario 19 de Abril (tabla 12.5) fue mayor en tráquea, bronqueo y pulmones, seguido de próstata, colon, otros digestivos y mama. Comparando estos resultados con las primeras causas de mortalidad por tumores en Cuba vemos que, en el año 2022, tráquea, bronqueo y pulmones y próstata fueron también las dos primeras causas, mama y colon la tercera y cuarta y no se recoge la clasificación de otros órganos digestivos.[26]

Tabla 12.5. Mortalidad por tumores malignos por localizaciones en el Policlínico Universitario 19 de Abril durante el año 2023

Tumores malignos	Total	MP por 100
Tráquea, bronquio y pulmones	124	21.2
Próstata	81	13.8
Colon	59	10.1
Otros digestivos	52	8.9
Mama	45	7.7

Fuente: ASIS Policlínico Universitario 19 de Abril.

Mortalidad precoz (menores de 70 años). En números absolutos tiene una tendencia al aumento (fig. 12.14), determinada por elevadas cifras en 2018, 2021 y 2022; los incrementos del 2021 y 2022 están relacionados con los efectos de la pandemia y no se tiene una explicación plausible del incremento del 2018.

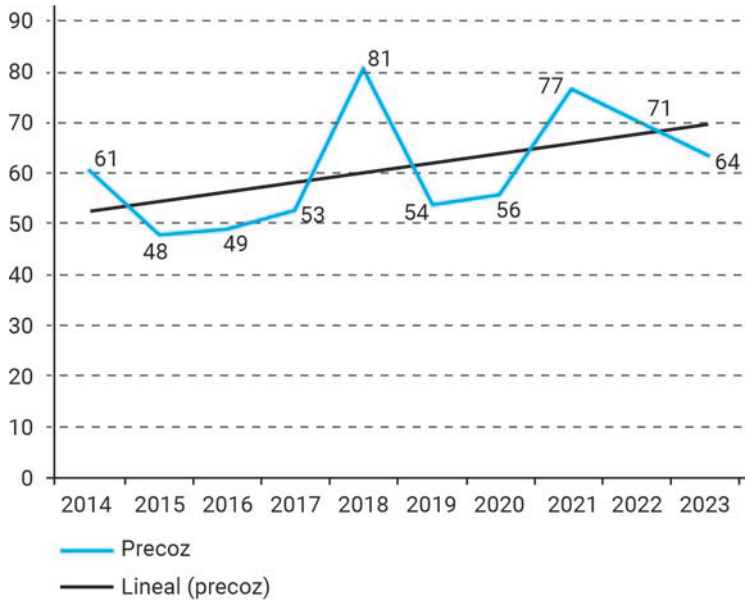


Fig. 12.14. Mortalidad precoz en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre 2014 y 2023. *Fuente:* Registro de mortalidad del Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia.

El porcentaje de mortalidad precoz con relación a las muertes totales tiene una ligera tendencia a la disminución (fig. 12.15); el menor por ciento tiene lugar en el 2021, que fue el año de mayor mortalidad por la COVID-19 y, como se conoce, esta enfermedad afectó en mayor medida a las personas de la tercera edad. En los dos últimos años, aunque disminuye el porcentaje de la mortalidad precoz con relación al 2021, aumenta el porcentaje a cifras que se corresponden más con las existentes en los años anteriores a la COVID-19.

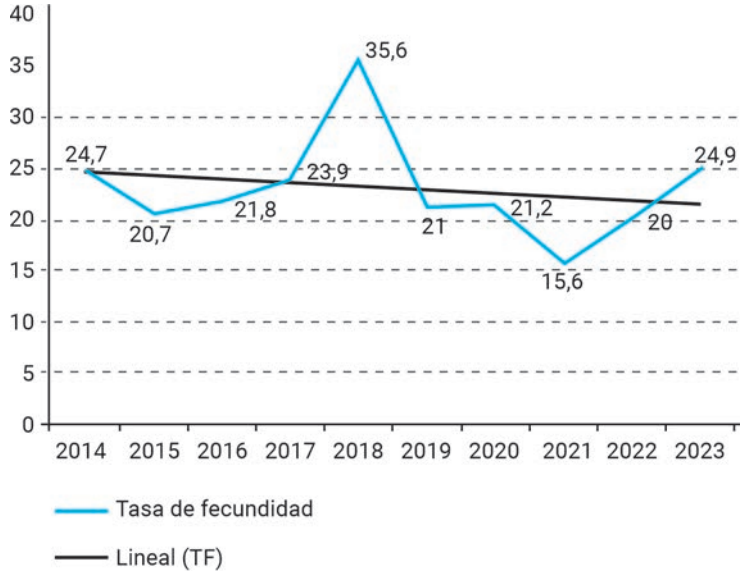


Fig. 12.15. Porcentaje de mortalidad precoz con relación al total de muertes en el Policlínico Universitario 19 de Abril, 2014 y 2023. *Fuente*: Registro de mortalidad del Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia.

Mortalidad materna e infantil. Entre 2014 y 2023 hubo dos muertes maternas y cuatro casos de mortalidad infantil, uno de ellos en el 2023 por muerte súbita; no se producía ningún caso desde el año 2018.

Enfermedades transmisibles. Se detallará a continuación la incidencia de cada una de estas enfermedades.

Enfermedad diarreica aguda. La incidencia de EDA por años se puede observar en la figura 12.16, con cifras inferiores a 200 todos los años a partir del 2016. En ningún momento el canal endémico de esta afección se situó en zona epidémica.

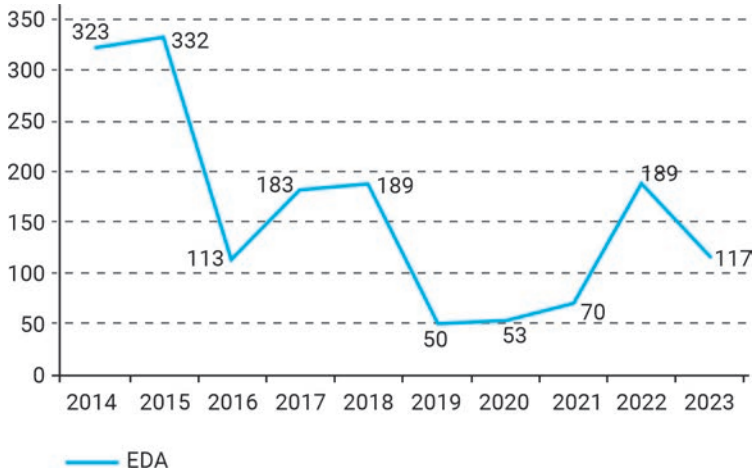


Fig. 12.16. Comportamiento de EDA por años en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre el 2014 y el 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Solo se presentó un brote de EDA de importancia y ocurrió en junio del 2019, con un total de 95 casos, de ellos dos menores de 14 años, todos en Hidalgo 624 entre Lombillo y San Pedro, un edificio de 14 pisos, 144 apartamentos y 447 residentes. La figura 12.17 presenta la incidencia de casos de ese brote por días.



Fig. 12.17. Brote de EDA en el Policlínico Universitario 19 de Abril en junio de 2019. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Por las características del brote la causa fue hídrica. Todos los análisis de agua y heces fecales resultaron negativos. La lluvia intensa de los días previos al brote pudo haber arrastrado agua albañal o minerales del suelo y contaminar la cisterna. Fue necesario suprimir el salidero de albañal de Panorama entre Lombillo y San Pedro y reparar la cisterna, tareas ejecutadas en las semanas siguientes, tiempo en el cual se mantuvo la prohibición de utilizar el agua de la cisterna.

En la figura 12.18, que es el canal endémico de EDA, confeccionado con una serie de 17 años, se observa que esta enfermedad se mantuvo en todo el 2023 en zona de éxito o seguridad, excepto en la semana 22 que estuvo en zona de alarma. La curva inframáxima del canal es menor de 100 en toda la serie.

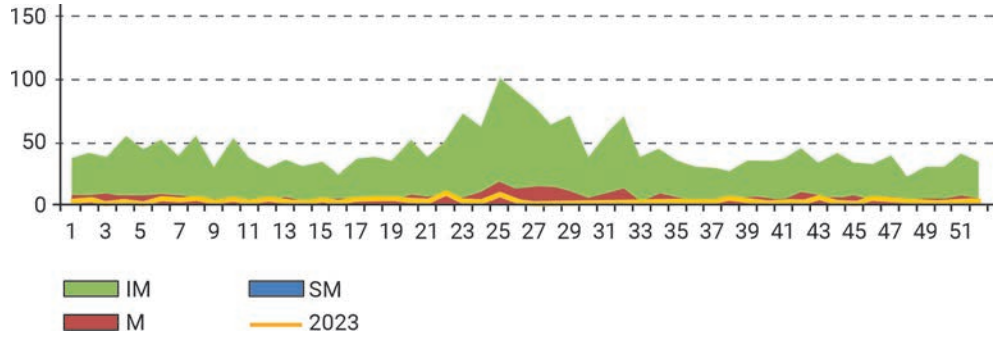


Fig. 12.18. Canal endémico de la enfermedad diarreica aguda en el Policlínico Universitario 19 de Abril, 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Infección respiratoria aguda. Las IRA presentaron un comportamiento epidémico en el año 2021 producido por la COVID-19 (fig. 12.19).



Fig. 12.19. IRA por años en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre 2014 y 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En la figura 12.20, el canal endémico de IRA, confeccionado con una serie de 17 años, en ella puede apreciarse que las IRA no estuvieron en zona epidémica en ningún momento del año 2023. Las cifras más elevadas de la curva inframáxima se sitúan en las semanas estadistas de mayor incidencia de casos de COVID-19 en el 2021.

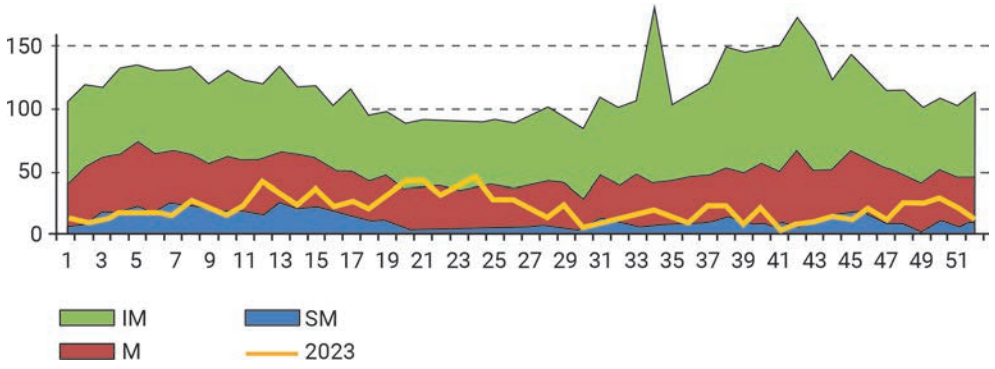


Fig. 12.20. Canal endémico de la infección respiratoria aguda en el Policlínico Universitario 19 de Abril, 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La presencia del virus SAR-Cov-2 y de su enfermedad, la COVID-19, constituyó el problema de salud más importante del área en el 2020, al igual que en todo el país, la región y el mundo.

En el área, como expresión del comportamiento de la epidemia en el país, se produjo un brote de la enfermedad a partir del mes de marzo del 2020 y un rebrote a partir de octubre, con 56 casos en total, ambos controlados en relativamente breve periodo de tiempo. Hubo un fallecido.

Nuevamente, en el 2021, la COVID-19 constituyó el problema de salud más importante del área y del país, la región y el mundo, y en esta ocasión en forma aún más epidémica, con un total de 1852 casos (fig. 12.21). En el área, se diagnosticaron en total, en los dos años 1908 casos, para una tasa de morbilidad de 74,3 por 1000. Hubo 68 fallecidos por covid, para una tasa de letalidad de 3,5 por 100 000. La tasa de letalidad por COVID-19 de Cuba fue de 0,9 por 100, la más baja de América.[27] De los 1908 casos, 413 no presentaron sintomatología, para el 21,6 %.

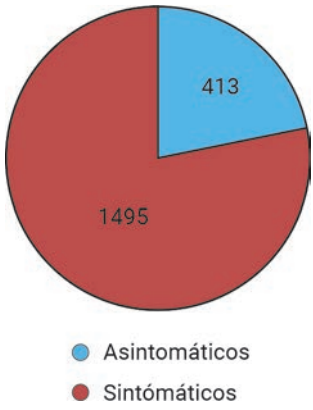


Fig. 12.21. Casos de COVID-19, según sintomatología, en el Policlínico Universitario 19 de Abril. *Fuente:* Departamento de Estadística y Registros Médicos del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Según el sexo (fig. 12.22), hubo predominio discreto del sexo femenino, para una razón de masculinidad de 0,9.

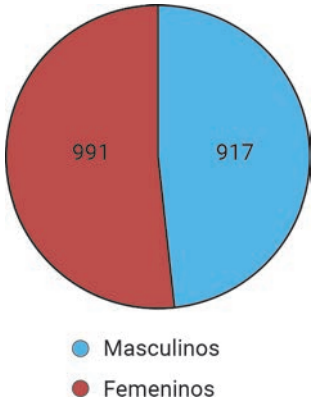


Fig. 12.22. Casos de COVID-19 por sexo en el Policlínico Universitario 19 de Abril. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En los casos positivos se observa un incremento a partir de los 45 años, el grupo de mayor incidencia fue el de más de 70 (fig. 12.23).

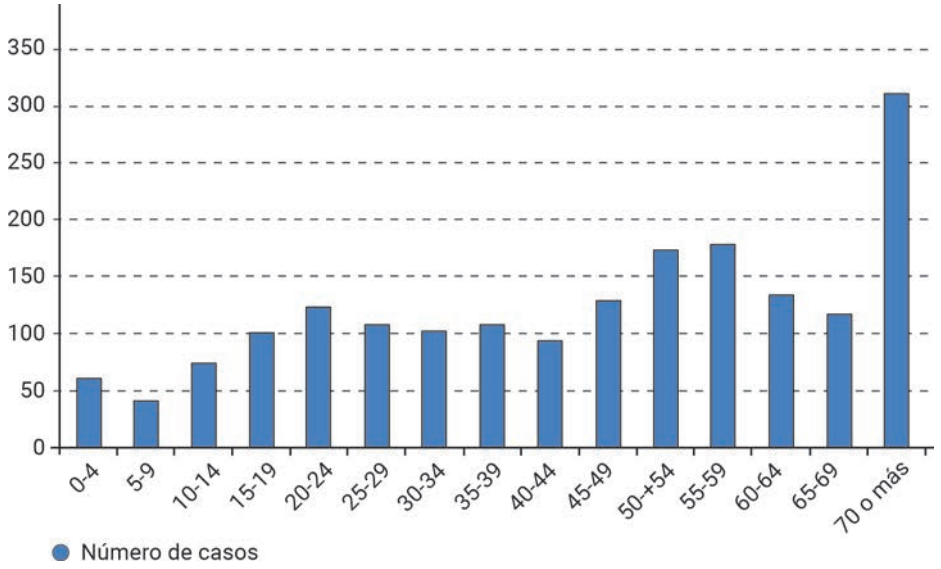


Fig. 12.23. Casos de COVID-19 por edades en 2021 del Policlínico Universitario 19 de Abril. Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La menor proporción de casos asintomáticos, el predominio del sexo femenino y la mayor incidencia en los grupos de edades más avanzadas se corresponde con el comportamiento de esta enfermedad a nivel nacional e internacional.[28]

Teniendo en cuenta el lugar de residencia, el mayor número de casos (1177) pertenecieron al consejo popular Plaza, seguido de Vedado (330), Colón-Nuevo Vedado (290) y Puentes Grandes (111). El consejo popular Plaza tuvo también la mayor tasa de incidencia con 82 por 1000 habitantes, seguida de Vedado con 76,4 (fig. 12.24).

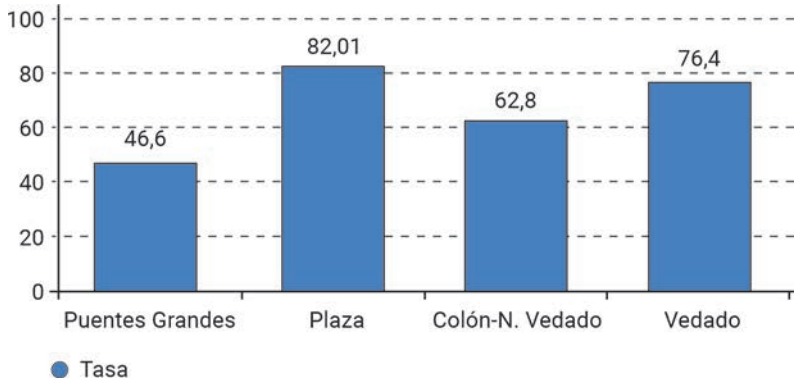


Fig. 12.24. Tasa acumulada por consejo popular en 2021 del Policlínico Universitario 19 de Abril. Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En el manejo de esta epidemia se pudo apreciar la vigencia de todos los principios del Sistema Nacional de Salud, establecidos por la Revolución Cubana: carácter estatal socialista, orientación profiláctica, accesibilidad y gratuidad, integridad y desarrollo planificado, unidad de

la ciencia, la docencia y la práctica médica, participación activa de la población e internacionalismo. Únicamente a la fortaleza del sistema de salud cubano en lo asistencial e investigativo puede atribuírsele que la pandemia de COVID-19, en las difíciles condiciones económicas en que tuvo lugar, no produjera un daño mucho más elevado en la morbilidad y la mortalidad.

Varicela y herpes zoster. La varicela y el herpes zoster no tuvieron un comportamiento epidémico en ningún momento del periodo de estudio y la incidencia tiene una tendencia a la disminución; el número de casos se reduce a partir del año 2017 como se aprecia en las figuras 12.25 y 12.26.

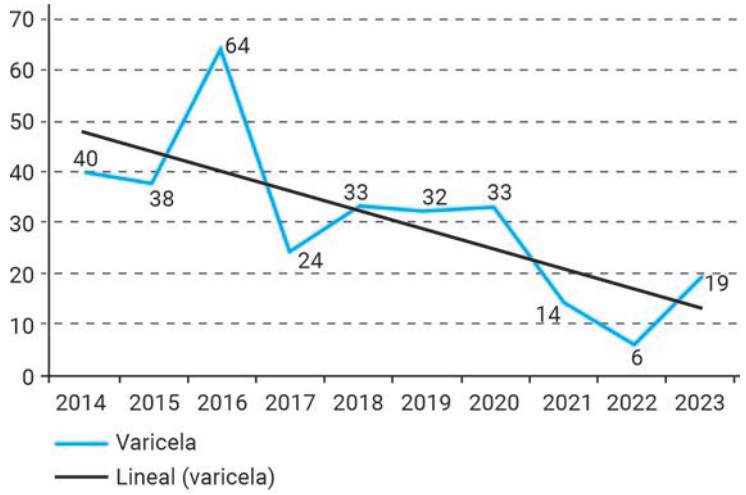


Fig. 12.25. Incidencia de varicela por años en el Policlínico Universitario 19 de Abril del 2014 al 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

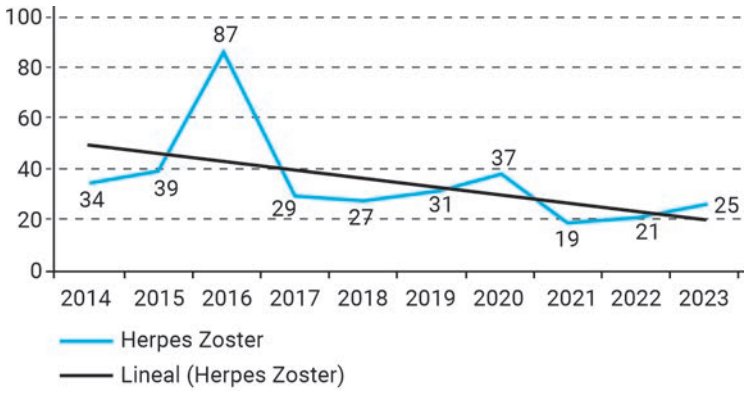


Fig. 12.26. Incidencia de herpes zoster por años en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre 2014 y 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Tuberculosis. La incidencia de la tuberculosis entre 2014 y 2023 muestra una tendencia al incremento (fig. 12.27) y la tasa de incidencia es, en 5 de esos años, superior a la tasa de incidencia nacional, incluyendo los dos últimos, 2022 y 2023.[26]

En los años 2020 y 2021 disminuye el número de casos con relación al 2018 y 2019, lo que puede explicarse por la disminución de la pesquisa por la COVID-19, el aislamiento y el uso de nasobucos (fig. 12.27).

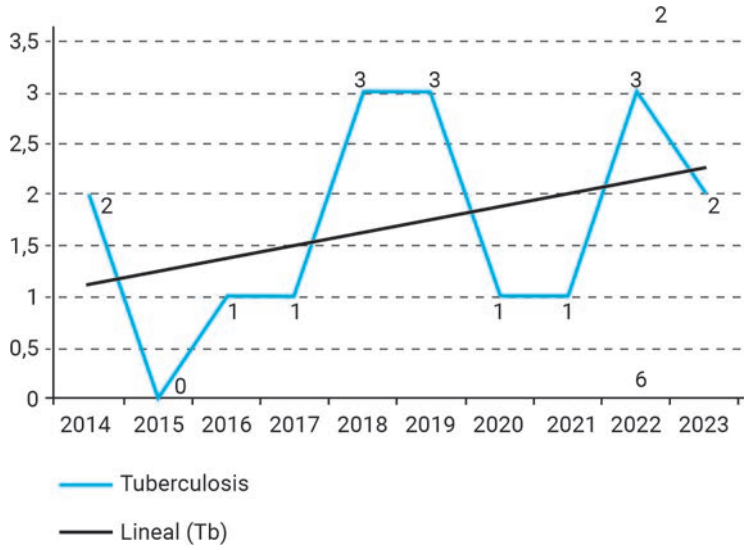


Fig. 12.27. Incidencia de tuberculosis en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre 2014 y 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Un estudio realizado sobre la incidencia de tuberculosis en el Policlínico Universitario 19 de Abril entre 1995 y 2022, tesis de especialidad, identificó que, en el periodo de 1994 al 2022 (fig. 12.28), hubo una tendencia a la disminución; la mayor incidencia de casos se presentó en el sexo masculino, en personas de 65 años y más y entre trabajadores. La hipertensión arterial fue la comorbilidad con mayor incidencia; los factores de riesgo predominantes fueron el tabaquismo y el consumo de alcohol.[29]

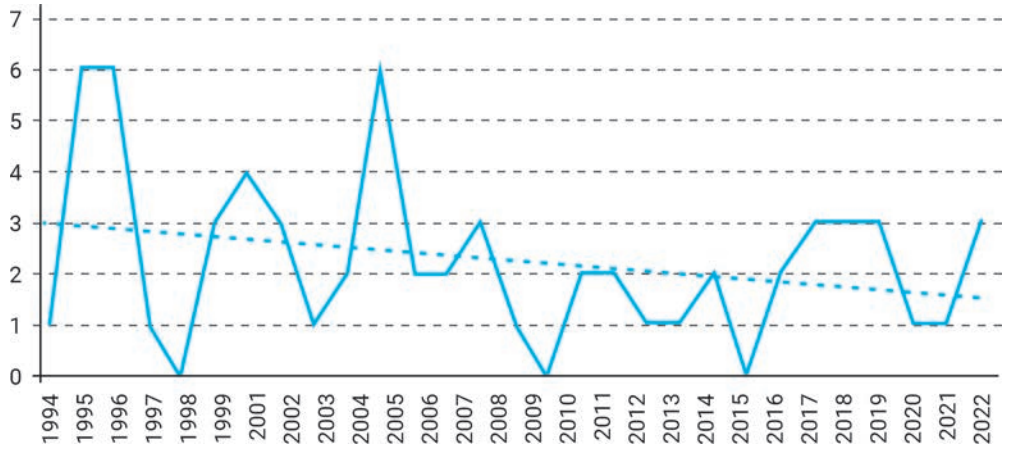


Fig. 12.28. Distribución de la incidencia de la tuberculosis por año, en el Policlínico Universitario 19 de Abril en el periodo 1994-2022. *Fuente:* Tesis de grado.

Es significativo, que en los últimos 10 años se haya invertido la tendencia que mostró el estudio, a pesar de que, en los años 2020 y 2021, años de la pandemia, solo se diagnosticó un caso en cada año. La menor movilidad social y el uso del nasobuco favorecen una menor diseminación de la tuberculosis, pero la mayor convivencia en los hogares con hacinamiento influye en dirección contraria. Una menor vigilancia de la tuberculosis, debido a las exigencias sanitarias de las COVID-19, puede haber ocultado la presencia de casos y el incremento de ellos luego, en 2022 y 2023; pudiera continuar creciendo aún más, conociendo que los niveles de pesquisas no son todavía los anteriores a la COVID-19.

Al ubicar por manzanas en el mapa del policlínico los casos del 2014 al 2023 se puede ver que, de un total de 10 casos, seis pertenecen al Consejo Popular Vedado, que se corresponden con el barrio La Timba, área de mayor vulnerabilidad que las restantes áreas del policlínico. De los 6 casos de La Timba, 4 se ubican en una manzana, la 487, y los otros dos en manzanas contiguas. Esto identifica a la tuberculosis como un importante problema de salud del área y en particular de los consultorios 8, 9 y 10 del Consejo Popular Vedado (La Timba).

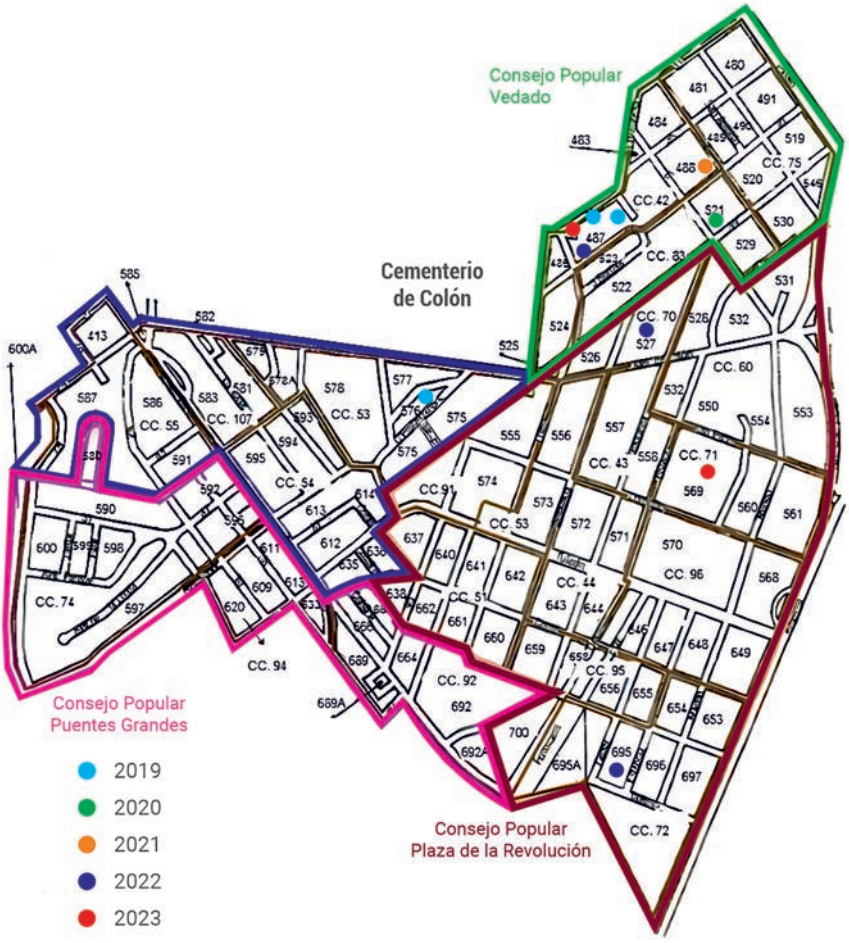


Fig. 12.29. Casos de tuberculosis por manzanas en el Policlínico Universitario 19 de Abril del 2014 al 2023. *Fuente:* Vicedirección de Higiene y Epidemiología del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Infecciones de transmisión sexual. Entre las ITS, la incidencia de sífilis, blenorragia y VIH/sida (figs. 12.30, 12.31 y 12.32) muestran una tendencia a disminuir en el periodo estudiado. No obstante, en el último año, 2023, aumentan la sífilis y el VIH/sida, lo que puede estar relacionado con la progresiva recuperación de la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual que se ha venido produciendo después de transcurridos los dos años de la COVID-19, lo cual indica la necesidad de prestar especial atención al comportamiento de estas enfermedades en los años siguientes.

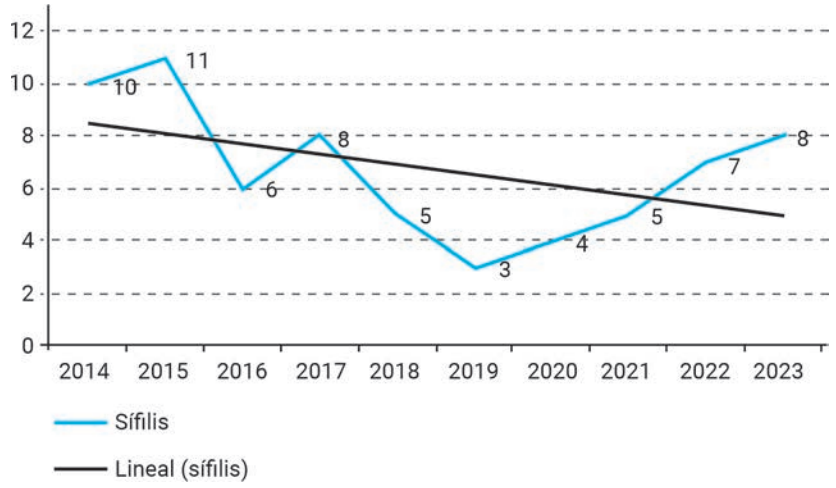


Fig. 12.30. Incidencia de sífilis en el Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2014 al 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

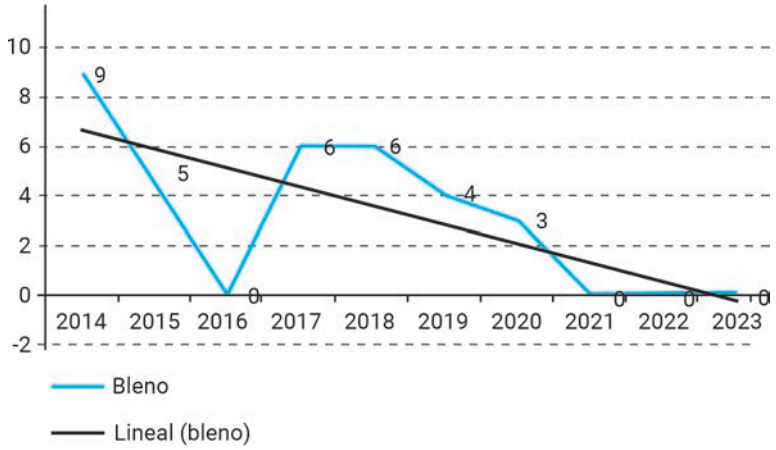


Fig. 12.31. Incidencia de blenorragia. En el Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2014 al 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

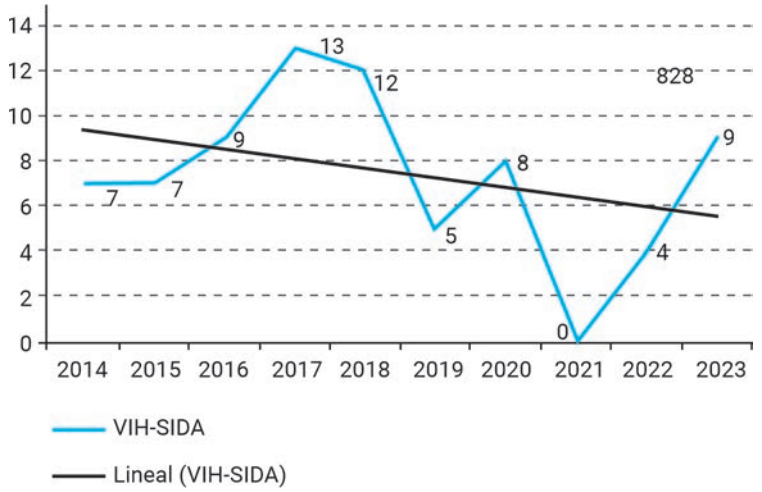


Fig. 12.32. Incidencia de VIH-sida en el Policlínico Universitario 19 de Abril del 2014 al 2023. F*uente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Arbovirosis. La incidencia de dengue ha estado presente en todos los años del periodo de estudio, con una tendencia al aumento, determinada, principalmente, por el elevado número de casos que se diagnosticaron en el 2022 (fig. 12.33).

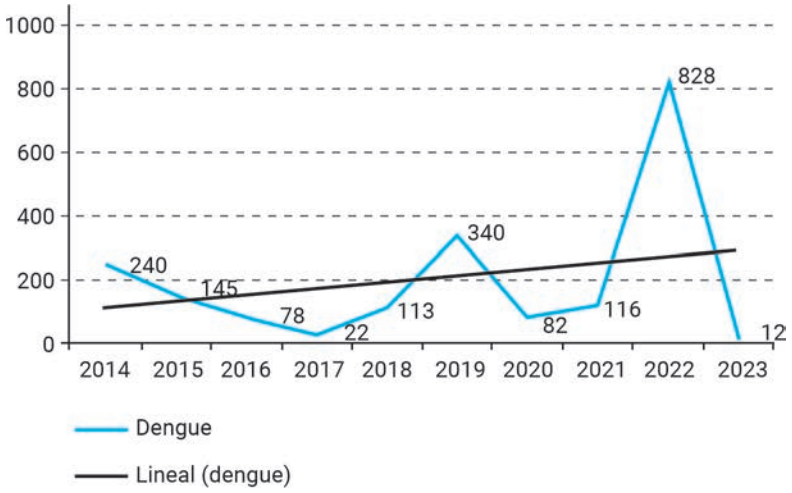


Fig. 12.33. Incidencia de dengue en el Policlínico Universitario 19 de Abril del 2014 al 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Un estudio de la incidencia de dengue por meses muestra las cifras más elevadas en el segundo semestre del año, correspondiendo con los meses de verano y el incremento de las lluvias. Los meses de agosto a octubre son en los que se produce la mayor cantidad de casos (fig. 12.34).

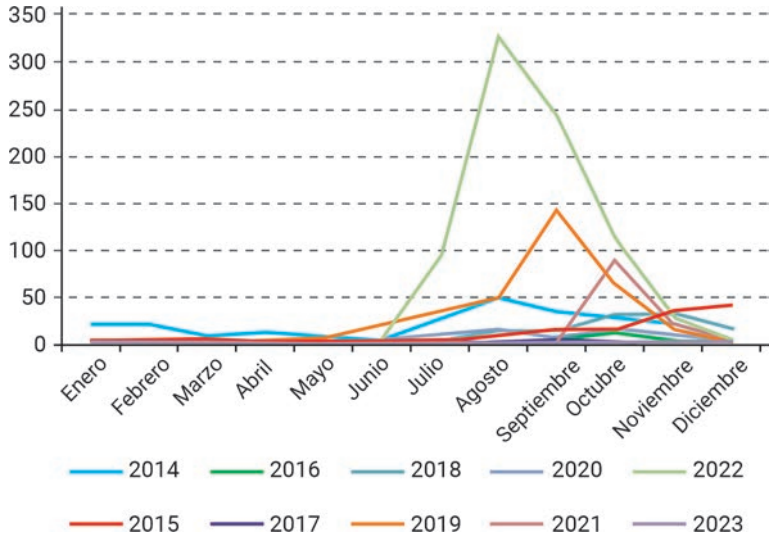


Fig. 12.34. Incidencia de dengue por meses en el Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2014 al 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

No se reportan casos de chikunguya. En el año 2016 ocurrió el primer caso de zika en el área, con fecha de primeros síntomas el 20 de agosto. Se presentaron en total 28 casos positivos entre agosto y septiembre, resultando una tasa de incidencia de 10,4 por 10 000.

En el año 2017 fueron estudiados como casos sospechosos de Zika, mediante análisis de PCR, un total de 250 pacientes, y resultaron positivos 54, para el 21,6 % de reactividad, con casos en todos los meses. La tasa de incidencia fue de 20,5 por 10 000 habitantes, lo que duplicó la del año anterior.

En el año 2018 fueron estudiados, igualmente, un total de 142 pacientes y resultó positivo un solo caso, con fecha de primeros síntomas el 15 de febrero, para un 0,7 % de reactividad. La tasa de incidencia fue de 0,38 por 10 000 habitantes. Desde esa fecha no se han detectado más casos de zika en el área.

El total de casos y su comportamiento por años y meses hasta el 2018, último año con casos de esta enfermedad, se muestran en la tabla 12.6 y en la figura 12.35.

Tabla 12.6. Comportamiento del zika en el Policlínico Universitario 19 de Abril del 2016 al 2018

Meses	2016	2017	2018
Enero	0	5	0
Febrero	0	8	1
Marzo	0	6	0
Abril	0	5	0

Tabla 12.6. (continuación)

Meses	2016	2017	2018
Mayo	0	1	0
Junio	0	3	0
Julio	0	4	0
Agosto	1	5	0
Septiembre	8	9	0
Octubre	14	1	0
Noviembre	4	6	0
Diciembre	1	1	0
Total	28	54	1

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

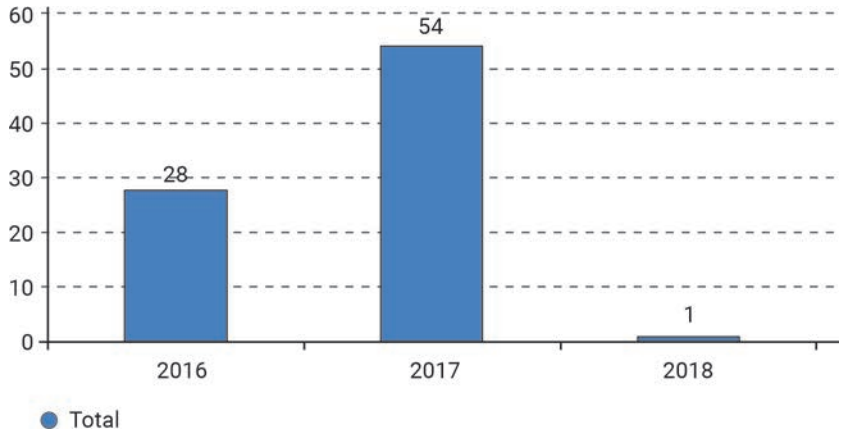


Fig. 12.35. Comportamiento del zika en el Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2016 al 2018. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Paludismo. No se notificó ningún caso de paludismo importado en el periodo estudiado, aunque continúa siendo muy importante la vigilancia de esta enfermedad, por la cantidad de viajeros que arriban al país de áreas endémicas, los que solo en el año 2023 fueron 3755. En el área no se ha identificado al mosquito *Anofheles*, pero sí existe en otros municipios de la provincia.

Zoonosis. No hubo casos de rabia animal ni humana en el periodo, sin embargo, todos los años hay un número de personas lesionadas por perros y gatos y algunos de ellos son animales callejeros, que no es posible observar, y se requiere aplicar la vacuna humana, como puede verse en la tabla 12.7.

Tabla 12.7. Personas lesionadas por animales y vacunadas, del 2016 al 2023, en el Policlínico Universitario 19 de Abril

Año	Lesionados	Vacuna humana
2016	50	1
2017	46	4
2018	37	2
2019	28	4
2020	34	1
2021	36	1
2022	37	6
2023	44	6

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Solo en los años 2020 y 2022 de esa serie no se realizó vacunación de perros y gatos, alcanzándose la mayor cifra en el 2023 con 1333 animales vacunados.

No se han presentado casos de leptospirosis en el área, aunque la situación higiénica sanitaria y los reportes de la población confirman la presencia de roedores. En el 2018 y 2019 hubo, en cada año, un caso de leptospirosis canina, adoptándose las acciones de control de foco. Entre los años 2017 y 2022 no se dispuso de vacunas contra la leptospirosis y en el 2023 se realizó vacunación contra esta enfermedad a 1604 personas consideradas de riesgo.

Enfermedades no transmisibles. *Dispensarizacion*. Como puede verse en la figura 12.36, la población enferma y en riesgo es superior al 60 % en el 2014, y al 70 % en el 2023, lo cual guarda relación con una población altamente envejecida, cuyo con un aumento de esta en el periodo del estudio.

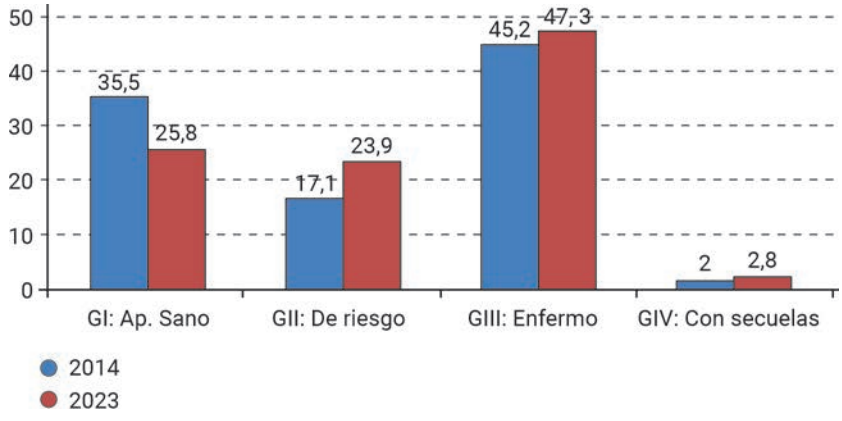


Fig. 12.36. Porcentaje de población según grupo de dispensarización del Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2014 al 2023. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La enfermedad no transmisible de mayor prevalencia en el área en todos los años, desde 2014 hasta 2023, es la hipertensión arterial, con tasas entre 20 y 25 por 100, aun así inferiores al 37 % que reporta la Encuesta Nacional de Salud realizada entre el 2018 y el 2020,[30] por lo que es de suponer que se ha mantenido un subregistro de esta enfermedad. Le siguen en orden de prevalencia el asma bronquial, el tabaquismo, la diabetes *mellitus* tipo 2, la obesidad, la hipercolesterolemia y la cardiopatía isquémica.

Tabla 12.8. Principales enfermedades no transmisibles en el Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2014 al 2023

Prevalencia de ENT	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2022	2023	Total
Hipertensión arterial	5969	5635	5885	5860	5759	6337	12350	5923	5267	58985
Asma bronquial	3442	3373	3173	2967	2811	2876	5644	2701	2607	29594
Diabetes *mellitus* tipo 2	2048	2260	2252	2240	1921	2185	4452	2054	1903	21315
Tabaquismo	3117	2889	1 668	1532	2027	2216	3188	2379	2455	19803
Obesidad	2005	1926	1274	1085	1162	1402	4993	1126	1345	16318
Hipercoles-terolemia	1594	1399	1589	1654	1629	1561	3012	1438	1211	15087
Cardiopatía isquémica	1017	981	1037	1038	1060	1058	1970	1051	852	10064

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La cifra de hipertensión arterial (HTA) del 2020 es muy elevada, sin guardar relación con las de los años anteriores ni posteriores, por lo que se interpreta como un error en la captación del dato. De cualquier forma, la importancia de la HTA como enfermedad y como factor de riesgo, especialmente en una población muy envejecida como la del área, y la existencia de un subregistro, indica la necesidad de prestarle mayor atención a su vigilancia.

Determinación intermedia

Circunstancias materiales de vida. Vivienda. El 100 % del área del policlínico es urbana. El estado constructivo de las viviendas es en general bueno, porque, mayoritariamente, pertenecen a apartamentos de edificios altos y bajos y a zonas residenciales.

Existen viviendas en condición de regular y mala, principalmente en el barrio La Dionisia del consejo popular Colón-Nuevo Vedado, en el barrio La Timba del consejo popular Vedado y en el albergue del consejo popular Plaza. En La Dionisia y La Timba hay viviendas de madera,

de cubiertas ligeras y, en estos barrios, el hacinamiento existente es principalmente por colindancia y no por el número de personas en cada vivienda. En los últimos dos años se ha estado acometiendo un plan de mejoramiento del barrio La Timba, que incluye las viviendas.

En San Pedro sin número, dirección que pertenece al consultorio del médico de la familia No. 5 (CMF-5) hay un antiguo albergue con 26 módulos habitacionales, que tiene paredes de bloque y techo de asbesto-cemento, en él viven 112 personas, también con hacinamiento por colindancia. En este lugar son frecuentes los salideros de agua potable y albañales, que drenan hacia el exterior del área habitacional y las condiciones higiénico sanitarias son deficientes..

En el área, el combustible para cocinar es casi totalmente gas manufacturado, en aislados casos, electricidad, lo cual es una situación favorable.

Cobertura, frecuencia, calidad del agua. El 100 % de la población del área se abastece con agua potable por las redes del acueducto procedente de la Cuenca Sur y Vento, ubicadas fuera del territorio del policlínico. El servicio es diario, en el horario de 3 a.m. a 3 p.m., con un promedio de 8 h al día, pero, en determinados años y periodos, en dependencia de la situación hidrológica de la provincia, este servicio se ha visto afectado y ha sido menos frecuente. En cualquier caso, el abasto de agua no es continuo, lo que obliga al almacenamiento de agua intradomiciliaria en recipientes, que en muchos casos no reúnen las condiciones necesarias. Por otra parte, las redes tienen muchos años de uso y presentan frecuentes averías, con salideros, con afectación secundaria del pavimento en múltiples sitios de la red vial del territorio. Es frecuente la presencia de salideros y no son inmediatas las acciones para su solución. No se han acometido inversiones, por lo que esta situación se ha agravado con el decursar de los años.

Las viviendas pertenecientes a los consejos Colón-Nuevo Vedado (excepto en La Dionisia) y Puentes Grandes, como regla general tienen cisterna en las casas, por lo que el agua se almacena en mejores condiciones; en estas zonas son menos frecuentes los salideros, debido a la menor densidad de población y el menor tiempo de construidas las redes.

Las situaciones más críticas se presentan en La Dionisia del consejo popular Colón-Nuevo Vedado, en La Timba, del consejo popular Vedado, porque son barrios insalubres, y en el consejo popular Plaza, por la elevada densidad de población.

El agua es clorada en la fuente; la vigilancia de la calidad se realiza semanalmente en el punto clave en Conill entre Factor y Estancia; en las mediciones realizadas durante los 10 años los resultados en los niveles de cloro están dentro de los límites establecidos. El muestreo del agua para estudio bacteriológico se realiza también semanalmente, cumpliéndose al 100 % sin resultados negativos. Se realiza, además, determinación de cloro en las manzanas positivas de foco de *Aedes-aegypti*, en las casas con licencias sanitarias, en las casas de personas que plantearon algún problema de calidad del agua y cada vez que se realizan muestra de alimentos.

Se han detectado situaciones en cisternas contaminadas, siempre por quejas o alertas de la población, y se han tomado las medidas indicadas para estos casos.

Los indicadores positivos, relacionados con la calidad del agua y las medidas ante los casos de contaminación de cisternas, se corresponden con la no existencia de brotes de enfermedad diarreica por contaminación hídrica, excepto el ocurrido en el 2019.

Residuales líquidos y redes locales. La disposición final de los residuales líquidos y excretas se produce a través de redes de alcantarillado. El sistema está sobrecargado por la gran cantidad de población, lo que, unido a los años de explotación, origina frecuentes salideros.

Se reportan reiterados vertimientos de aguas albañales, igual que sucede con los salideros de agua potable, y no son inmediatas las acciones para su solución. La situación tiende a agravarse, pues tampoco aquí se han realizado inversiones en los años de este estudio.

La realidad es que, casi de manera permanente, hay varios salideros de aguas limpias o albañales en diferentes lugares, constituyendo uno de los principales riesgos ambientales del área de salud.

Residuales sólidos y microvertederos. La recogida de los desechos sólidos se efectúa de forma manual con camiones y de forma especializada con camiones colectores La disposición final de la basura se realiza en el vertedero Ocho Vías.

En todo el periodo ha sido casi permanente la presencia de microvertederos, originados por insuficiente frecuencia de recogida y por la indisciplina social, todo lo cual agrava la situación higiénico-sanitaria del área y daña el ornato público. La situación es más grave en los consejos populares Vedado y Plaza, y más estable la higiene comunal en los consejos populares Colón-Nuevo Vedado y Puentes Grandes. En algunos periodos se logra una mejoría, pero en poco tiempo la situación se agrava nuevamente.

Ordenamiento del medio. Cría de animales. En el área no se recogen datos sobre polvo sedimentado, índice de corrosividad y contaminantes emitidos, ya que no hay estaciones para medirlos. La fuente más importante de contaminación del aire lo constituye el humo que desprenden los medios de transporte que circulan por las vías de circulación interior, en particular las avenidas 26 y Tulipán, que atraviesan el área, y por las vías que limitan el área, que son las avenidas Independencia y Paseo. Esta circulación de vehículos también provoca ruidos y vibraciones.

No existen en el área centros industriales que clasifiquen como grandes contaminadores, solo los de clase IV, de bajo riesgo. Los contaminantes de agua y suelo provienen principalmente del residuo del proceso de elaboración de alimentos en las áreas de elaboración y expendio y de actividades constructivas permanentes o transitorias.

Los centros identificados como de mayores riesgos son la Fábrica de Granitos de Colon entre 1ra. y 2da, las panaderías de Hidalgo y Lombillo y 26 y 41 y los agromercados de Marino y Tulipán, Loma entre Tulipán y Lombillo, Tulipán y Protestante y 26 y 41. La estación de

ferrocarriles, situada en Este entre Tulipán y Conill provoca contaminación atmosférica por ruidos, lo cual ha sido motivo de persistentes quejas de los vecinos. El ruido de los motores y el claxon de los vehículos también provoca molestias en la población.

Se han recibido quejas sobre la cría de gatos y palomas sin las condiciones higiénicas necesarias y, en los dos últimos años, también de cerdos y aves de corral, situación que en lo fundamental había sido erradicada. En cada caso se ha realizado la inspección por el técnico de la inspección sanitaria estatal (ISE), adoptándose las medidas correspondientes.

Condiciones laborales y estudiantiles. Aunque las condiciones de los centros de trabajo son muy variadas, desde oficinas hasta mercados agropecuarios y una fábrica de granitos, en las visitas de la ISE no se han detectado dificultades particularmente graves relacionadas con la salud y seguridad de los trabajadores.

En el área de salud existen, en estos momentos, 170 centros de trabajo, atendidos por los CMF, la mayoría de ellos son centros de servicio y administrativos, cifra que no ha tenido importantes variaciones a lo largo del periodo estudiado; la ISE atiende como higiene comunal a 99 centros, como higiene de los alimentos a 40, como higiene ocupacional a 18 y como higiene escolar a 13. Los 13 centros educacionales son 6 círculos infantiles, 4 escuelas primarias, 2 secundarias básicas y 1 preuniversitario.

En la ESBU Hubert de Blanck, el muro de la cerca perimetral está agrietado con inclinación y con peligro de accidente, existe deterioro de la carpintería, situación que se ha mantenido desde hace varios años. En el círculo infantil Pequeños Microbrigadistas la carpintería de madera está deteriorada, los servicios sanitarios no tienen herrajes y hay deterioro de la plomería en general. En el círculo infantil Rosa Luxemburgo se mantuvo durante años un importante deterioro de la carpintería de madera y filtraciones en los techos, asunto que quedo resuelto con una reparación integral acometida en el 2024.

Existen 8 parques, de ellos 4 infantiles, y áreas verdes en diferentes locaciones del territorio con árboles, parterres y jardines, lo que reviste importancia estética y ambiental; sin embargo, el mantenimiento, cuidado y chapea es deficiente, lo que determina que estén en mal estado, con importantes enyerbamientos, principalmente en los que se ubican en las redes secundarias. Las empresas y centros de trabajo podrían colaborar más con la chapea e higiene de los alrededores de sus centros, pero ello no se realiza con sistematicidad.

Acceso a bienes y servicios de primera necesidad. Alimentos. La población del área de salud cuenta para su transportación, además de los medios propios, con las rutas de ómnibus que pasan por las avenidas Rancho Boyeros, Paseo, Zapata y 26, que son las principales avenidas de acceso al área, aunque son insuficientes. Las rutas 44 y 67 transitan por el interior de una parte del área. Solo un número muy reducido de personas utilizan bicicletas como medio de transporte.

En general, en el periodo 2014 al 2023, las acciones de mantenimiento o reparación de las redes viales han sido muy escasas y se incrementa el deterioro en la mayoría de ellas. Los baches e irregularidades permiten la acumulación de agua y desechos sólidos, lo que crea

condiciones favorables para el incremento de vectores y la ocurrencia de accidentes, tanto por el tránsito de vehículos como por la posible caída de peatones.

El 100 % del área cuenta con luz eléctrica. A lo largo del periodo estudiado se han presentado interrupciones ocasionales al servicio eléctrico, debido a trabajos de mantenimiento o roturas, que en general son solucionadas con relativa prontitud. En determinados momentos de algunos de los años ha habido programación de apagones, principalmente en horario diurno y no más de tres veces a la semana. Varios centros de trabajo, entre ellos el policlínico y el hogar materno, cuentan con plantas eléctricas de emergencia. La planta del policlínico presenta problemas técnicos y no ha estado funcionando los dos últimos años.

Aunque la cifra de teléfonos fijos no se ha incrementado, la telefonía móvil ha realizado importantes ampliaciones del servicio.

Por la elevada densidad de población, el área cuenta con una gran variedad de servicios, como bodegas, cafeterías, restaurantes, panaderías, farmacias, óptica, mercados agropecuarios, servicios de reparación de diversos artículos, oficinas de atención a la población de la empresa eléctrica, de comunicaciones, de acueducto y otras. Esto hace que la población pueda acceder a todos estos servicios sin tener que salir del área, ni tomar ómnibus ni ningún otro transporte.

Factores biológicos y psicosociales. *Satisfacción de necesidades básicas.* A partir del año 2019 se ha apreciado un incremento de las dificultades económicas, con afectaciones en las necesidades básicas de la población, como alimentos, medicamentos, servicios de salud, transporte y otras.

Hábitos y seguridad alimentaria. No hay datos cuantitativos, pero sí cualitativos. La opinión de médicos y enfermeras, la mayoría de los cuales son además residentes en el área, consideran que los hábitos alimenticios son inadecuados, consumiéndose exceso de carbohidratos y grasas, acompañados de un insuficiente consumo de verduras y frutas, en lo que influyen problemas de disponibilidad y precios, agravados en los últimos años.

Autocuidado. Es percepción de médicos y enfermeras de la familia, que es insuficiente el nivel de autocuidado de la salud en el área, con conductas que llegan a ser irresponsables en algunos núcleos familiares. La falta de recursos en las unidades de salud influye negativamente en este propósito.

Sistema y servicios de salud. *Estructura y organización de los servicios. Organigrama.* Para el cumplimiento de su misión, en el policlínico se realizan reuniones periódicas del Consejo de Dirección, el Consejo Económico, el Programa de Atención Materno Infantil, los departamentos, los médicos y enfermeras de la familia, los grupos básicos de trabajo, el Comité Farmacológico, la Comisión de Seguridad Biológica y otras, con la periodicidad establecida en cada caso y adaptadas a las condiciones que se van presentando. El organigrama de la estructura del policlínico puede apreciarse en la figura 12.37.

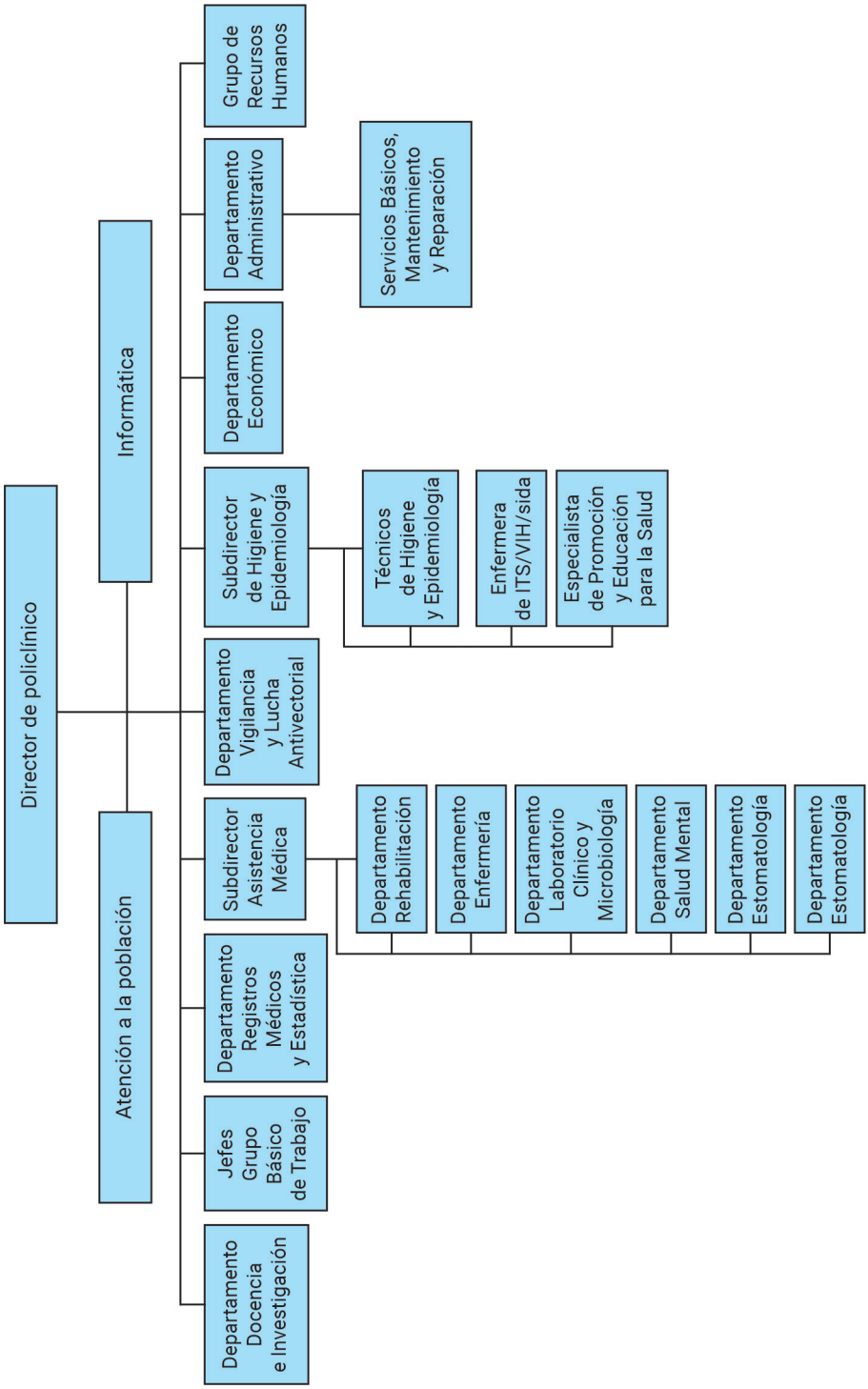


Fig. 12.37. Organigrama de la estructura del Policlínico Universitario 19 de Abril. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

El policlínico cuenta con 25 consultorios del médico y enfermera de la familia. Los médicos y enfermeras de los consultorios están organizados en dos grupos básicos de trabajo, de conjunto con los especialistas de Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Psicología y el trabajador social.

Los grupos básicos de trabajo están integrados por los consultorios siguientes:

- GBT-I: CMF: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17 y 18.
- GBT-II: CMF: 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25.

Las necesidades de especialistas de los grupos básicos de trabajo han sido cubiertas con ausencias en determinados periodos de tiempo.

La disminución de la población, señalada anteriormente, permite una disminución de consultorios, lo que conllevaría a una reestructuración de la población atendida por cada Equipo Básico de Salud.

Gastos en salud. Puede afirmarse que, en general, no ha faltado presupuesto en moneda nacional para respaldar el pago de salarios y para respaldar el pago de medicamentos e insumos médicos que se reciben para la prestación de los servicios. Los problemas se derivan del hecho de que los insumos y recursos para mantenimiento han estado por debajo de las necesidades, principalmente a partir del 2020. En el año 2016 fue aprobado, y ejecutado posteriormente, un presupuesto para la reparación del policlínico, pero con posterioridad, los recursos para mantenimiento y reparaciones han sido insuficientes, también agravada esta situación en los últimos cuatro años.

Recursos humanos. Completamiento de plantilla. Como se puede observar en la figura 21.38, entre 2014 y 2023, la plantilla aprobada disminuye de 451 a 382, el 15 % y la cubierta de 382 a 270, el 19 %. Disminuye la aprobada y la cubierta, pero aún más la última. Esta situación, que expresa una disminución de personal, podría haberse atenuado de realizarse una revisión estructural y de funciones, teniendo en cuenta la disminución y el envejecimiento de la población.

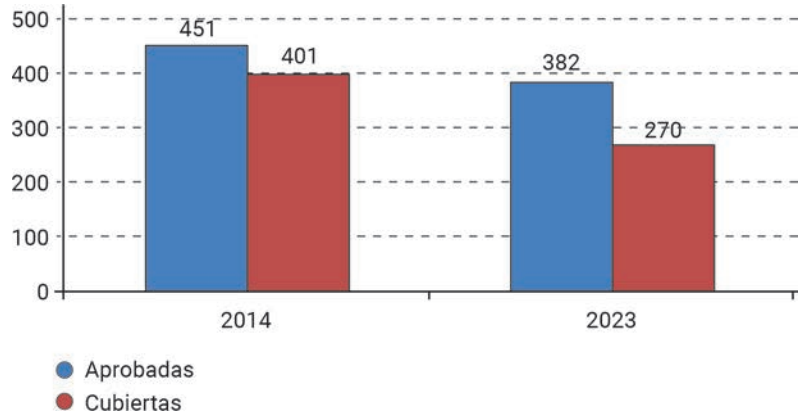


Fig. 12.38. Plantilla aprobada y cubierta del Policlínico Universitario 19 de Abril del 2014 al 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La disminución de la plantilla cubierta en el periodo también se expresó en la disponibilidad de médicos y enfermeros. Principalmente, desde el 2021 hay un aumento de habitantes por médicos y de habitantes por enfermeros, como puede verse en la figura 12.39. Los habitantes por médicos aumentan el 28 % y los habitantes por enfermeros el 13 %.

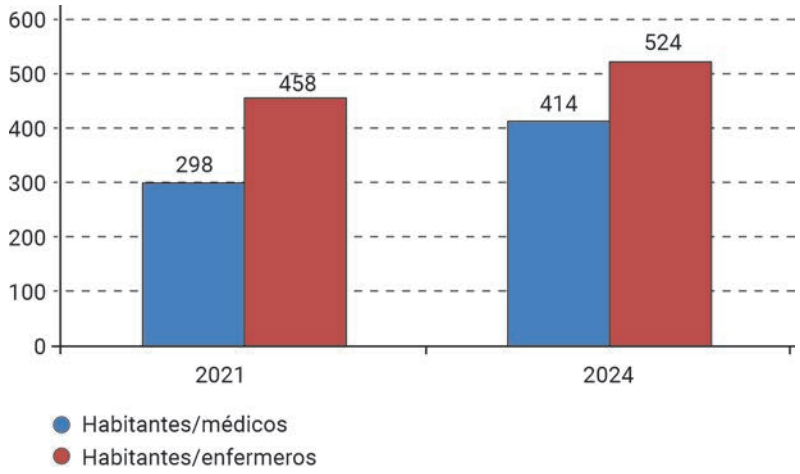


Fig. 12.39. Habitantes por médico y enfermero en el Policlínico Universitario 19 de Abril, del 2021 al 2023. *Fuente*: Departamento de Recursos Humanos del Policlínico Universitario 19 de Abril.

Hay déficit de médicos y enfermeras, a pesar de la disminución de la población, según el diseño del vigente Programa Nacional del Médico y Enfermera de la Familia. Las ausencias por vacaciones, enfermedad o rotación de residentes, sin que existan médicos y enfermeras de reserva, como sucedió entre el 2014 y el 2019, determinaron que, cada día del final del periodo, principalmente en el 2023, de 3 a 4 consultorios estuvieran cerrados.

Control sanitario internacional. Se produjo durante los años 2022 y 2023 un importante incremento de viajeros con relación a años anteriores En general, existe un elevado control de los viajeros, los que son localizables, pero se ha incrementado el total de viajeros con direcciones falsas o incorrectas y de viajeros que no permanecen durante el día en la dirección reportada, lo que hace imposible su localización (fig. 12.40).

Estas cifras incluyen, además, los viajeros del Hotel Bella Habana, que está cerrado hace años y se siguen recibiendo viajeros que reportan esa localización, y los del Hotel Tulipán, la mayoría de los cuales no llegan a esa instalación. Teniendo en cuenta la situación sanitaria internacional, esto constituye un factor de riesgo de introducción de enfermedades en el área o en otras áreas hacia donde en realidad se haya dirigido el viajero.

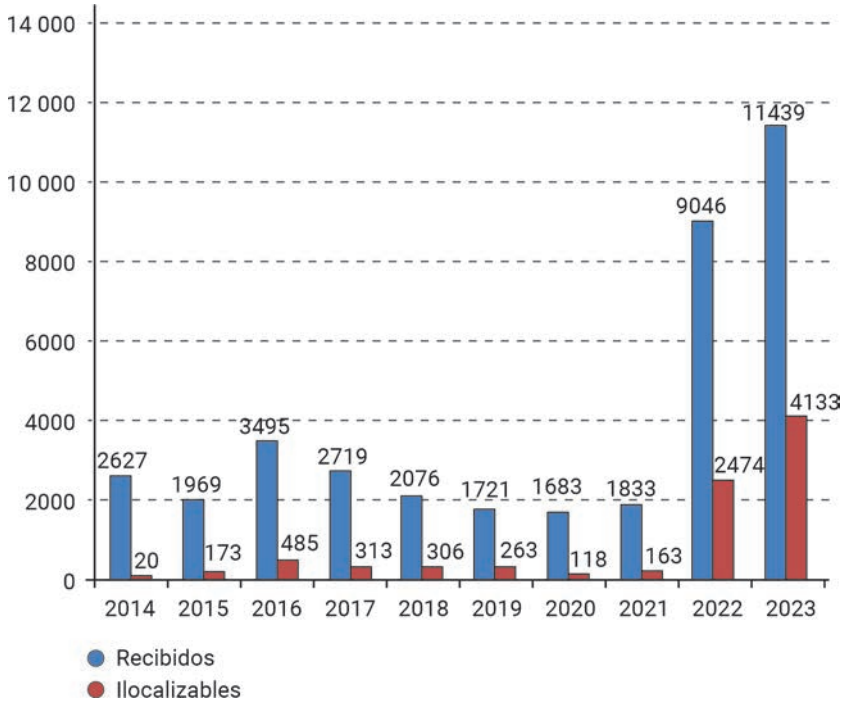


Fig. 12.40. Viajeros recibidos en el área del Policlínico Universitario 19 de Abril e ilocalizables, del 2014 al 2023. *Fuente*: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Determinación estructural

Contexto socioeconómico. Vinculación laboral. En ninguno de los años del periodo estudiado han existido indicadores negativos relacionados con la vinculación laboral. Los reportes de los CMF han sido siempre de menos del 3 % de la población sin empleo, porcentaje que es bajo y se corresponde con los datos nacionales de empleo publicados, aunque pudiera estar por debajo de la realidad.

Entre el 2014 y el 2022 las variaciones más significativas de empleo fueron las amas de casa, que disminuyeron de 7,6 a 5,4 %; los jubilados también disminuyen del 17,5 al 14,6 % y los trabajadores por cuenta propia aumentan del 3,3 al 7,1 %. Estos datos reflejan, indirectamente, una incorporación al trabajo de personas que no lo hacían por diversas causas, lo cual es explicable por la situación económica que vive el país.

Nivel educacional. La población del área tiene un elevado nivel educacional, lo que constituye una fortaleza para las acciones de salud. Solo el 5 % de la población no tiene el nivel de primaria vencido en el año 2023. La población con nivel universitario paso del 21,5 al 32 % y se mantuvo en el 44 % la población con nivel medio superior.

Estructura y funcionamiento familiar. En el área, entre el 2014 y el 2022, las familias nucleares aumentan nueve puntos porcentuales y las ampliadas disminuyen en igual proporción, lo cual guarda relación con la disminución de la población ya señalada (fig. 12.41).

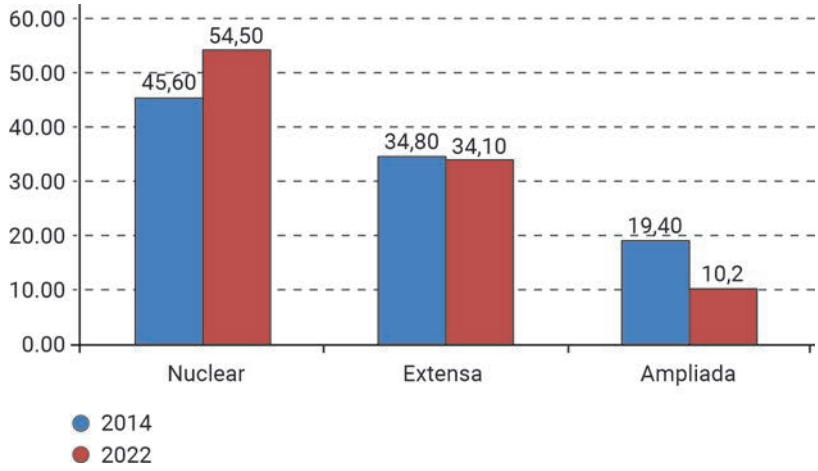


Fig. 12.41. Estructura familiar de la población del Policlínico Universitario 19 de Abril, 2014 al 2022. *Fuente:* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

El funcionamiento familiar fue bueno (81,3 % en el 2014 y 88 % en el 2022), lo cual es favorable para la atención y cuidado de la salud en esos núcleos familiares.

Color de la piel. La población del área es mayoritariamente blanca: 12 461, el 54,5 %; es negra 4259, el 18,6 %; y mestiza 6123, el 26,8 %.

Premisas de la determinación social

Cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública (encuesta). En encuesta realizada en el 2023 a directivos del policlínico, 35 en total, los dos jefes de los grupos básicos de trabajo y equipos básicos de salud seleccionados, se midieron las funciones esenciales de la salud pública (FESP) (fig. 12.42), recibiendo todas calificación de poco favorable, excepto la participación social y el desarrollo de políticas de gestión, que fueron calificadas como muy poco favorables.

En igual encuesta, realizada en 2019,[31] los resultados fueron más favorables; ninguna función fue evaluada de excelente, pero fueron evaluadas como muy bien las funciones de desarrollo del personal, la evaluación y promoción de la equidad en salud, la promoción de salud, la vigilancia en salud, el análisis de la situación de salud y el manejo de emergencia.

Manejo local de los determinantes sociales de la salud (encuesta) En encuesta realizada en 2023 a la población en el GBT 2, las calificaciones fueron más favorables que en el GBT 1, la población de ese grupo pertenece mayoritariamente a una zona residencial de más elevados ingresos.

El transporte público fue el determinante valorado más negativamente, calificado como poco favorable por los dos GBT. La calificación más positiva fue la vivienda, valorada como parcialmente favorable, pero solo por el GBT 2, y esta misma calificación recibió la energía en ese GBT. El resto de las calificaciones son de poco favorable y muy poco favorable por ambos GBT. Es mejor en el GBT 1 la satisfacción con los servicios de salud y la participación social; los demás determinantes fueron valorados más favorablemente por el GBT 2 (fig. 12.43).

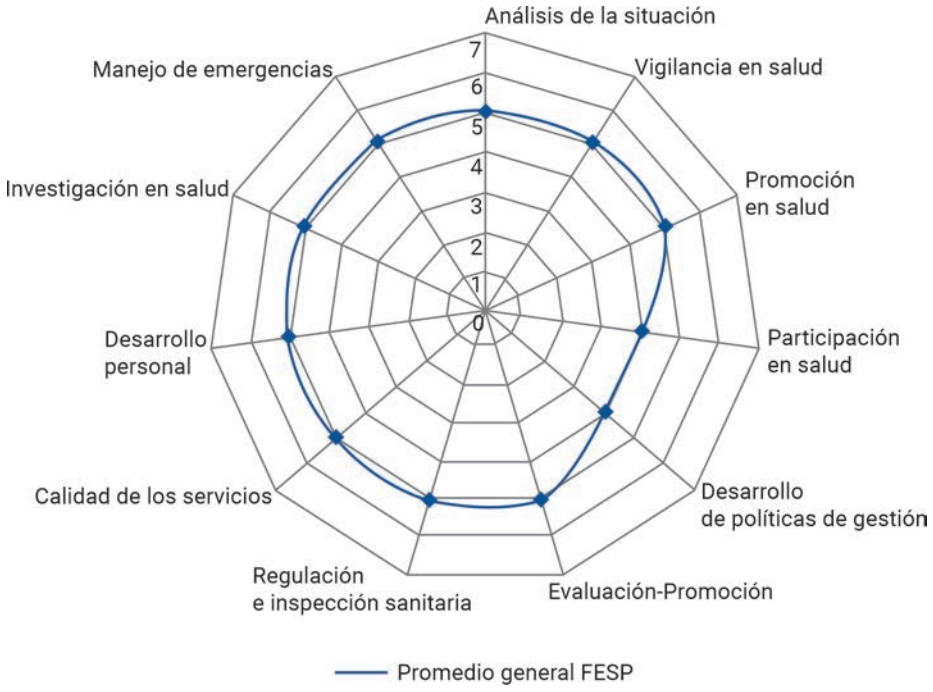


Fig. 12.42. Encuesta. Promedio general FESP. *Fuente:* Encuesta.

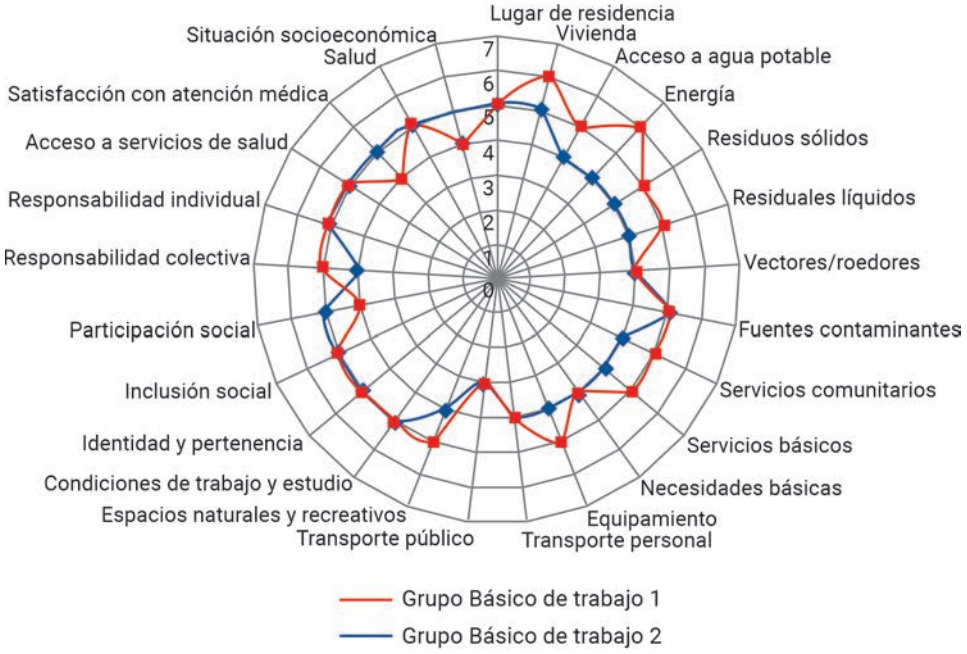


Fig. 12.43. Encuesta. Resultado promedio según variables. Grupos básicos de trabajo (GBT) por áreas de salud. *Fuente*: Encuesta.

En igual encuesta realizada en el 2019,[31] hubo una percepción satisfactoria de la atención médica, el acceso a los servicios de salud, la responsabilidad individual de la población, la identidad y pertinencia local, el equipamiento que poseen en el hogar y el acceso a la energía y agua potable. Los factores y condiciones peor calificados fueron el lugar de residencia, la ausencia de espacios naturales recreativos, el transporte público, los servicios comunales, las fuentes contaminantes, la existencia de vectores y roedores y la recogida de residuales sólidos. El factor que peor evaluación recibió fue la disponibilidad de transporte personal. En sentido general, hay un deterioro de la percepción de la población sobre los factores que determinan socialmente la salud entre los años 2019 y 2023.

Barrios con problemas socioeconómicos. Existen en el área dos barrios, La Timba con una población de 3552 personas y La Dionisia con 1131 personas, que presentan más problemas socioeconómicos que las restantes áreas del policlínico.

La comparación de algunos determinantes de la salud en estos barrios con el policlínico se muestra en la tabla 12.9, tomando la información que brindan los ASIS de esos barrios del año 2021 (en el caso de la Timba incluyó el área de un consultorio médico del policlínico Moncada). La población de 60 años y más es en esos barrios, 9 puntos porcentuales inferior que la del policlínico, y la razón de masculinidad es mayor, como puede verse en la tabla 12.9.

Tabla 12.9. Población mayor de 60 años, razón de masculinidad en La Timba-La Dionisia y el policlínico, 2021

	La Timba	La Dionisia	Policlínico
Porcentaje de la población con 60 años y más	23,4	23	32
Razón de masculinidad	89,1	96,1	85,2

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

La composición étnica con datos del 2023 se muestra en la tabla 12.10. Con relación al policlínico en La Timba y la Dionisia es menor la población blanca, mayor la población negra y son menores las diferencias en la población mestiza.

Tabla 12.10. Composición étnica en La Timba-La Dionisia en relación con el policlínico, 2021

	La Timba	La Dionisia	Policlínico
Blancos	48,3	32,3	54,5
Negros	25,2	37,2	18,6
Mestizos	26,4	30,4	26,8

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Las viviendas en regular y mal estado son el 49,5 % en La Timba y el 26,9 % en la Dionisia, mientras que en el resto del área del policlínico estas viviendas son muy escasas.

La composición de las familias es como muestra la tabla 12.11, en la que se observa que las ampliadas son más frecuentes en La Timba y La Dionisia que en el policlínico y las nucleares menos frecuentes en La Timba.

Tabla 12.11. Estructura familiar. Porcentaje en La Timba-La Dionisia y el policlínico, 2021

	La Timba	La Dionisia	Policlínico
Nuclear	49,6	57,1	54,9
Extensa	30,4	27,2	34,1
Ampliada	19,9	15,6	11

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

El funcionamiento familiar regular o mal es del 17 % en La Timba, del 54,8 % en La Dionisia y del 12 % en el policlínico en el 2021, superior en ambos barrios; el dato de La Dionisia es muy elevado en relación con La Timba y el policlínico, lo cual pudiera estar explicado por algún error o por el hecho de que la recogida de este dato tiene un determinado componente subjetivo.

La población desvinculada laboralmente es del 8,4 % en La Timba, del 4,3 % en La Dionisia y menor del 3 % en el policlínico en ese año.

La población con nivel medio superior y superior terminado es mayor en el policlínico que en La Timba y La Dionisia, aunque es elevado también en estos barrios (tabla 12.12).

Tabla 12.12. Porcentaje de la población con nivel medio superior y superior en La Timba-La Dionisia y el policlínico, 2021

	La Timba	La Dionisia	Policlínico
Población con nivel medio superior y superior	61,8	52,5	76

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística del Policlínico Universitario 19 de Abril.

La tasa de mortalidad es menor en La Timba y La Dionisia, lo cual podría estar influido por ser una población más joven (tabla 12.13).

Tabla 12.13. Tasa de mortalidad por 1000 en La Timba-La Dionisia y el policlínico, 2021

	La Timba	La Dionisia	Policlínico
Tasa de mortalidad	5,5	6,2	19

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

En resumen, la población de La Timba y La Dionisia con relación al policlínico es menos envejecida, tiene un mayor predominio del sexo masculino, un mayor porcentaje de población negra, mayor porcentaje de núcleos familiares ampliados y de familias con funcionamiento regular o mal, más problemas de vivienda, menos porcentaje de población con nivel educacional medio y superior y menor tasa de mortalidad.

Este análisis comparativo de algunos determinantes sociales en los barrios y el policlínico es una primera y aún insuficiente aproximación a un estudio de diferenciales que deberá acometerse.

El producto interno bruto y el gasto en salud de Cuba. En el periodo estudiado, a precios constantes, se observa un crecimiento del PIB hasta el año 2018 y un decrecimiento a partir del 2019, como puede verse en la figura 12.44[25]. Como ha sido señalado en este propio trabajo, las medidas aplicadas por la administración de EE. UU., a partir del 2019 y de la pandemia de COVID-19 en el 2020 y 2021, explican ese comportamiento de inevitable repercusión en la salud de la población, al afectarse los niveles de alimentación de la población y la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos de uso general por el sistema de salud, además de incidir en general sobre los determinantes sociales de la salud.

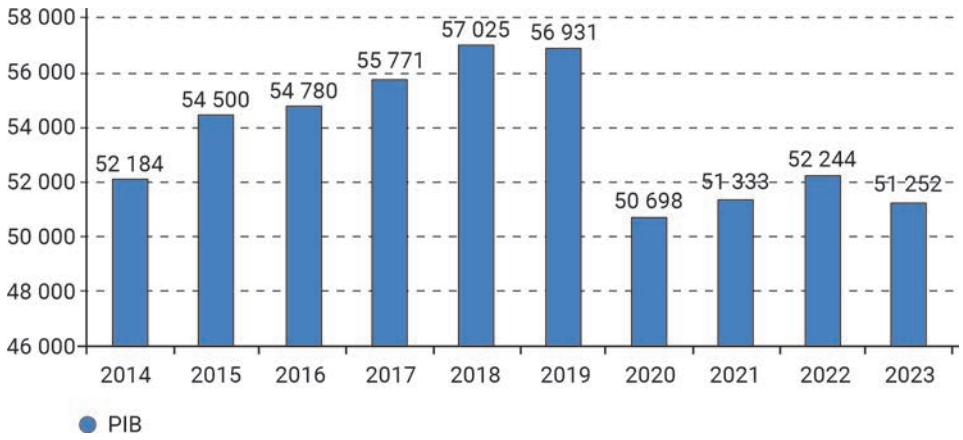


Fig. 12.44. Producto interno bruto en Cuba del 2014 al 2023. *Fuente:* Anuario Estadístico. ONEI.

Esta caída de la economía a partir del 2020 no se refleja en el porcentaje del gasto en salud con relación al PIB, a precios corrientes hasta el año 2022 y 2023.[25] Incluso aumenta en los años 2020 y 2021 por los elevados gastos que exigió el enfrentamiento a la pandemia. Ello es evidencia de la voluntad política de sostener los servicios de salud.



Fig. 12.45. Porcentaje del gasto en salud con relación al producto interno bruto en Cuba durante el 2014. *Fuente*: Anuario Estadístico. ONEI.

Sin embargo, esas cifras se refieren al gasto en salud en moneda nacional y no se dispone del dato de los gastos en divisas convertibles en el sector, pero la disminución de recursos y en particular de medicamentos e insumos médicos en los últimos años ha provocado sensibles carencias, las que impactan inevitablemente en la salud de la población.

Aspectos éticos

La investigación es parte de un proyecto institucional e internacional aprobado por el Consejo Científico del INHEM, el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente y el Ministerio de Comercio Exterior; cumple con lo establecido en la Resolución 110 para Investigaciones del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y fue avalado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Como sólo se utilizaron datos estadísticos que son públicos y se encontraban disponibles en diferentes reportes del Departamento de Estadística del Policlínico Universitario 19 de Abril, anuarios, sitios web y publicaciones de instituciones oficiales reconocidas nacional e internacionalmente, no se requirió autorización especial para el uso de la información.

Limitaciones del estudio

Las mayores limitaciones del estudio se derivan de las dificultades para obtener información de terceros ajustadas al área de salud del policlínico y de las deficiencias que pueda tener la fuente primaria de los datos, que es la dispensarización de los consultorios médicos de la familia y las bases de datos de la Vicedirección de Higiene y Epidemiologia.

Conclusiones

La población del área del Policlínico Universitario 19 de Abril, durante el periodo 2014 al 2023, tiene una tendencia a la disminución y al envejecimiento, con tasas decrecientes de natalidad y fecundidad, sin que se haya identificado ningún determinante que a nivel local pueda hacer variar esa tendencia.

La tasa bruta de mortalidad aumenta, influida por los años de la COVID-19, pero no propiamente por esa enfermedad, sino por incremento de la mortalidad no COVID. Se produce una disminución de las tasas de mortalidad en el 2022 y 2023, sin lograr descender todavía hasta los valores previos al 2020. Las enfermedades del corazón y los tumores son las dos primeras causas de muerte.

Las enfermedades infecciosas tuvieron un comportamiento variable en el periodo, con alta incidencia de las arbovirosis y un incremento de la tuberculosis, particularmente en el área de La Timba.

Los determinantes estructurales e intermedios de la salud tienen un efecto negativo, como resultado del deterioro de la situación económica del país a partir del 2020; la voluntad política por preservar la salud de la población y el esfuerzo de médicos y enfermeras impidieron que el impacto fuera mayor, e incluso, se lograra alguna recuperación en los dos últimos años, aun en medio de graves dificultades económicas.

Recomendaciones para el territorio:

- Informar a los directivos del Policlínico Universitario 19 de Abril de los resultados de la presente investigación a los efectos de su discusión en el Consejo de Dirección y adoptar las medidas que correspondan.
- Efectuar un taller de estudio y discusión del presente trabajo con los médicos y enfermeras del Policlínico Universitario 19 de Abril, para contribuir al conocimiento y análisis de la situación de salud del periodo estudiado.
- Desarrollar investigaciones dirigidas a identificar las causas que expliquen el comportamiento de algunos indicadores de salud y los diferenciales de las diferentes áreas del policlínico.
- Dar a conocer la presente investigación a la Dirección Municipal de Salud Pública, informarles de los resultados alcanzados y conocer de las indicaciones y sugerencias que se consideren.

A continuación, se incorpora la figura 12.46, que muestra el modelo diseñado por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología como guía para los estudios de determinación social de salud.

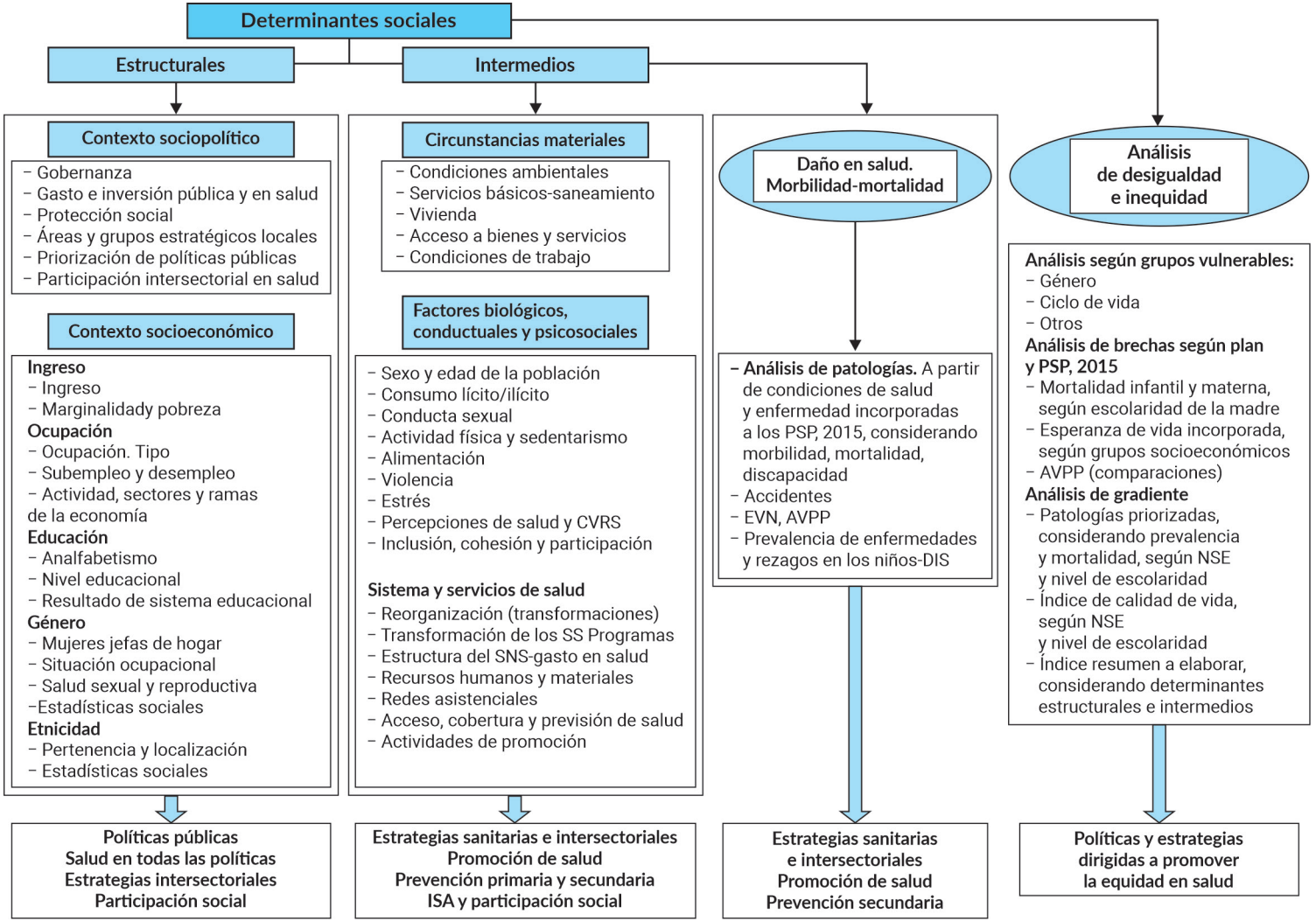


Fig. 12.46. Modelo del INHEM de DSS.

Referencias bibliográficas

1. Lage Dávila Carlos. Estado de Salud de la población y sus Determinantes Sociales. Cuba 1990-2009. [Tesis para optar por el título de Especialista de 1er Grado de Higiene y Epidemiología]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2014. p.114.
2. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba, edición extraordinaria número 5. La Habana: Ministerio de Justicia; 2019. Disponible en: http://www.cubadebate.cu/cuba/constitucion-republica-cuba/
3. Ley de Salud Pública de 1983, Ley No. 41 del 13 de Julio de 1983, Gaceta Oficial de la República de Cuba. 1983;(61).Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/ley_41_de_la_salud_publica.pdf
4. Banco Central de Cuba. La economía cubana en el período especial 1990-2000. La Habana: Ediciones Pontón Caribe; 2001.
5. Ruiz-González LA, Piñera-Castro HJ, Smith Groba J. Impacto del bloqueo sobre el sistema cubano de salud en la última década. Rev Cubana Med Militar. 2023;52(1). Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2469
6. Martínez Calvo Silvia. Análisis de Situación de Salud Una nueva mirada. 3era Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/
7. Jorna Calixto AR, Arocha Marino C, Corratgé Delgado H, Sosa Rosales M, Vidal Ledo MJ, Pérez Díaz TC. Taller Nacional "Proyecciones de la Salud Pública cubana 2016-2020". INFODIR; 2016; (22): 66-69. Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/183
8. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 43 ed. Ginebra, Suiza: OMS; 2001.
9. McKeown T, Brown RG, Record RG. An interpretation of the modern rise in population in Europe. Popul Stud. 1972; 26(4):345-82. DOI: https://doi.org/10.2307/2173815
10. Laframboise HL. Health policy: Breaking the problem down into more manageable segments. CMAJ. 1973;108(2):388-91. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1941185/
11. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Ontario, Canada: Department of Health and Welfare; 1974. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf
12. Alan Dever GE. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Maryland, USA: Aspen Publisher Inc; 1991.
13. Buck C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. Canadian Journal of Public Health 1985;76(supl 1):10-6. Disponible en: https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-la-republica/salud-publica-y-humanidades/buck-despues-de-lalonde/27595992
14. Evans RG, Stoddart GL. Producing health consuming health care. Soc Sci Med. 1990;31(12):1347-63. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953690900743
15. The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives 2010. London: The Marmot Review; c2013. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/7b27/e2d28439148f0b0a14ae01dd10db605549f0.pdf
16. Alvarez Pérez A, Luis Gonzalvez I, Maldonado Cantillo G, Romero Placeres M, Bonet Gorbea M, Lage Dávila, C et al. Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana. Rev cuba hig epidemiol. 2014;52(2). Disponible en: https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/343/300

17. Evans RG. Thomas McKeown meet Fidel Castro: Physicians, Population Health and the Cuban Paradox. Health Care Policy. 2008; 3(4): 21-32. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2645168/
18. Alvarez AG, García A, Bonet MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013
19. Organización Mundial de la Salud. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2004.
20. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
21. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil 2011. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/7b27/e2d28439148f0b0a14ae01dd10db605549f0.pdf
22. Castro F. Discurso en la clausura del V Congreso de la FMC. 7 de marzo 1990. La Habana; 1990. Disponible en: http://www.fidelcastro.cu/pt-pt/node/1495
23. Castro F. Intervención en la Clausura del Primer Congreso de Medicina Familiar. La Habana; 1994. Disponible en: http://www.fidelcastro.cu/es/discursos/discurso-en-la-clausura-del-i-congreso-de-medicina-familiar
24. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
25. Oficina Nacional de Estadística e Información ONEI. Anuario Estadístico de Cuba 2023. La Habana; 2024. Disponible en: http://onei.gob.cu/anuario-estadistico-de-cuba-2023
26. Ministerio de Salud Pública de Cuba Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana; 2024. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2024/10/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf
27. Redacción Nacional. Tenemos la más baja tasa de letalidad por la COVID-19 en las Américas. Periódico Granma. 26 Diciembre 2021. La Habana 2021. Disponible en: https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2021-12-26/cuba-es-el-pais-de-las-americas-con-la-tasa-mas-baja-de-letalidad-por-covid-19
28. Beldarraín Chaple E, Más Bermejo P, Alfonso Sánchez IR, Morales Suárez I. Dieciséis meses de pandemia de COVID-19 en Cuba. Revista de información científica para la Dirección en Salud INFODIR. 2022;(38). Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1197
29. Salvador Ruiz Liliana V. Caracterización clínico-epidemiológica de la tuberculosis en el Policlínico Universitario 19 de Abril. 1994-2022. [Tesis para optar por el título de Especialista de 1er Grado de Higiene y Epidemiología]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2024. 92 p.
30. Díaz Pérez C. El reto de siempre la salud del pueblo cubano. Presidencia y Gobierno de Cuba: 22 Julio 2022. La Habana 2022. Disponible en: https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/el-reto-de-siempre-la-salud-del-pueblo-cubano/
31. Policlínico Universitario 19 de Abril. Análisis de situación de salud, 2019. La Habana 2020.

El análisis crítico del informe de análisis de situación de salud: La experiencia del Policlínico Universitario 19 de abril en el año 2023[1]

Jesús Eduardo Robles Gastelum,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez,
Isabel Pilar Luis Gonzálvez,
Carlos Aurelio Lage Dávila

Introducción

El análisis de la situación de salud (ASIS) fue definido, inicialmente, por Martínez Calvo, como un instrumento científico-metodológico para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios, abordando la salud como resultante de las acciones que los sectores de la sociedad ejecutan con los ciudadanos para alcanzar el máximo bienestar.[1, 2]

Existen diferentes modelos para abordar el ASIS en el nivel local. En Cuba, en las últimas cinco décadas, se ha transitado al menos por tres enfoques fundamentales: el diagnostico de salud (años 1970), el análisis de situación de salud con enfoque de determinantes (años 1980), el análisis de situación de salud basado en el modelo por componentes (años 2010) y el análisis de situación de salud basado en el enfoque de determinantes sociales de la salud (2023).[1, 2]

A nivel internacional, son varios los países de la Región de Las Americas que han perfeccionado sus guías y modelos de análisis de situación de salud, a partir de la incorporación del modelo de determinantes sociales de la salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adecuado a la realidad de cada uno de esos países, ejemplo de ello son las propuestas de los Ministerios de Salud de Chile, Colombia, Perú y República Dominicana, entre otros.[1, 2]

En Cuba, la mayoría de los autores coincide en afirmar que el ASIS se desarrolla en tres etapas, aunque otros plantean que existe una cuarta etapa de control y evaluación. En el momento en que se realizó el ASIS por el Policlínico Universitario 19 de abril ya se encontraba implementado, a través del Programa de la Medicina Familiar, el ASIS con enfoque de determinantes sociales.[1, 2]

La dirección del MINSAP, desde 2016, venía señalando un grupo de deficiencias que presenta en la práctica el análisis de situación de salud, indicando rescatar, en el marco de las transformaciones, este concepto fundacional del programa de la medicina familiar, transformando su práctica desde un enfoque de determinantes sociales con intersectorialidad y participación social.[1-3]

[1] Artículo basado en el trabajo presentado por el segundo autor como tema para su examen práctico de la especialidad de Higiene y Epidemiología. 2024

Para ello se comenzó a trabajar desde ese mismo año en el fortalecimiento de las capacidades locales para la introducción del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad, lo cual aparece como un resultado esperado en el documento de los objetivos de trabajo para el 2016, una de esas capacidades tiene que ver con el desarrollo de habilidades para el análisis crítico del informe de análisis de situación de salud de policlínicos, barrios y consultorios.[1-3]

El análisis crítico es la condición básica para la correcta interpretación de cualquier estudio o informe que se haya decidido revisar, ya que permite verificar si se cumplen criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, en lo que a su calidad metodológica se refiere. Mediante esta técnica se examina un informe para determinar qué tan efectivamente se analiza una situación concreta.[2]

El proceso de análisis crítico debe centrarse en la capacidad general y efectividad del informe que se revisa y ofrecer conclusiones. Por consiguiente, se puede realizar de manera implícita durante la lectura de un artículo o informe, o bien puede llevarse a cabo estructuradamente, con base en criterios previamente establecidos, de manera explícita. Esto último es lo que ocurre cuando se lleva a efecto la revisión de un Informe de análisis de la situación de salud.[2]

El objetivo de esta entrega consiste en realizar un análisis crítico del informe del análisis de la situación de salud realizado en el Policlínico Universitario 19 de abril del municipio Plaza de la Revolución, correspondiente al año 2023, como alternativa para el fortalecimiento de la toma de decisiones y de la mejora del cuadro de salud y bienestar de esta población.[4]

El estudio clasifica como un estudio descriptivo, que sigue la vía cualitativa, al aplicarse la técnica de revisión documental a partir de una lista de chequeo del informe de análisis de situación de salud a nivel de policlínicos, en la que se revisan una serie ordenada de criterios cuyo cumplimiento debe verificarse. Posteriormente, se realiza el análisis crítico estructurado del informe correspondiente al año 2023, sobre la base de un grupo de criterios explícitos.[4] La lista de criterios para el ASIS en las áreas y los criterios para el análisis crítico del correspondiente informe forman parte del último acápite de este artículo

Las principales técnicas y procedimientos para la obtención de la información fueron:

- Revisión documental sobre el tema de análisis de situación de salud.
- Revisión documental, en el Programa de la Medicina Familiar, de la guía para la realización del ASIS a nivel de área (anexo 1)
- Revisión de los informes de análisis de la situación de salud del Policlínico Universitario 19 de abril correspondiente al año 2023.[4]

Desarrollo

Estructura del informe y diseño metodológico. Se revisó la adecuación de la estructura del informe a lo establecido en la guía recogida en el anexo 2 del Programa de la Medicina Familiar para la confección del ASIS con enfoque de determinantes de la salud

El informe denota, a lo largo de sus páginas, que fue confeccionado a partir de información pública y oficial, procedente de reportes de otros sectores del territorio, de los informes de

los programas de salud, de los registros estadísticos del policlínico y de los informes sobre la dispensarización y el análisis de la situación de salud elaborados por los consultorios.

El documento es meramente descriptivo, tiene muy poco nivel de análisis, aunque está bien organizado y es contentivo de la situación de salud y de los principales problemas de salud del área. En algunos acápites del informe se observan dificultades en la redacción y en la confección de tablas y gráficos.

Para la confección del informe de análisis de situación de salud revisado se siguió la guía que aparece recogida en la segunda edición del Programa de la Medicina Familiar correspondiente al año 2023 y que se sustenta en el enfoque de determinación social de la salud elaborado por el grupo de estudios del Instituto de Higiene, Epidemiologia y Microbiología (INHEM) en el año 2020.

Se describen de manera concreta las técnicas y procedimientos utilizadas para el análisis de situación de salud, como la revisión documental, las dinámicas grupales, las entrevistas a informantes claves, el análisis cuantitativo de indicadores y análisis y síntesis de los resultados. No existen evidencias de operacionalización de las variables que utilizan por cada componente del modelo de determinación, por lo que no se puede precisar si se cumplieron los aspectos que se querían cuantificar, conocer y registrar.

Se mencionan las diferentes fuentes de información utilizadas, pero sin aclarar a qué organismo pertenecen, no se hace referencia en el informe a alguna otra fuente de información utilizada. Se expresan las diversas limitaciones que enfrentaron durante el proceso de análisis de la situación de salud y en especial durante la elaboración del informe, como es el caso de la obtención de información proveniente de otros organismos.

Contenido del informe. El informe de análisis de situación de salud revisado se ajustó a la guía, al modelo y a los criterios establecidos en la segunda edición del Programa de la Medicina Familiar publicado a finales de 2023. Sigue la lógica del modelo de determinación social de la salud desarrollado por el grupo del INHEM.

Los resultados del estudio fueron analizados siguiendo este modelo, describiendo primero el comportamiento del daño, luego se caracterizaron los determinantes intermedios y estructurales. Posteriormente, fue analizado el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública y se incorpora, correctamente, el plan de acción, como parte de la guía y del proceso, no como un anexo al informe, como pasa en muchos casos.

Se aprecia un adecuado procesamiento de los datos, ya que los autores construyeron una base de datos en Excel Office 2010, lo cual permitió introducir los datos relativos a las variables y calcular los indicadores definidos. Se utilizaron elementos de estadística descriptiva, tales como número absoluto, proporción y tasas. Los resultados fueron presentados en tablas, gráficos y figuras.

Predomina en el informe la capacidad descriptiva, a partir de la utilización de indicadores que caracterizan el estado de salud de la población. Se describe el contexto estudiado (área de salud) en relación con las características geográficas, organización político-administrativa y caracterización demográfica. Se realizan comparaciones con el año anterior (2022) y, al no disponer de datos de migración, no se pudieron calcular indicadores, como el de crecimiento de la población.

Al revisar el acápite correspondiente a la dimensión *resultados o daño en salud* se encontró que, se describen los indicadores de mortalidad y se comparan los resultados de 2023 con años anteriores (tendencia); se describen las principales causas de muerte del año analizado; no se describe la mortalidad según grupos de edades ni por enfermedad. Las tablas no se encuentran en orden ascendente o descendente.

En el acápite de dispensarización según grupo y sexo no hay una correcta descripción de la dispensarización de la población según grupo y sexo, por lo que la descripción que se presenta no concuerda con el título. En cuanto a la discapacidad, esta se describe por tipo y sexo, quizás por error se describen como resultados del 2024, cuando lo esperado es que sean del 2023 y las tablas tampoco se encuentran ordenadas.

La morbilidad describe adecuadamente las principales enfermedades, mostrando gráficos de su distribución y canal endémico mayores a 10 años. En algunas enfermedades se hace una breve discusión de asociación de causas, como en la tuberculosis. No se calculan los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), ni la letalidad, como otro indicador de daño a la salud. No se incluye en esta dimensión al riesgo, como aparece originalmente en el modelo.

Al revisar la dimensión *determinación intermedia* se encontró que, se describen adecuadamente las circunstancias materiales o condiciones de vida, como vivienda, cobertura, frecuencia y calidad del agua, servicios de saneamiento para residuales líquidos y recogida de desechos sólidos, condiciones laborales y estudiantiles. Se identifican y describen los problemas correspondientes a esta dimensión. Se encontró un error al utilizarse el término residuos sólidos y residuales sólidos, aunque deberían incluirse otros indicadores.

En el acápite comportamiento se describen brevemente los indicadores; se recomienda incluir un mayor número de indicadores en conducta sexual, seguridad alimentaria, conducta suicida, actividad física, autocuidado. En los servicios de salud se describe la organización, recursos humanos y materiales, pero se encuentran las tablas desordenadas, lo que dificulta la lectura de los datos. Se recomienda incluir mayores indicadores en este apartado, como presupuesto y gastos en salud.

En el acápite servicios de salud se describen los indicadores de los programas principales del área: Programa de Prevención del Cáncer, Programa de Control Sanitario Internacional, Programa de Medicina Natural y Tradicional, entre otros. En el Programa del Adulto Mayor no se identificaron elementos o indicadores que permitan conocer la situación de salud de los adultos mayores. Se reportó dificultad en la atención de estas personas por la lejanía de sus residencias del área de salud. La información ofrecida en los programas no permite conocer adecuadamente la salud de las personas atendidas en este policlínico.

El análisis realizado al Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación es insuficiente, faltan elementos como el análisis de los indicadores del programa, la afectación de días por equipos rotos, entre otros. Se recomienda incluir los programas relacionados con las principales enfermedades identificadas en el área, como neumonía e influenza, tuberculosis, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, accidentes. En relación con el Programa de vigilancia y lucha antivectorial se calcularon los índices de Breteau y de infestación por meses, pero no se incluyeron otros indicadores, como manzanas repetitivas, número de depósitos positivos por vivienda, situación higiénico-ambiental de la manzana o consejo popular, GBT más

afectados, síndromes febriles inespecíficos, casos sospechosos o confirmados de dengue, citando algunos indicadores.

Se cita el número de actividades de promoción y prevención, pero no se aportan elementos para conocer dónde se realizaron, ni el tipo de actividad realizada. El número de encuestas de satisfacción realizadas es muy bajo, comparado con la cantidad de pacientes que se atienden en el policlínico. El programa de vacunación reportó haber cumplido con los indicadores previstos, como el cumplimiento de la vacunación infantil, escolar y de adultos en el año.

Al revisar la *dimensión determinación estructural* se encontró que se describe la estructura demográfica del área, aunque algunos de esos indicadores ya habían sido descritos en otros componentes y acápites, como es el caso de la caracterización demográfica según sexo, color de la piel y edad. La migración no se encuentra descrita, tampoco se describen estado civil e identidad cultural, Se describe la estructura socioeconómica a partir de indicadores como la vinculación laboral, tipo de empleo, sin embargo, no se describe el nivel de ingreso. Se describe la estructura social y cultural a partir de indicadores como nivel educacional, estructura y funcionamiento familiar. No hay discusión de lo descrito en este componente.

La capacidad analítica a lo largo del informe es insuficiente, no se establecen relaciones causales entre los indicadores del estado de salud de la población de una misma o diferente dimensión del modelo. No se aprecia integración de las partes ni determinación de relaciones. Tampoco se establecen relaciones entre los resultados descritos en el informe y los hallazgos descritos en estudios similares del mismo municipio, de la provincia o de otros territorios del país.

A lo largo del informe se describe la situación de salud de la población que residió en el área durante el año estudiado, se caracterizan algunos de los factores sobre los cuales existe evidencia y que determinan socialmente la salud, se calculan e interpretan los indicadores seleccionados como parte del diseño metodológico, se identifican y formulan los principales problemas del cuadro de salud y sus causas, elementos que evidencian el desarrollo de un análisis causal desde el punto de vista estratégico y epidemiológico.

Sin embargo, no se logra, a lo largo del documento revisado críticamente, el análisis de las relaciones causales entre estas variables, lo cual impide explicar las causas de las causas de los principales problemas de la situación de salud que fueron identificados, ni con la mirada de factores aislados que aporta el enfoque de determinantes sociales de la salud, ni desde la mirada de proceso, que distingue al enfoque de la determinación social de la salud.

Valoración de prioridades y planificación de las acciones de salud

Como parte del desarrollo de un análisis causal, que sustenta el desarrollo del plan de acción (estrategia de intervención) para mejorar la situación de salud con un enfoque estratégico, epidemiológico, se confeccionó, por criterio de expertos, un listado de los principales problemas de salud identificados en el proceso de análisis de situación de salud realizado en el área de salud durante el año 2023.

A criterio de los autores de esta entrega, no se aprecia en el informe la participación de los sectores ni de la comunidad en este proceso de valoración de prioridades y planificación de acciones dirigidas al mejoramiento del cuadro de salud de la población residente en el

área. Esta deficiencia pudo generar, que algunos problemas no se identificaran y aparezcan en el listado de problemas elaborados por el área.

Entre los problemas de salud ubicados en la comunidad que no se mencionan se encuentran: el envejecimiento poblacional, la elevada incidencia de infecciones de transmisión sexual, asociada entre otras causas a la insuficiente disponibilidad de preservativos, la existencia de microvertederos asociados a la deficiente recogida de desechos sólidos, la proliferación de buzos y los inadecuados hábitos higiénicos de la población, el vertimiento de aguas residuales y los salideros de agua potable, con la consiguiente acumulación en las calles, y el notable incremento de la cría de animales afectivos o no dentro de las casas

Entre los problemas de salud ubicados en el policlínico y los consultorios que no se mencionan aparecen: que el equipo de rayos x no funciona, hay falta de contenedores de desechos biológicos, inundaciones, falta de luminarias, de mantenimiento general del edificio; el Equipo Básico de Salud no cuenta con el equipo necesario para la atención de vectores y el policlínico se encuentra muy alejado de las casas de adultos mayores.

Siguiendo el método de ranqueo, se priorizaron los problemas de salud identificados en el análisis de situación de salud. Para la priorización se seleccionaron las variables: frecuencia, importancia, valor político y vulnerabilidad.

Se elaboró un plan de acción para el principal problema de salud: falta de higiene comunal, con permanencia de microvertederos y salideros de aguas limpias y albañales. No se elaboró plan de acción para el resto de los problemas de salud.

Los indicadores seleccionados son adecuados, cumplen los atributos de ser válidos, sensibles, específicos, objetivos y simples. Sin embargo, se pueden agregar más indicadores, como años potencialmente perdidos AVPP y letalidad. Las discusiones corresponden a los gráficos, sin embargo, no todos los gráficos y tablas tienen discusión. Se hace comparación con años anteriores. No todas las tasas se encuentran ordenadas en tablas. En la mayoría de los indicadores dentro del componente "daño en salud" se comparan los resultados descritos con años anteriores, predominando la comparación con 2022. En los componentes de determinación intermedia y estructural no se observa comparación con años anteriores.

Fundamentación epidemiológica de los problemas y prioridades de salud

A lo largo del informe se aprecia una escasa fundamentación epidemiológica de los problemas de salud encontrados, no se describen los posibles factores condicionantes, por lo que la identificación de los problemas y su priorización se vuelve más compleja. Los determinantes de la salud se describen como situaciones aisladas y no se asocian los problemas de salud de la población. Aunque se declara el uso del enfoque de la determinación social de la salud, en el documento y, en especial en el acápite referido al establecimiento de las prioridades de salud, no se toma en consideración el carácter de proceso de la salud, como producto social, evidenciándose un premodiminio del enfoque clínico biologicista a lo largo del informe.

Los posibles factores condicionantes de problemas y prioridades de salud se abordan de manera general, ya que no se identificaron todos los problemas descritos en el ASIS, ni tampoco se hace una asociación de las posibles causas de esos problemas según el modelo

que se sigue. Se debe tomar en cuenta la incorporación a este análisis de otros sectores, además del Equipo Básico de Salud. La integración de los componentes y determinantes es insuficiente y la participación multidisciplinaria e intersectorial dentro del análisis de la situación de salud es limitada, ya que se evidencia con la falta de información y análisis. Sin embargo, se hace mención en la introducción y en el plan de acción, la colaboración con otros sectores fuera de salud.

No se mencionan propuestas o recomendaciones de la necesidad de realizar investigaciones relacionadas con los problemas de salud. La estructura y organización del informe coincide con la establecida, pero el análisis en cada componente es superficial.

Análisis comparativo con la situación anterior por componentes

A lo largo del documento no se aprecian comparaciones en todos los componentes con resultados de los años anteriores. No se controla el cumplimiento y la efectividad de las medidas adoptadas el año anterior. La exposición de los problemas de salud es clara, sin embargo, en su identificación no se aprecia una participación de los sectores, quedando este punto a criterio de expertos del sector salud.

No se exponen problemas de salud identificados por los sectores o la comunidad, por lo que se infiere que no existe evidencia de la participación de los otros sectores. Existe participación comunitaria en la obtención de la información y en la identificación de problemas. No existió la participación de otras organizaciones de masas (CDR, FMC, UJC).

Se hace referencia a las técnicas que debieron utilizarse en la identificación y priorización de los problemas (grupos focales), justificado por la situación de pandemia, de ahí que los problemas identificados no fueron priorizados con la participación de los diferentes actores sociales.

Plan de acción

La identificación de los problemas de la situación de salud se realizó mediante la conducción de un especialista con el método de lluvia de ideas en reunión con el EBS y representantes de la comunidad. Se identificó como principal problema de salud la falta de higiene comunal, con permanencia de microvertederos y salideros de aguas limpias y albañales.

Se establecen prioridades de los principales problemas de salud identificados en el ASIS, por el método de ranqueo. Se priorizaron los problemas, asignando 1, 3 o 5 puntos a cada problema por su frecuencia, importancia, vulnerabilidad, valor político y arrastre, por un grupo de 8 expertos. Se muestran en tabla, sin embargo, no lleva un orden cronológico, no se analizan las causas ni se establecen posibles relaciones.

En relación con la formulación de los resultados esperados con la intervención y la fecha tope, se propone el resultado esperado, pero no la fecha tope. Se describen las acciones o actividades a realizar, sin embargo, las actividades no atienden de forma directa el problema. Se identifican los responsables y los participantes en las acciones, se mencionan los recursos necesarios para lograr los resultados esperados (recursos críticos). No se involucran a otros sectores como educación, trabajo, factores de la comunidad y el consejo popular en la

elaboración del plan de acción. Aunque pocas veces se cumple, se establecen indicadores y periodicidad de chequeo del avance de las actividades programadas (información táctica).

Conclusiones

En el área de salud existe un informe de ASIS confeccionado por el equipo de higiene y epidemiologia y aprobado por el Consejo de Dirección del área de salud en el año 2023. El documento no cumple todos los requerimientos establecidos para su confección. Se mantienen un grupo de deficiencias en el desarrollo del ASIS y en la elaboración del documento.

El documento muestra pasos de avances con relación a años anteriores, pero aún debe ser perfeccionado en contenido y forma. Prevalece el carácter descriptivo y la insuficiente asociación de las variables, lo que limita la identificación de las posibles causas de las causas. Se sigue la guía con enfoque de la determinación social de la salud publicada en el Programa de la Medicina Familiar.

La descripción de la situación de salud y el análisis de las causas de las causas de los problemas es insuficiente y la intervención no se diseñó correctamente. Aún quedan brechas importantes relacionadas con el carácter participativo de la comunidad y los sectores en el análisis de la situación de salud del área.

Se mantienen brechas en la identificación y priorización de los problemas de salud, incluida la insuficiente participación intersectorial y comunitaria en la solución de problemas. El plan de acción solo está dirigido a la solución del principal problema de salud del territorio y su concepción tiene deficiencias metodológicas.

Guías para el ASIS en las áreas y para el análisis crítico del informe

Para confeccionar el análisis de situación de salud en las áreas de salud se precisa de:

- Portada. Índice. Introducción.
- C1: Descripción de la comunidad. Características geográficas, históricas (origen y cultura de la comunidad) y políticosociales del territorio.
- C2: Descripción y análisis mediante tablas, gráficos, mapas y figuras de las variables de mortalidad, discapacidad, morbilidad y riesgos a la salud, incluida la distribución de la población por grupos dispensariales. En este punto se abordan las poblaciones y comunidades en situaciones de vulnerabilidad (barrios).
- C3: Descripción de la determinación social. Descripción y análisis de las premisas, condiciones y factores de determinación social de la salud (circunstancias materiales de vida, comportamiento o estilos de vida, acceso y utilización de los servicios de salud y biología humana) y sus estratificadores sociales (demográficos, culturales, sociales y económicos). Se recomienda usar el instrumento DeterminaMe.
- C4: Descripción y análisis de los diferenciales presentes en la comunidad en materia de eventos de salud, territorios, grupos poblacionales y en el tiempo. Se recomienda usar el instrumento DeterminaMe.

– C5: Percepción del cumplimiento de las FESP, participación local, satisfacción. Obtenida a través de la aplicación de las herramientas multidimensionales DeterminaMe, creadas a estos efectos.
– C6: Plan de acción. Definición de los principales problemas, activos y sectores locales, propuestas de soluciones e investigaciones complementarias. Cada actividad contará con participantes, fecha de cumplimiento y responsable, dentro y fuera del sector.

Para el análisis crítico del informe de análisis de situación de salud es necesario:

– Existencia del Informe de Análisis de Situación de Salud del año y evaluación del cumplimiento de las acciones contenidas y aprobadas por el Consejo de Dirección para el plan del ASIS del año anterior.
– Estructura del informe y diseño metodológico, con:
  • Adecuación de la estructura del informe a la guía establecida en el Programa MEF.
  • Declaración del enfoque y modelo que se sigue para realizar el ASIS.
  • Operacionalización de las variables por componentes.
  • Definición de técnicas y procedimientos.
  • Declaración de las fuentes de información de salud establecidas y usadas.
  • Declaración de otras fuentes de información establecidas y usadas.
  • Definición de las limitaciones del estudio.
– Contenido del informe. La lectura y el análisis del informe indican que:
  • Se sigue el modelo y criterios establecidos y declarados punto 1.
  • Existe un procesamiento correcto de los datos.
  • Existe capacidad descriptiva mediante indicadores del ESP y su DSS.
  • Se caracterizan las variables por dimensiones de determinación social.
  • Existe capacidad analítica mediante las asociaciones entre las partes.
  • Existe una interpretación adecuada de indicadores seleccionados.
  • Existen comparaciones de los resultados con otros estudios similares.
  • Se identifican los problemas y necesidades por dimensión.
  • Se fundamentan epidemiológicamente los problemas de salud por dimensión.
  • Se identifican posibles factores condicionantes de problemas por dimensión.
– Análisis comparativo con la situación anterior por dimensiones:
  • Explicar las modificaciones existentes o no, en comparación con la situación anterior.
  • Valorar la efectividad de las medidas adoptadas para solucionar la situación anterior.
– Participación de los sectores y de la comunidad:
  • Exposición clara, resumida de problemas de salud identificados por ellos.
  • Participación de los integrantes de los sectores y de la comunidad.
  • Contribución a la obtención de información a través de los instrumentos.
– Plan de acción:
  • Identificación de los problemas de la situación de salud.
  • Priorización correcta de los principales problemas de la situación de salud.
  • Delimitación de las principales causas de esos problemas.
  • Priorización y análisis causal de los problemas de salud.

- Formulación de los resultados esperados con la intervención y la fecha tope.
- Definición de las acciones concretas a realizar para obtener esos resultados.
- Designación de los responsables y participantes para lograr esos resultados.
- Evidencia de participación intersectorial y comunitaria en el ejercicio.
- Definición de indicadores de control (monitoreo y evaluación) del plan.

Referencias bibliográficas

1. Martínez Calvo S, Alvarez Pérez A. Capítulo 3. Determinantes sociales de la salud como objeto del análisis de situación de salud. En: Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis_situacion_salud_3ra.ed/analisis_situacion_salud_capitulo_03.pdf
2. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
3. Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/
4. Policlínico Universitario 19 de Abril. Informe de Análisis de Situacion de Salud. Policlínico Universitario 19 de Abril. Año 2023.

El análisis de situación de salud en el entorno escolar. Relectura a la luz del enfoque de determinación social de la salud[1]

Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Juan Aguilar Valdez, Susana Balcindes Acosta

Introducción

La educación es un derecho universal, que deviene en fuerza disruptiva para el cambio y la transformación social, es una de las dimensiones comunes en todos los modelos de desarrollo, al favorecer la construcción de sociedades saludables. La educación tiene una doble dimensión desde la mirada del modelo de determinación social de la salud, como condición determinante de la salud y como entorno, existen premisas, condiciones y factores que determinan la salud.

El sistema educativo desempeña un papel clave en el proceso de alfabetización en salud, al devenir en un factor protector y corrector de desigualdades sociales en la infancia y adolescencia. La inversión en educación ofrece importantes ganancias individuales y sociales, al favorecer mejores oportunidades socioocupacionales y, con ellas, la mejora de entornos de vida y trabajo más saludables, al fomentarse los factores de protección.

La educación deviene en determinante social de la salud al promover la equidad de género y fomentar la participación cívica, lo que se traduce en políticas de salud pública más efectivas y equitativas. La educación actúa como un pilar fundamental que sostiene la estructura de una sociedad saludable, influyendo positivamente en la calidad de vida y longevidad de las poblaciones (fig. 14.1).

Una menor educación está vinculada con ingresos más bajos y relacionada, a su vez, con una salud más deficiente. Numerosos estudios muestran que, las personas con ingresos insuficientes y cuyas condiciones de vida se encuentran determinadas por un deterioro de la situación socioeconómica, experimentan obesidad, asma, diabetes, enfermedades cardiacas y otros problemas de salud que las personas en mejores circunstancias financieras.

En condiciones normales se ha descrito que, las personas con mayor nivel educacional tienen posibilidades de optar por un trabajo mejor remunerado y con menos riesgos en

[1] Artículo basado en el trabajo presentado por el segundo autor como tema para su examen práctico de la Especialidad de Higiene y Epidemiología. 2024.

términos de seguridad. Esas personas, al tener mayores ingresos, pueden tener mejores condiciones de vivienda y de servicios básicos, los que se brindan en el peridomicilio. Sabiendo lo anterior, se propone un modelo de determinantes sociales de salud en el ambiente escolar con énfasis en algunos puntos primordiales.

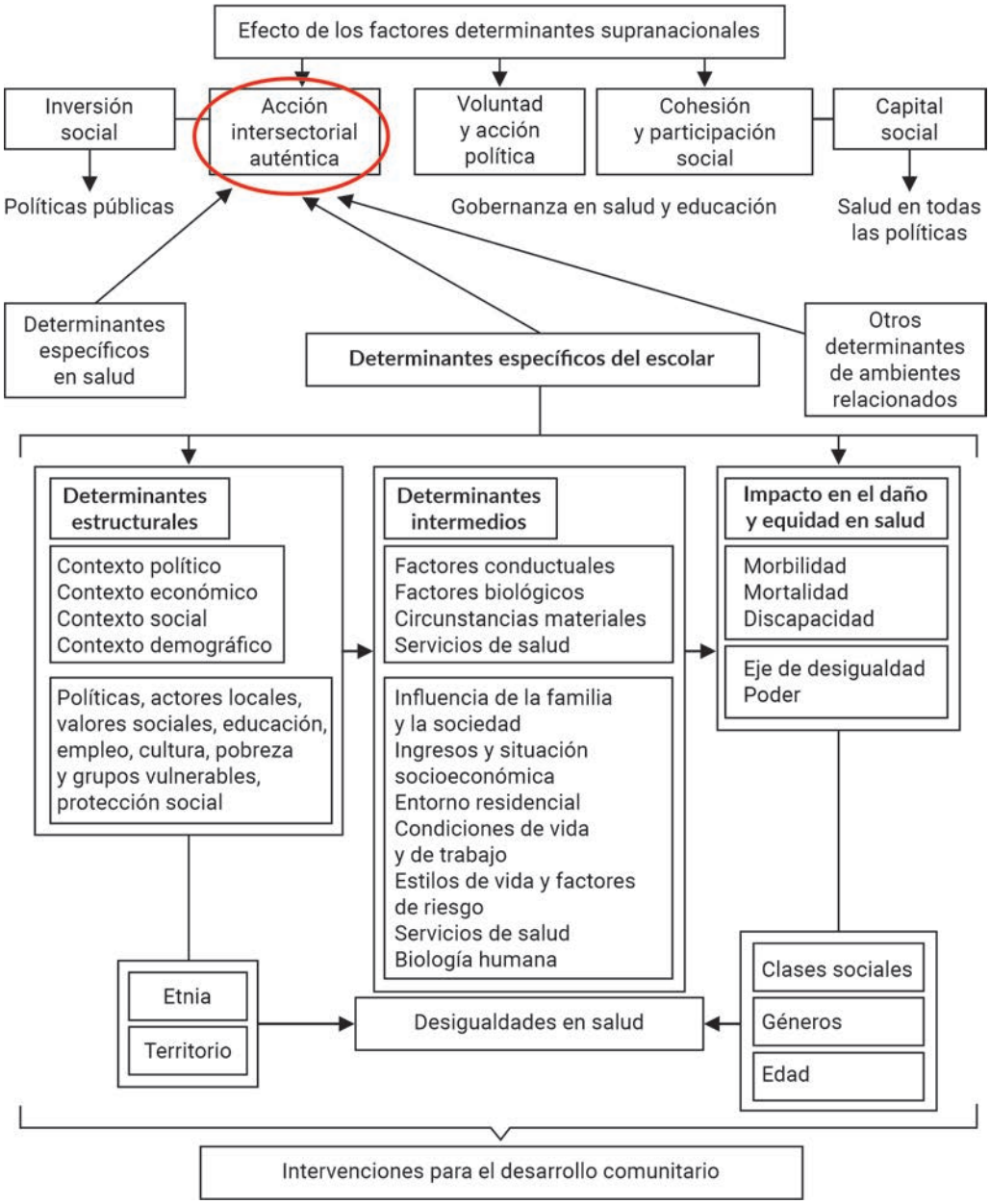


Fig. 14.1. Proceso de determinación social de la salud del escolar.

El análisis de la situación de salud (ASIS) representa un instrumento científico-metodológico para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios, abordando la salud como resultante de las acciones que los sectores de la sociedad ejecutan con los ciudadanos para alcanzar el máximo bienestar. Este instrumento mantiene su utilidad transformado en una herramienta necesaria para la toma de decisiones en los servicios de salud.[1, 2]

El ASIS a nivel escolar permite identificar de forma objetiva las necesidades, tanto reales como sentidas, así como las premisas, condiciones y factores que determinan socialmente la salud de escolares, familiares y trabajadores hacia el interior de viviendas y escuelas, pero también de aquellos que se encuentran presentes en la comunidad, determinando el crecimiento y desarrollo de los educandos.[3]

El ASIS permite la priorización de mejora continua en las áreas susceptibles, pero también de las problemáticas no identificadas previamente, tanto en las instituciones de educación como a nivel comunitario; además, esta herramienta permite direccionar los principales planes de actuación en las estrategias de intervención con el fin de garantizar de forma sostenible la salud y el aprendizaje en los entornos educativos.[3]

Se entiende por educación formal al proceso de enseñanza-aprendizaje sistemático con el fin de certificar que las personas han logrado cierto aprendizaje previamente propuesto, dentro de una institución que se organiza para llevar a cabo este proceso. El estudio de la situación de salud con enfoque de determinación social de la salud en esas instituciones es el objetivo de esta entrega sobre el ASIS en entornos educacionales.[4]

Entre 2017 y 2020 se adoptó un criterio de medida que responde al objetivo 2 y tributaba al objetivo 1. Este criterio de medida planteaba la necesidad de fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud a nivel nacional, territorial y local, a partir de la introducción del enfoque de determinantes sociales (DSS) y equidad en salud. Para ello evaluaba el porcentaje de provincias con equipos capacitados para realizar el análisis de la situación de salud, aplicando el enfoque de determinantes sociales y equidad, desde una perspectiva intersectorial, y el porcentaje de provincias que analizan la situación de salud aplicando el enfoque de determinantes sociales y equidad, desde una perspectiva intersectorial.

A pesar de las bondades que aporta el modelo de determinación social de la salud a la confección del ASIS en el entorno escolar, aun no se incorpora este enfoque a la práctica de esta función esencial de la salud pública. En muchos centros escolares se carece de los informes anuales, los cuales, en otros espacios, son formales y mantienen brechas en la identificación, priorización y solución de problemas. La mayoría presenta deficiencias metodológicas.

Desarrollo

El análisis de la situación de salud (ASIS) como función esencial de la salud pública se realiza en distintos espacios poblacionales y en diferentes niveles organizativos de los

sistemas de salud y de otros sectores, como es el caso del de educación, al estudiar la salud hacia el interior de instituciones infantiles y escolares, identificando las premisas, condiciones y factores que determinan el proceso salud-enfermedad de estos entornos.

Los cambios en el contexto sociodemográfico y económico del país demandan de nuevas formas de pensar y actuar en relación con el análisis de situación de salud, reorientando sus prácticas en función de los cambios demográficos, sociales, económicos, culturales y sanitarios que se vienen dando en cada uno de los países y hacia el interior de estos, mirando los diferenciales, desigualdades e inequidades presentes en sus diferentes territorios.

El ASIS es una herramienta básica en los procesos de redimensionamiento de las estrategias de atención primaria en salud y, en el caso cubano, del fortalecimiento del programa del médico y la enfermera de la familia. Es por esto que su práctica debe adecuarse a la identificación e intervención interdisciplinaria e intersectorial sobre aquellas causas de las causas que impactan negativamente sobre los estilos y condiciones de vida de los escolares.

La escuela ha sido considerada siempre como un espacio estratégico, al diseñar procesos de cambio de los entornos y comportamientos donde transcurre la vida de los escolares, familiares y trabajadores de los sectores de salud y educación. También se recomienda incorporar a representantes de otros sectores para analizar de conjunto la situación de salud, con enfoque de determinación social de la salud en sus dimensiones físicas, psíquicas y sociales.[4, 5, 6]

Las disparidades e inequidades en salud a nivel nacional y de los territorios devienen en las "causas de las causas" de la mayor incidencia, prevalencia y carga de problemas de salud en ciertas zonas geográficas y entre grupos raciales/étnicos, socioeconómicos o de género. Los cambios asociados a la educación en la salud de las personas no tienen efecto inmediato, una gran proporción de ellos solo será visible después de varias generaciones. Por su carácter crítico y transformador de la realidad, la educación contribuye a la conformación de herramientas que permiten el aseguramiento de la reproducción social de la salud (fig. 14.2).

Resulta importante el proceso de dispensarización de estudiantes y trabajadores, así como su control periódico para prevenir afecciones y accidentes que pueden ocasionar alteraciones en su rendimiento académico, por inasistencia de educandos y educadores y ausencia de padres a los puestos de trabajo correspondientes por el cuidado de hijos enfermos, con la consiguiente repercusión y gastos para la economía familiar, del sector y del país.

Estos procesos de cambio requieren de una robusta voluntad política, expresada en el compromiso de los gobiernos locales para lograr la participación comunitaria, la intersectorialidad, la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas saludables, como expresión de actores empoderados capaces de velar y exigir la responsabilidad social y el autocuidado de la salud de todos los actores involucrados en este proceso en el entorno escolar.

Fig.14.2. Concepción del enfoque de la determinación social de la salud en el entorno escolar. *Fuente*: Edgar García Casas, 2024.

La educación se inserta dentro del modelo de determinación social de la salud en su dimensión estructural (nivel educacional de poblaciones, familias e individuos), las variables que configuran la educación como estratificador social determinan, directa e indirectamente, la dimensión intermedia (condiciones de vida y comportamiento del escolar) expresada por el cumplimiento de programas y servicios.[2, 7, 8]

Retomando el concepto de Martínez Calvo[1] en el entorno escolar, se puede señalar que es un instrumento científico-metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud y sus determinantes sociales en los centros escolares. Al revisar los escasos informes disponibles sobre análisis de situación de salud en entornos escolares, se encuentran documentos meramente descriptivos, elaborados a partir de una perspectiva causal determinista (enfoque de riesgo), la información no se integra ni se analiza desde la lógica del proceso de producción social de la salud en instituciones educativas.

Se requiere desarrollar capacidades, a partir de estrategias de formación multidisciplinarias e intersectoriales para los trabajadores de la salud y trabajadores de educación, con el fin de proponer pautas para mejorar la propuesta preliminar de modelo de ASIS con enfoque de determinación social de la salud para entornos escolares que los autores han elaborado y que se muestra a continuación (fig. 14.3).

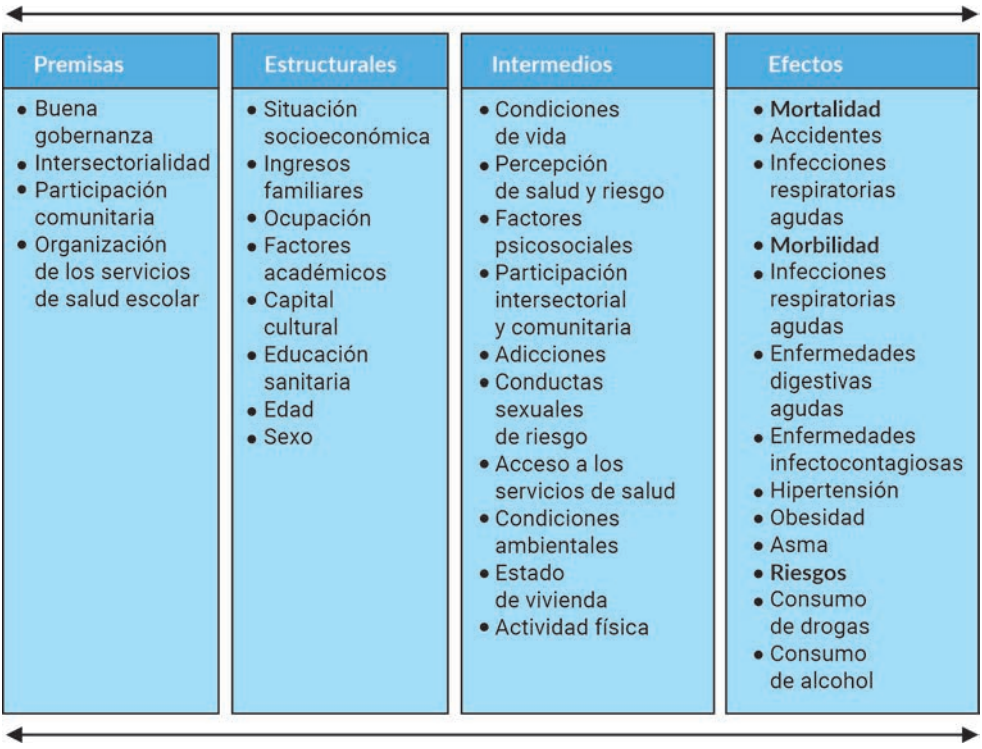


Fig. 14.3. Modelo de salud del escolar con enfoque de determinación social de la salud.

Se requiere de una guía que permita analizar la situación concreta de salud-enfermedad en las instituciones escolares: identificar sus problemas, establecer prioridades y adoptar planes de intervención con medidas específicas y a plazos determinados, que permitan mejorar el estado de salud de la comunidad y del centro escolar en que se ejecuta.[9, 10]

Guía para realizar el análisis de situación de salud para el entorno escolar

a) Portada. Índice.
b) Introducción. Diseño metodológico. Limitaciones del estudio.
c) Componentes del desarrollo del informe:
   - C1: Descripción del centro escolar.
   - C2: Daño en salud en escolares y trabajadores.
   - C3: Riesgo para la salud de escolares y trabajadores.
   - C4: Determinación intermedia de la salud de escolares:
     - Circunstancias materiales de estudio-trabajo.
     - Comportamiento de escolares y trabajadores.
     - Biología humana.
     - Acceso y utilización de los servicios de salud.
   - C5: Descripción de la determinación estructural. Aspectos demográficos, culturales y socioeconómicos.
   - C6: Comportamiento diferencial según cursos y grupos. Herramienta DeterminaMe.
   - C7: Elaboración del plan de acción.
d) Conclusiones y Recomendaciones
e) Bibliografía.
f) Anexos.

Los ejemplos de indicadores cualitativos que se utilizan para evaluar la salud del escolar con enfoque de determinación social de la salud se pueden observar en la tabla 14.1.

Tabla 14.1. Relación de variables utilizadas para evaluar la salud del escolar con enfoque de determinación social de la salud

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Indicador de DSS	Método de cálculo	Interpretación
Deterioro de condiciones higiénicas sanitarias	Cualitativo	Condiciones materiales	Población entrevistada satisfecha con las condiciones higiénico-sanitarias/total de la población entrevistada, por 100	Grado de satisfacción de las condiciones higiénico-sanitarias
Cantidad y calidad de los alimentos	Cualitativo	Comportamiento	Alumnos satisfechos con los alimentos proporcionados/ total de población en edad escolar	Grado de satisfacción de la calidad y cantidad de alimentos en las instituciones educativas
Funcionamiento familiar	Cualitativo	Estructura social	Numero de deserción escolar/ total de familias en la institución	Grado de funcionabilidad familiar en el impacto escolar

Tabla 14.1. (continuación)

Nombre del indicador	Tipo de indicador	Indicador de DSS	Método de cálculo	Interpretación
Acceso y utilización de los servicios de salud	Cualitativo	Servicios de salud	Número de alumnos que ha utilizado los servicios de salud/total de alumnos matriculados	Porcentaje de alumnos que han utilizado los servicios de salud
Violencia	Cualitativo	Estructura social	Número de alumnos que ha participado en actos de violencia física/total de alumnos matriculados	Porcentaje de alumnos que ha participado en actos de violencia (padres, maestros, compañeros, parejas)

Los ejemplos de indicadores cuantitativos que se deben y pueden incluir en los análisis de situación de salud en el entorno escolar son:

- Calidad sanitaria del agua:
  - Numero de mediciones realizadas de cloro residual en el mes con el método de DPD/total de mediciones de cloro residual con el método DPD en el mes (con frecuencia 2 veces) por 100.
  - Cantidad de exámenes bacteriológicos realizados en el mes con la técnica de dilución múltiple en 5 tubos/total de determinaciones en el mes con la técnica de dilución múltiple (2 veces al mes), por100.
- Abastecimiento de agua. Cantidad de agua disponible en litros por educando en la institución/total de agua normada por tipo de institución para cada educando, por 100.
- Disposición de residuales líquidos. Número de inodoros disponibles en la institución por educando/total de inodoros normados por educando en la institución, por 100.
- Control de ruido. Número de mediciones realizadas con sonómetro en la institución/total de mediciones normadas en la institución por mes, por 100.
- Capacidad del aula. Número de educandos por aula escolar en la institución/total de educandos según normativa (de 20 a 25 por aula de clase), por 100.
- Otros:
  - Inmunización.
  - Hábitos alimentarios.
  - Hacinamiento.
  - Índice de ausentismo promedio.
  - Índice de deserción escolar.
- Indicadores cualitativos de la salud escolar:
  - Abastecimiento de agua. Alumnos satisfechos acerca del abastecimiento del agua/total de alumnos entrevistados.
  - Disposición de residuales líquidos. Alumnos satisfechos acerca de los inodoros disponibles/total de alumnos satisfechos.
  - Control de ruido. Alumnos satisfechos acerca del ruido fuera de las aulas/total de alumnos satisfechos.

- Capacidad del aula. Alumnos satisfechos sobre realizar el auto estudio todos los grados en un mismo local/total de alumnos entrevistados.
- Capacidad del alumno. Alumnos satisfechos acerca de la sobrecarga de tareas, mientras existen otras asignaturas en períodos de exámenes/total de alumnos entrevistados.

– Otros:
- Alumnos satisfechos acerca de la no recreación en horario escolar/total de alumnos entrevistados.
- Alumnos satisfechos con los contratiempos que se generan por uso de las TIC (internet, pantallas, laptops)/total de alumnos entrevistados.
- Porcentaje de satisfacción de los alumnos.
- Porcentaje de satisfacción de los profesores.
- Porcentaje de satisfacción de los padres.
- Porcentaje de satisfacción del personal de salud.

Conclusiones

Mediante la elaboración del ASIS en el entorno escolar se logra, desde la propia institución, que el personal (escolares y sus padres, profesorado y administrativos) participen en la identificación de sus propios problemas y sus determinantes, así como entender las causas y consecuencias de sus diferencias, además de estimar sus necesidades y proporcionar los elementos para priorizar los problemas mediante la intersectorialidad y la participación comunitaria para adoptar alternativas de solución participativa.

La elaboración del ASIS en la institución escolar contribuye de manera significativa a la participación social en salud, ya que los individuos y las familias, así como el resto de los trabajadores, asumen responsabilidades en cuanto a su salud, el bienestar propio y los de la colectividad, lo que les permite llegar a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes, además de identificar y solucionar los factores de riesgo que pueden estar presentes en la institución, e incluso aquellos que no son generados en ella, sino en la comunidad en general.

El ASIS en el entorno escolar es un proceso de análisis continuo y dinámico, proporciona información de peso para diseñar estrategias efectivas y mejorar la salud, ayuda a resolver los problemas detectados y su abordaje científico permite realizar un enfoque multidisciplinario de los problemas, a la par que favorece la definición de prioridades basadas en criterios, como situación de riesgo, factibilidad y oportunidad; ayuda a programar intervenciones.

El ASIS del entorno escolar permite evaluar el estado de salud de la institución escolar y de la comunidad en la que se encuentra, en un momento determinado, permite evaluar el trabajo y trazar pautas para un adecuado plan de acción y permite involucrar de forma activa a los actores sociales en la identificación de las necesidades y problemas de salud (tanto comunitarios como de la población escolar) y ayuda a priorizar áreas de intervención, para asignar recursos de manera eficiente.

A partir de las evidencias que aporta el informe de ASIS, se pueden diseñar programas y proyectos escolares adaptados a las necesidades locales. Ello facilita la implementación

de acciones de promoción de salud y de estrategias de prevención primordial y primarias en el curso de la vida del escolar. El ASIS del entorno escolar proporciona un punto de partida para evaluar el impacto de las intervenciones y los cambios en indicadores de salud a través del tiempo, fomenta la participación activa de estudiantes, padres, docentes y líderes comunitarios en la toma de decisiones con respecto a la salud de los escolares.

Estos informes devienen en pieza esencial para la mejora de la salud de las poblaciones en los centros escolares y comunidades en los que transcurre la vida de escolares, familiares y trabajadores del sector.

Referencias bibliográficas

1. Martínez Calvo S, Alvarez Pérez A. Capítulo 3. Determinantes sociales de la salud como objeto del análisis de situación de salud. En: Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis_situacion_salud_3ra.ed/analisis_situacion_salud_capitulo_03.pdf
2. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
3. Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/
4. Low BJ, David Low M. Education and education policy as social determinants of health. AMA J Ethics. 2006;8(11):756–61. Disponible en: https://journalofethics.ama-assn.org/article/education-and-education-policy-social-determinants-health/2006-11
5. Social determinant of health: Education is crucial. School of Public Health. Tulane University; 2021. Disponible en: https://publichealth.tulane.edu/blog/social-determinant-of-health-education-is-crucial/
6. Telfair J, Shelton TL. Educational attainment as a social determinant of health. N C Med. 2012;73(5):358–65. Disponible en: https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/J_Telfair_Educational_2012.pdf
7. Arias Rodríguez Y. Análisis de Situación de Salud del escolar con enfoque de determinación social. INHEM. La Habana; 2024.
8. Gómez Valadez E. et al. Análisis de Situación de Salud del escolar con enfoque de determinación social. INHEM. La Habana; 2024.
9. García Casas E. La vigilancia y la investigación en la Salud Escolar. INHEM. La Habana; 2024.
10. Olivares Roque CE. Análisis de Situación de Salud del escolar con enfoque de determinación social. INHEM. La Habana. 2024.

Determinación social de la salud de la población en el municipio Diez de Octubre, La Habana, 2013

Yanet Pardo Molina, Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Geominia Maldonado Cantillo

Introducción

La determinación social de la salud (DSS) de las poblaciones y las desigualdades persistentes y crecientes en el mundo de hoy son temas que han cobrado fuerza en los últimos años en las agendas de organismos internacionales y de los ministerios de salud de muchos países. Aunque existen evidencias ampliamente documentadas, que datan incluso desde la antigüedad y a lo largo de la historia, que demuestran que las causas de muchas de las inequidades en materia de salud y de una gran parte del sufrimiento humano son sociales, se reconoce que las estrategias sanitarias en la mayoría de las ocasiones no están dirigidas a atacar las raíces sociales de la enfermedad.[1, 2]

Por esto, desde hace más de cuarenta años, disímiles estudiosos europeos, canadienses y latinoamericanos intentan explicar los problemas de salud de las poblaciones y sus determinantes desde diversos enfoques. Se diseñan modelos para organizar e interpretar, ya sea como factores aislados y desde la perspectiva de la epidemiología anglosajona o como un proceso complejo desde la latinoamericana, que permitan atender y mitigar de la forma más efectiva posible, las situaciones de salud, según los diferentes contextos.[3, 4]

A pesar de la voluntad política del estado cubano para evitar las inequidades sociales y sanitarias desde el triunfo de la Revolución, con la garantía del acceso de la población cubana a un servicio de salud gratuito y universal, que logró disminuir las grandes brechas en salud que existían antes de 1959, aún se pueden encontrar diferenciales en el comportamiento de determinadas variables entre diferentes localidades de Cuba.[5, 6]

Estas y otras razones han llevado a que, si bien se cuenta con la invaluable riqueza de las diferentes propuestas realizadas en otras latitudes, por distintos autores y organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); los que con su vasta experiencia en el tema ofrecen asesoramiento, recomendaciones e intentan aunar el trabajo de los países en la lucha contra las desigualdades y en el perfeccionamiento de las políticas de salud, se requiere el diseño de estrategias de trabajo que se adapten a la realidad de cada país.

En Cuba, se ha incrementado el número de investigaciones que abordan la determinación social de la salud cubana, lideradas por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), que cuenta ya con una amplia experticia en

el tema, el cual desarrolla desde hace ya más de dos décadas. Su grupo de estudios propone un modelo alternativo, que promueve una salud más solidaria y humana, en estrecha relación con otras entidades del sector y en colaboración con el programa de formación de líderes en salud internacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, en Bélgica.[7]

Al reconocer que, las diferencias en el comportamiento de los indicadores de salud en relación con la forma en que las personas nacen, crecen, viven, se desarrollan y trabajan, no solo es entre países, ni siquiera entre regiones o provincias de un país, sino incluso entre unidades geográficas más pequeñas, como pueden ser las áreas de salud dentro de un mismo municipio, se requiere aplicar este enfoque de determinación social de la salud hacia el interior de las poblaciones.

Se seleccionó para este estudio la provincia La Habana, por haber sido identificada en fases previas de la investigación marco como la provincia con mayores contrastes entre los indicadores de salud y el desarrollo socioeconómico territorial. Dentro de ella, el municipio Diez de Octubre presenta la mayor población para el año estudiado y, además, no está suficientemente documentado el proceso de determinación social en el contexto local.[8, 9]

Este municipio se encuentra ubicado al oeste de La Habana, en los 23°08' norte y los 82°23' oeste, limita al norte con los municipios Regla y Habana Vieja, al este con el municipio San Miguel del Padrón, al sur con el municipio Arroyo Naranjo y al oeste limita con el municipio Cerro. Tiene una extensión territorial de 12,3 km^2, lo que representa el 1,7 % del área total de la Habana. En el año 2013, la población total fue de 219 798 habitantes, para una densidad poblacional de 17 869,8 habitantes por km^2. Constituyó ese año el municipio más poblado de La Habana y el séptimo más poblado del país.

A través de este estudio se obtuvo información útil y relevante sobre el estado de salud de la población, su proceso de determinación social y la existencia de un comportamiento diferencial de algunos indicadores del cuadro de salud que permite a las autoridades sanitarias, con el apoyo del gobierno local, del resto de los sectores y de la propia población, trazar estrategias de intervención que pueden ser más eficaces para modificar los principales problemas del cuadro de salud, sobre todo desde la base, en el nivel primario de atención.[8, 9]

Se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los factores del proceso de la determinación social de la salud y los diferenciales del estado de salud de la población del municipio Diez de Octubre en el año 2013?

Método

Para el diseño del trabajo se realizó un análisis documental, con el propósito de actualizar el marco teórico y conceptual, estableciéndose los criterios metodológicos para la realización de un estudio descriptivo transversal, que abarcó los 219 798 habitantes de la población del municipio Diez de Octubre durante el año 2013 y un total de 30 informantes claves, representados por directivos y trabajadores de las 8 áreas de salud del municipio, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple estratificado.

Por consenso de expertos se decidió incluir representantes del gobierno local y de otras instituciones estatales ajenas a salud. La información se extrajo de fuentes secundarias, datos

estadísticos públicos, oficiales y se aplicaron tres instrumentos confeccionados y validados como parte del proyecto "Contribución relativa de la organización de los servicios de salud y otros determinantes en el estado de salud de la población en tres municipios del país" del propio INHEM. Se calcularon indicadores para un grupo de variables cualitativas y cuantitativas organizadas según el Modelo diseñado para el estudio de los DSS del grupo de trabajo del INHEM. Con el objetivo de identificar las posibles desigualdades entre las áreas de salud, se compararon las variables que mayor peso tuvieron en el cuadro de salud del municipio, para lo que se calculó el coeficiente de Gini y se ilustraron estos diferenciales mediante la curva de Lorenz. Se respetaron todos los principios y requisitos éticos para la investigación.

Resultados

El análisis de situación de salud con enfoque de determinación social examina un grupo de componentes y variables contenidas en el modelo desarrollado por el grupo de estudios del INHEM y que se explican en los distintos acápites que aparecen a continuación.

Daños en salud

Un índice de bajo peso al nacer de 5,77 por cada 100 nacidos vivos, las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y el dengue, como enfermedades infecciosas de mayor incidencia, así como la hipertensión arterial, el asma bronquial y la diabetes *mellitus* tipo 2, como enfermedades no transmisibles más prevalentes, caracterizaron la morbilidad del municipio en el 2013, lo cual no se aparta del comportamiento del país para el mismo periodo.

En cuanto a la mortalidad, el municipio Diez de Octubre durante el año 2013 presentó un total de 2373 defunciones, para una tasa bruta de mortalidad de 10,8 por cada 1000 habitantes.

Las enfermedades no transmisibles aportaron aproximadamente el 91,6 % de los fallecidos, si se tienen en cuenta las diez primeras causas de muerte. El primer lugar lo ocuparon las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, lo cual coincidió con la provincia, no así con el país, donde en ese año, los tumores malignos ocuparon la primera causa de muerte.

En el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) el comportamiento de la mortalidad materna constituyó un logro para el municipio, al no tener ninguna muerte materna en el 2013. Ello contrasta con las tasas de mortalidad materna del país y de La Habana, que fueron en ese año de 38,9 y 34,7 por cada 100 000 nacidos vivos respectivamente.[9]

Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil estuvo en 6,22 por cada 1000 nacidos vivos, superior al año 2012, cuya tasa fue de 4,5 fallecidos menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. Además, en comparación con la tasa de la provincia (3,4 por cada 1000 nacidos vivos) y del país (4,2 por cada 1000 nacidos vivos) también fue superior.[9]

Gobernanza local en salud y medición de las funciones esenciales de salud

La gobernanza local es un factor estructural de suma importancia, los problemas que plantea la población y que pueden afectar su salud son planteados en las asambleas del

Poder Popular, donde debe haber, en el 100 % de ellas un representante del sector salud. En el caso del municipio Diez de Octubre, asiste el médico de familia y un miembro del consejo de dirección del área de salud que corresponda.

En el transcurso del 2013, se realizaron un total de 13 asambleas ordinarias del Poder Popular, en el 100 % de ellas se abordó el tema de la salud de la población, sobre todo se realizó labor preventiva y educativa sobre aspectos como la lucha antivectorial y la participación comunitaria, las enfermedades de transmisión digestiva, la prevención del cáncer cervicouterino y la importancia de las donaciones voluntarias de sangre.

Se anotaron en acta 31 planteamientos de la población relacionados con la salud, de los cuales, se les dio solución a 24 de ellos, 17 requirieron recursos económicos y 7 de otras medidas específicas. El porciento de resolutividad de los problemas fue de aproximadamente 77,42 %, quedando 7 problemas planteados sin resolver para el 22,58 %.

Los problemas no solucionados estuvieron relacionados, fundamentalmente, con la solicitud de reparación de consultorios, policlínicos y hospitales, parte de los cuales estaban planificados, según el plan de inversiones, para el 2015.

La gobernanza se considera adecuada, lo cual se complementa con el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud, las que se muestran en la tabla 15.1 y que van a garantizar las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio médico y forman parte de la responsabilidad rectora que el estado tiene sobre la salud. Esto incluye, no solo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud, sino , y de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los otros agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora de cumplir las actuaciones en materia sanitaria. La práctica de la salud pública, a través de sus funciones esenciales (tabla 15.1), viene así a formar parte de las prácticas sociales en materia de salud, que en último término la determinan y al mismo tiempo están afectadas por ella.[10]

Tabla 15.1. Cumplimiento de las funciones esenciales de la salud en el municipio Diez de Octubre, 2013

Funciones esenciales de salud pública	Puntuación promedio	Evaluación
Análisis de la situación de salud	3,6	Bien
Vigilancia de la salud pública	4,8	Muy bien
Promoción de salud	4,1	Muy bien
Participación de la población	3,6	Bien
Desarrollo capacidades locales	4,7	Muy bien
Regulación y fiscalización	4,1	Muy bien
Calidad de los servicios	3,1	Bien
Desarrollo de recursos humanos	3,8	Bien
Investigaciones en salud	3,6	Bien
Reducción de impacto ante emergencias	4,5	Muy bien
Total	3,9	Bien

En cuanto al cumplimiento de las funciones esenciales de la salud (FESP) cabe señalar que, de forma general, la puntuación promedio estuvo en 3,9, evaluado su cumplimiento de bien. Las funciones que mayor puntuación obtuvieron fueron la de vigilancia de la salud pública y la de regulación y fiscalización, lo que permitió el desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para el ejercicio de una buena práctica de salud pública. La que menos puntuación obtuvo fue la calidad de los servicios, responsabilidad esencial del sector salud, por lo que este es un aspecto que, aunque fue evaluado de bien debe ser fortalecido para garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

Acción intersectorial en salud

El sector salud tiene un rol importante en la promoción y coordinación de políticas de acción sobre los determinantes sociales, aunque muchas de las intervenciones diseñadas con vistas a modificar dichos factores quedan fuera de su alcance y necesitan de la participación de otros sectores y de la propia población.

La evaluación del manejo de los determinantes sociales de la salud en función de los problemas de salud permitió conocer que, se reconoce la preparación del sector salud para identificar y resolver estos problemas del territorio y se toma en cuenta el proceso de determinación social de la salud; este resultó el aspecto con mayor puntuación otorgada por los encuestados. Aunque la vigilancia del progreso y los sistemas de información fueron evaluadas de bien, sí constituyeron los dos aspectos con menos puntuación. Es importante la disponibilidad suficiente de datos y de indicadores concretos en el cuadro de salud del territorio que pueden ser integrados a los procesos de formulación de políticas públicas y estrategias sanitarias relacionadas con los determinantes, así como medir y analizar el progreso a partir del manejo intersectorial de los determinantes sociales, de la participación social y de las estrategias trazadas para un manejo efectivo de los determinantes sociales de la salud (tabla 15.2).

Tabla 15.2. Manejo de los determinantes sociales de la salud en el municipio Diez de Octubre, La Habana, 2013

Aspectos evaluados	Puntuación promedio	Evaluación
Base conceptual	3,7	Bien
Gobernanza en salud	3,2	Bien
Promoción de la participación	4,2	Muy bien
Función del sector salud	4,5	Muy bien
Acción sobre los determinantes sociales de la salud	3,5	Bien
Sistemas de información	3,1	Bien
Vigilancia del progreso	3,0	Bien
Total	3,6	Bien

Participación local en salud

– En cuanto a la participación local, proceso continuo donde las personas o grupos sociales actúan de manera consciente y voluntaria sobre la causa de las causas, aunque de forma general tuvo una puntuación promedio de 3,8 puntos, esta información se profundizó con las entrevistas realizadas a informantes claves. El 100 % de los entrevistados concordaron en que la participación local no desarrolló todo el potencial necesario, que con un mayor empoderamiento hubiese permitido a la población tener un mejor control sobre todos los factores que determinaron su salud. Uno de los aspectos evaluados en este cuestionario, y que constituye una de las premisas fundamentales para actuar sobre los determinantes sociales, fue la acción intersectorial, el cual obtuvo solamente un promedio de 2,6 puntos al ser evaluado de regular, constatándose que el trabajo intersectorial en el municipio es un eslabón débil, que atenta contra la salud de la población, ya que el sector salud solo no puede dar solución a todos los problemas de la comunidad, aunque haya voluntad política se requiere de la participación integrada e integral de varios sectores estatales y no estatales en la solución de los problemas de salud del territorio (tabla 15.3).

Tabla 15.3. Evaluación de la participación local en el municipio Diez de Octubre, La Habana 2013

Aspectos evaluados	Puntuación promedio	Evaluación
Voluntad política	4,8	Muy bien
Acción intersectorial	2,6	Regular
Organización comunitaria	3,8	Bien
Programación local participativa	3,2	Bien
Cogestión de los servicios	3,4	Bien
Educación para la salud	4,8	Muy bien
Autoevaluación en salud	4,2	Muy bien
Total	3,8	Bien

Uno de los ejemplos más evidentes fue el Programa de vigilancia y lucha antivectorial, programa priorizado, al que se le destinaron cuantiosos recursos, por haber sido el dengue uno de los principales problemas de salud en el municipio Diez de Octubre en el año en estudio, y donde se trazaron estrategias para incrementar la intersectorialidad, sin embargo, no fue posible lograr un trabajo mancomunado de todos los factores implicados que permitiera disminuir el índice de infestación por *Aedes aegypti* y, por tanto, no se logró el control de la situación.

En estudio realizado en el municipio Playa en el 2006 se logró un descenso del índice de infestación con el trabajo intersectorial y la participación social.[11]

Contexto socioeconómico

La razón de dependencia económica fue aproximadamente de 0,48, que llevándolo a índice para su mejor interpretación, habla de que, un aproximado de 48 personas fueron

mantenidas por cada 100 personas económicamente activas. Esta situación estuvo muy relacionada con el envejecimiento poblacional, fenómeno que no solo se observa en el municipio Diez de Octubre, sino a nivel de país, aunque fue compensado por la baja natalidad, lo que evitó que se disparara la cifra de población no económicamente activa que dependía de la población trabajadora.

A pesar del carácter residencial del territorio, se caracteriza por un reducido número de puestos de trabajo, lo que trajo como consecuencia un aumento de los movimientos de la población hacia otros puntos de la ciudad, por lo que se le ha llamado, tradicionalmente, municipio dormitorio, lo cual, junto a su centralidad, obliga a ser paso obligatorio hacia otros municipios, y lo convierte en centro de un intenso flujo vehicular de todo tipo, que se mueve, fundamentalmente, por sus arterias principales.

La tasa de desocupación en el municipio Diez de Octubre en el 2013 fue alta, aproximadamente el 16 % de la población en edad laboral estuvo desocupada, sin un vínculo laboral estable, cifra esta superior a la del país, el que, en el mismo año, muestra una tasa de desocupación de 3,3 %.

En estudio realizado sobre determinantes sociales en el área 1 del municipio Cienfuegos en el año 2011, los autores encontraron una tasa de desocupación de solo el 2 %, también inferior a la del municipio en estudio.[12]

Claro, hay que tener en cuenta que el municipio Diez de Octubre es un municipio muy envejecido, donde parte de la población económicamente activa son mujeres, que por factores socioculturales quedan al cuidado de los adultos mayores.

A las personas desocupadas y con bajos ingresos económicos les será más difícil seguir las orientaciones nutricionales que habitualmente se les brinda a pacientes con enfermedades como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, generalmente ricas en frutas y vegetales, que tienen altos precios en el mercado. La percepción de las personas sobre su condición económica, genera estrés, puede incrementar el riesgo de enfermar y provocar estados de depresivos.

En estudio realizado en La Habana en el 2014, los autores encuentran asociación entre la percepción por la población de una condición económica mala o muy mala y la alta densidad de hipertensos en sus familias.[13]

En cuanto al tipo de vínculo laboral, el 84,78 % de la población trabajadora prefirió el sector estatal, por la seguridad que ofrece un trabajo estable. Según expresan Wilkinson y Marmot "un trabajo seguro incrementa la salud, el bienestar y la satisfacción laboral. Tasas de desempleo más elevadas causan más enfermedades y muerte prematura".[14]

El nivel educacional alcanzado por la población de quince años y más del municipio Diez de Octubre en el 2013 fue alto, el 27,01 % terminó el preuniversitario, pero, si se suman la población que terminó el técnico medio y la que terminó el preuniversitario, que se considera en Cuba como nivel medio superior, entonces se tienen un total de 90 950 personas, para un 52,03 %, es decir, que aproximadamente la mitad de la población mayor de quince años

alcanzó un nivel medio superior y el 18,62 % terminó el nivel universitario. Esto constituye un factor positivo, que potencia la capacidad de la población en la comprensión de sus problemas de salud y las maneras efectivas de solucionarlos o atenuarlos, de las orientaciones médicas y la forma adecuada de acceder a los diferentes niveles de atención sanitaria, por lo que su papel en la determinación de la salud es de suma importancia. La educación gratuita y para todos ha sido otro de los pilares que ha defendido y priorizado, hasta en los peores momentos económicos, la Revolución cubana.

Condiciones de vida

El agua es un elemento indispensable para la vida. El acceso a fuentes seguras y suficientes de agua es un factor esencial que influye en la salud de los seres humanos. Diez de Octubre, municipio 100 % urbanizado tuvo en el año 2013 un 99,25 % de viviendas con acceso al abasto de agua por acueducto, por las conductoras procedentes de Cuenca sur, El gato y Pozo seco, pero aún el 0,8 % de la población utilizó fuentes de procedencias menos seguras, lo que incrementa la vulnerabilidad a padecer enfermedades de transmisión hídrica, como las enfermedades diarreicas, que tuvieron alta incidencia en este municipio en ese año, las hepatitis, el parasitismo intestinal, entre otras, sin contar el estrés que genera las dificultades para obtener el preciado líquido.

El ordenamiento del medio fue desfavorable. Aunque un porciento alto (98,99 %) de la población tuvo acceso al servicio de recogida de residuales sólidos, la frecuencia del servicio en el 77 % de las viviendas fue irregular, el 14 % en días alternos y solo un 8 % de las viviendas recibió el servicio diariamente.

Esta situación favoreció la formación de 41 microvertederos, con la consiguiente proliferación de vectores, malos olores y alteraciones del ornato público que, por ende, incidieron negativamente en la salud de las personas.

La situación de los salideros de agua potable fue crítica, ya que las tuberías son muy antiguas y sufrieron roturas con frecuencia, reportándose un promedio de 200 a 300 salideros mensuales. Además, ocurrieron vertimientos de aguas albañales de forma eventual, con un promedio de 25 reportes por mes.

En el municipio existe una red hídrica con 6 zanjas y un río superficial (río Luyanó), cuyas aguas fueron además receptoras de todas las aguas industriales y domésticas que se generaron en la cuenca, lo cual generó afectaciones, tanto en este sistema fluvial, como en la comunidad ubicada en sus alrededores. Dos saturados atraviesan la mayor parte del territorio, son responsables de las nueve zonas con peligro de inundación en el municipio. También se identificaron lugares como la loma del Burro y la loma Jesús del Monte, donde existieron microvertederos permanentes y en general malas condiciones higiénicas, factores todos que pudieron incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas, fundamentalmente las de transmisión digestiva y vectorial (figs. 15.1 y 15.2).

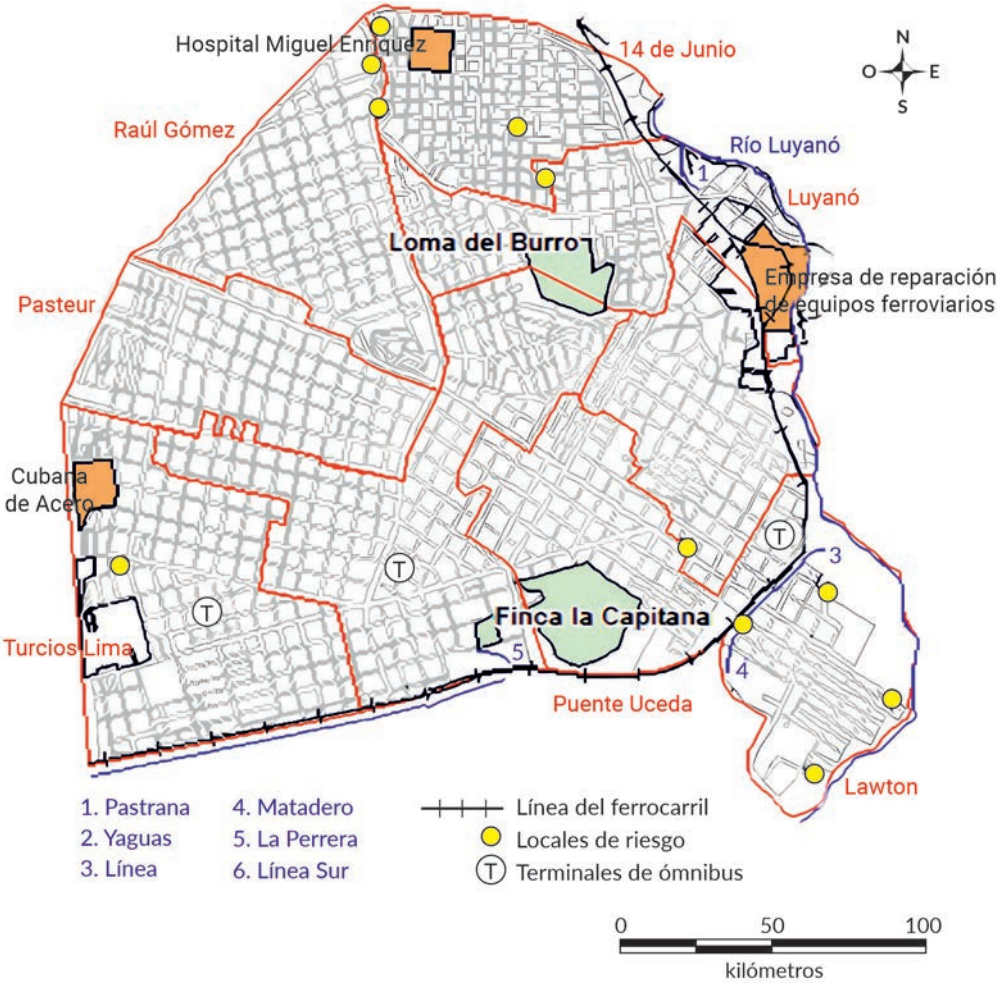


Fig. 15.1. Distribución espacial de las áreas de salud, entidades y accidentes geográficos de importancia en el municipio Diez de Octubre, 2013.

El estado de las viviendas, construcciones antiguas en su gran mayoría, se caracterizó por estar el 23 % en mal estado técnico, constituyendo un peligro potencial de accidente para sus moradores. El mal estado constructivo unido a las dificultades económicas hace más difícil las posibilidades de reparación. Una buena salud implica también mejorar el nivel de calidad de la vivienda.[14]

El índice de infestación del mosquito *Aedes aegypti* en el municipio en ese periodo fue de 0,29 y aunque el 80 % de los focos encontrados fueron domiciliarios, este fue un indicador desfavorable, que, a pesar de la voluntad política, que destinó grandes sumas de dinero en equipos, plaguicidas, petróleo y otros recursos materiales, no se logró disminuir la focalidad, siendo este el factor fundamental que pudo determinar en la incidencia de dengue. Esta situación se agravó por los factores higiénico-ambientales, que como se vio, fueron desfavorables en el municipio. Tuvieron, además, gran importancia, los factores conductuales, sobre todo

la poca autorresponsabilidad de las personas, la escasa intersectorialidad y los factores de sistemas y servicios de salud, como el trabajo deficiente de los operarios de vigilancia y lucha antivectorial y del equipo básico de salud.

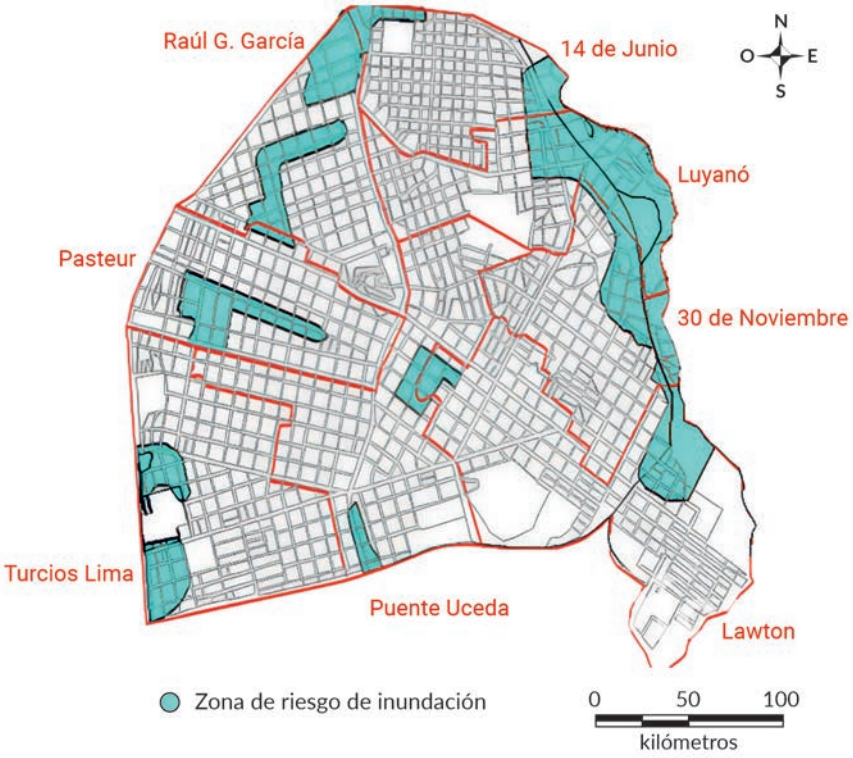


Fig. 15.2. Zonas de peligro de inundación en el municipio Diez de Octubre, 2013.

En el municipio no existen entidades que sean grandes generadoras de contaminación del medio ambiente. La principal fuente de contaminación es el tránsito vehicular, situación que se agrava por la escasez de áreas verdes, las cuales ocupan solamente una superficie de 714,7 m^2, que constituye un aproximado del 0,0058 % de la superficie total del municipio en estudio, pudiendo contribuir a la morbilidad por enfermedades respiratorias.[8]

Edad

La población del municipio Diez de Octubre en el 2013 era de 219 798 habitantes, es el municipio más poblado de la capital, con un ligero predominio de la población femenina, que constituyó el 51,90 % del total de la población y un índice de masculinidad de 92,69. En la pirámide poblacional se aprecia un ensanchamiento en los grupos de edades de 60 a 64 años y, fundamentalmente, en el de 65 y más, que constituyó el 16,53 % de la población, la que puede clasificarse como una población muy envejecida, en correspondencia con la dinámica demográfica del país, en la que se observa un envejecimiento poblacional importante, expresión de las políticas sociales y de salud en Cuba, que logran una esperanza de vida alta, comparable con la de países desarrollados.

Por limitaciones de la información obtenida, no pudo subdividirse el grupo de 65 años y más, en unidades menores, lo cual hubiese permitido mostrar una mejor visión de la estructura poblacional. Se muestra también una base estrecha, dada la baja natalidad, que en el 2013 se comportó con una tasa bruta solo de 8,04 nacidos vivos por cada 1000 habitantes (fig. 15.3).

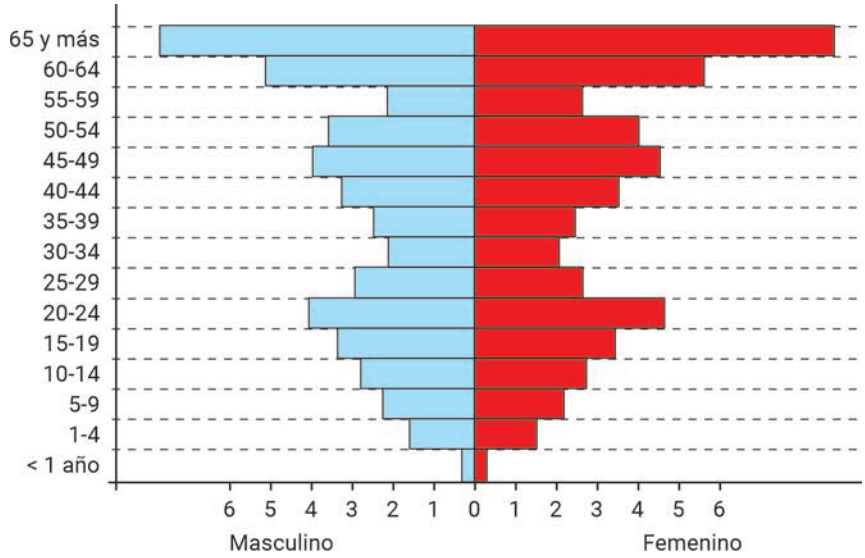


Fig. 15.3. Pirámide poblacional del municipio Diez de Octubre, 2013.

La familia cubana promedio ha sufrido cambios negativos para los ancianos, como la disminución de personas jóvenes para cuidarlos, las dificultades intergeneracionales en la comunicación familiar y los problemas de la vivienda, que conllevan a que el adulto mayor sea desplazado de su lugar en el hogar para ceder el espacio a los matrimonios jóvenes. En el proceso de la determinación social de la salud del adulto mayor inciden múltiples factores conductuales y psicosociales, como la inactividad física, que puede conllevar a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas, la inadaptación a la jubilación, que supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, con posibles dificultades económicas y afectaciones en el estado emocional y en la participación social, con pérdida de roles sociales, a lo que se suma la pérdida de familiares, amigos y la insatisfacción con las actividades cotidianas, por lo que posibilita la aparición del síndrome de la vida rutinaria en el anciano.

El elevado porcentaje del grupo poblacional de 60 años y más pudiera explicar, en parte, el comportamiento del cuadro de salud en el municipio, en el que la enfermedad de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial, ya que está demostrado que, a medida que la población envejece, se incrementa la prevalencia de esta enfermedad, a lo que se suma la mayor

urbanización, el marcado cambio de la vida tradicional a la vida moderna, el incremento de la conducta sedentaria, la obesidad y los hábitos tóxicos.

Factores conductuales

El comportamiento humano, sus hábitos de conducta, determinan de manera directa en la salud de las personas, pero estos hábitos están influidos por un entorno social mucho más amplio. En algunos de los casos, más que hábitos tóxicos constituyen adicciones y requieren de ayuda especializada para su control. La mayor prevalencia en individuos dispensarizados por registro la ocupó el tabaquismo, con una tasa de prevalencia de 164, 07 por cada 1000 habitantes (tabla 15.4).

En Cuba, la prevalencia de tabaquismo muestra una tendencia al descenso en las últimas décadas. En la tercera encuesta nacional de factores de riesgo, el 35,8 % de los encuestados declara haber fumado alguna vez y el 23,7 % de la población de 15 años y más declara ser fumador en el momento de la encuesta.[15]

Tabla 15.4. Factores conductuales en el municipio Diez de Octubre, 2013

Factor conductual	No.	Tasa de prevalencia*
Tabaquismo	36 063	164,07
Alcoholismo	16 738	76,15
Sobrepeso	5029	22,88
Consumo ilícito de drogas	79	0,36

Fuente: Registro estadístico. Dirección Municipal de Salud Diez de Octubre. *Tasa por 1000 habitantes.

La OMS considera al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura y señala que al año mueren alrededor de 6 millones de personas en el mundo por enfermedades asociadas al uso directo de productos del tabaco o por la exposición al humo de tabaco ajeno, encontrándolo responsable del 9 % de la totalidad de las muertes.[15]

Además de su efecto cancerígeno, también hay estudios que relacionan al tabaco con las patologías cardiovasculares, fundamentalmente isquémicas, que, como ya se vio, constituyeron la primera causa de muerte. Se estima que, entre el 20 y el 30 % de todas las muertes por enfermedad coronaria en los Estados Unidos son atribuibles al consumo de tabaco y el riesgo está fuertemente relacionado con la dosis.

En un estudio, donde se analiza la presencia de factores de riesgo cardiovascular en la aparición prematura de infarto agudo del miocardio (pacientes menores de 45 años), se identifica una alta prevalencia en el consumo de tabaco. El papel del estilo de vida de la población joven, en términos de consumo de sustancias tóxicas y que influyen en la aparición de un infarto prematuro, parece ser importante. Un evento coronario agudo se anticipa aproximadamente 10 años en los fumadores en relación con los no fumadores. El abandono del hábito de fumar disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.[16]

Diferenciales de salud

De los principales problemas de morbilidad, ilustrados mediante la curva de Lorenz, los dos que presentaron mayores diferenciales, según el cálculo del coeficiente de Gini, son el bajo peso al nacer y la prevalencia de hipertensión arterial (fig. 15.4 y 15.5).

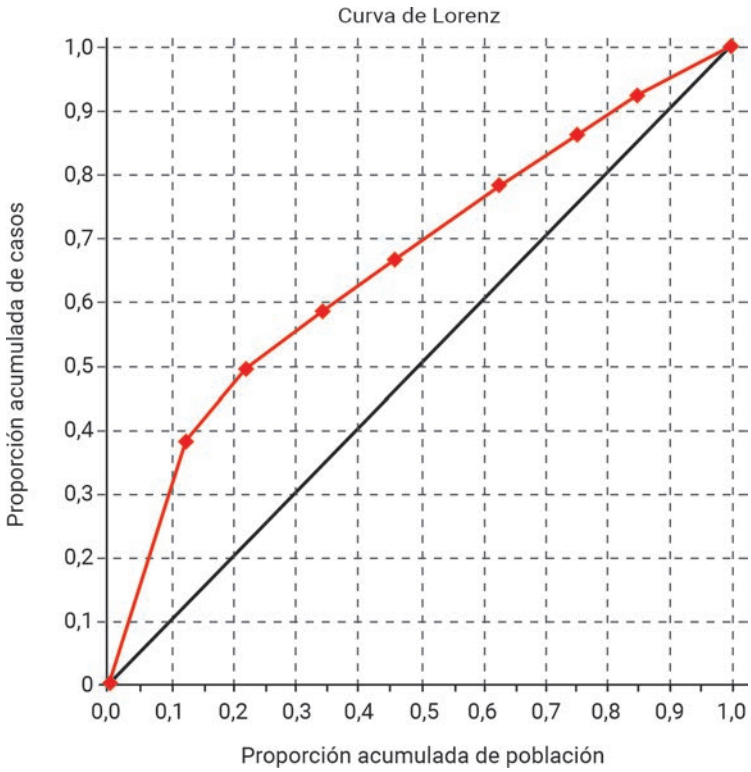


Fig. 15.4. Curva de Lorenz. Índice de bajo peso al nacer. Coeficiente de Gini: 0,203.

El coeficiente de Gini, calculado para el índice de bajo peso al nacer es superior a 0,2. Las áreas de salud que más niños con bajo peso al nacer aportaron fueron la 14 de junio con un índice de bajo peso al nacer de 9,24 y Puente Uceda con 8,37 por cada 100 nacidos vivos, indicadores que contrastan con los de áreas como 30 de noviembre y Raúl Gómez, inferiores a 4,5.

Aunque el bajo peso al nacer es un fenómeno complejo y multicausal se pueden describir algunos factores que estuvieron presentes en las áreas de peor comportamiento. En el área de salud Puente Uceda, el 30 % de los casos se presentaron en embarazos múltiples. En el área de salud 14 de Junio, que atiende uno de los consejos populares donde las condiciones económicas y de vida de la población del municipio son menos favorables (consejo popular Luyanó), los factores asociados con el bajo peso al nacer que con más frecuencia se encontraron fueron: la hipertensión gestacional en el 18,2 % de los casos, la anemia en la gestante en el 13,6 % y el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) en igual por ciento. Todos los casos de CIUR tuvieron el antecedente del bajo peso materno o la ganancia escasa de

peso durante la gestación. Como puede verse, a pesar de que la política de alimentación en Cuba está dirigida a garantizar la seguridad alimentaria de toda la población y, en especial, para niños, ancianos, embarazadas y enfermos crónicos; la anemia y el bajo peso materno estuvieron presentes en aproximadamente el 27,2 % de los casos que tuvo el área que más niños con bajo peso al nacer aportó al indicador municipal.

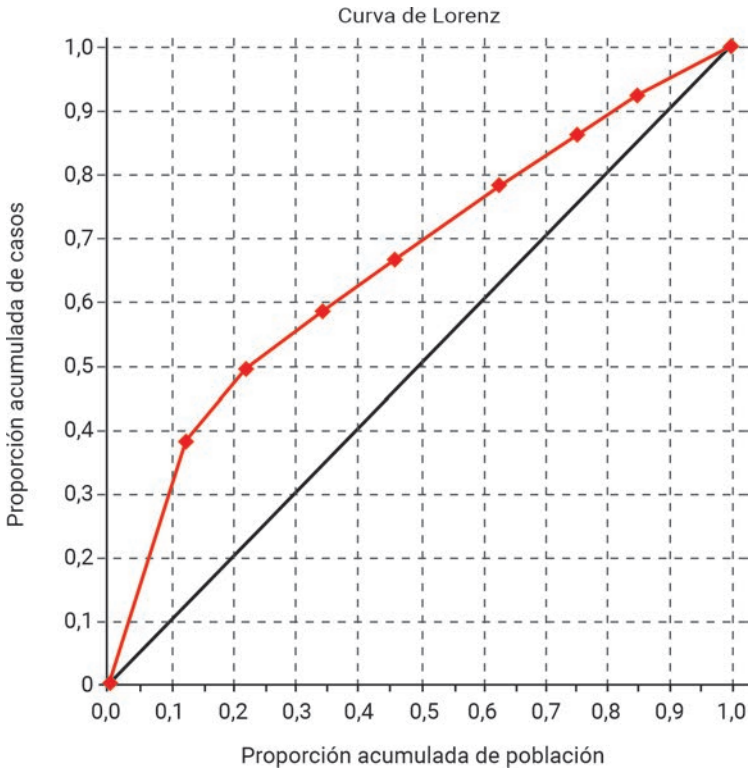


Fig. 15.5. Curva de Lorenz. Prevalencia de hipertensión arterial. Coeficiente de Gini: 0,321.

En el caso de las enfermedades no transmisibles sobresale el comportamiento diferencial de la enfermedad que mayor prevalencia tuvo en el municipio, la hipertensión arterial, con un coeficiente de Gini superior a 0,3.

En esta afección, el área de Lawton presentó una tasa de prevalencia bastante elevada, de 763,76 por cada 1000 habitantes. Esta área de salud mostró, además, altas tasas de prevalencia de alcoholismo, tabaquismo y sobrepeso, factores de riesgo asociados con la aparición de hipertensión arterial y que, a su vez, dificultan su control, favoreciendo la evolución hacia complicaciones.

A pesar de que el mayor por ciento de las muertes se debieron a enfermedades no transmisibles, y que muchas de ellas tienen asociada la hipertensión arterial, principal factor de riesgo para sufrir y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de manera prematura, este es un problema que requiere de estrategias de intervención efectivas, que incluyan, principalmente, la prevención, el diagnóstico y el control de los casos en etapas tempranas de la enfermedad, el cumplimiento del programa establecido por el MINSAP, así como lograr

concientizar al personal de salud, los directivos y la propia población acerca de la importancia de dedicar el tiempo y los esfuerzos necesarios al seguimiento de las enfermedades no transmisibles y no subvalorar este problema de salud.

De los indicadores de mortalidad, los mayores diferenciales se observan en la tasa de mortalidad infantil, con un coeficiente de Gini superior a 0,3 y una curva de Lorenz que muestra gráficamente una separación importante de la línea de igualdad (fig. 15.6).

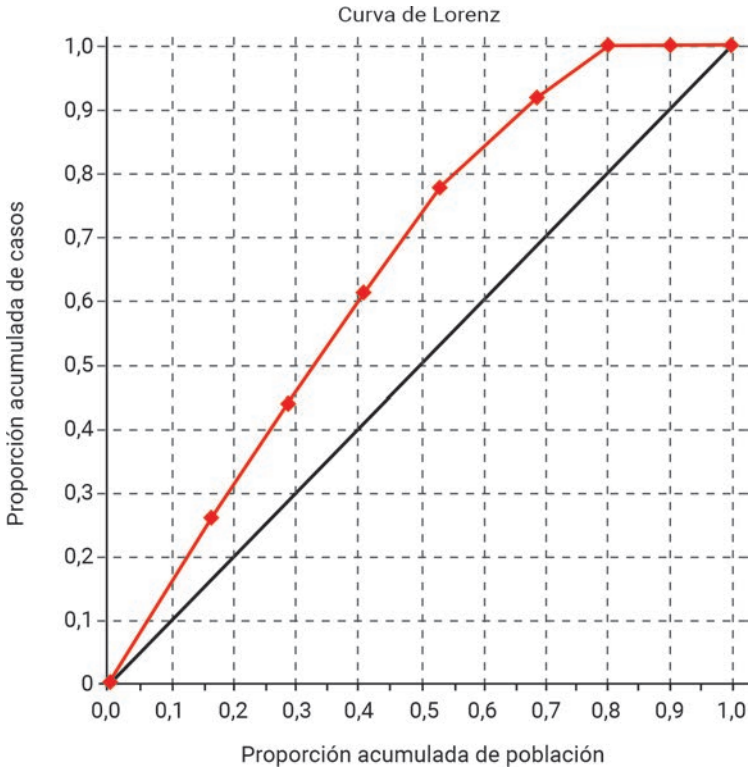


Fig. 15.6. Curva de Lorenz. Tasa de mortalidad infantil. Coeficiente de Gini: 0,304.

En este periodo de tiempo ocurrieron 11 fallecimientos en menores de 1 año. El área de Raúl Gómez García aportó el 27,3 % de los fallecidos y presentó una tasa de mortalidad infantil de 9,49 por cada 1000 nacidos vivos. Estuvo seguida de las áreas 30 de noviembre, Lawton y Luís de la Puente Uceda, que aportaron el 18,2 % de los fallecidos, pero de estas, la primera tuvo mayor tasa de mortalidad infantil. Las áreas de salud Luyanó y 30 de noviembre no tuvieron fallecidos menores de 1 año en el 2013. En varios de los casos, estuvo presente el CIUR, en niños que requirieron estadía hospitalaria prolongada y fallecieron de complicaciones asociadas a ambos factores.

Los tres factores conductuales muestran grandes diferenciales, principalmente la tasa de prevalencia de alcoholismo, con un coeficiente de Gini superior a 0,6 (fig. 15.7). Este resultado coincide con los planteamientos de Alvarez, cuando refiere que, en Cuba el indicador de factores de riesgo que más diferenciales muestra en su comportamiento es el alcoholismo.[7]

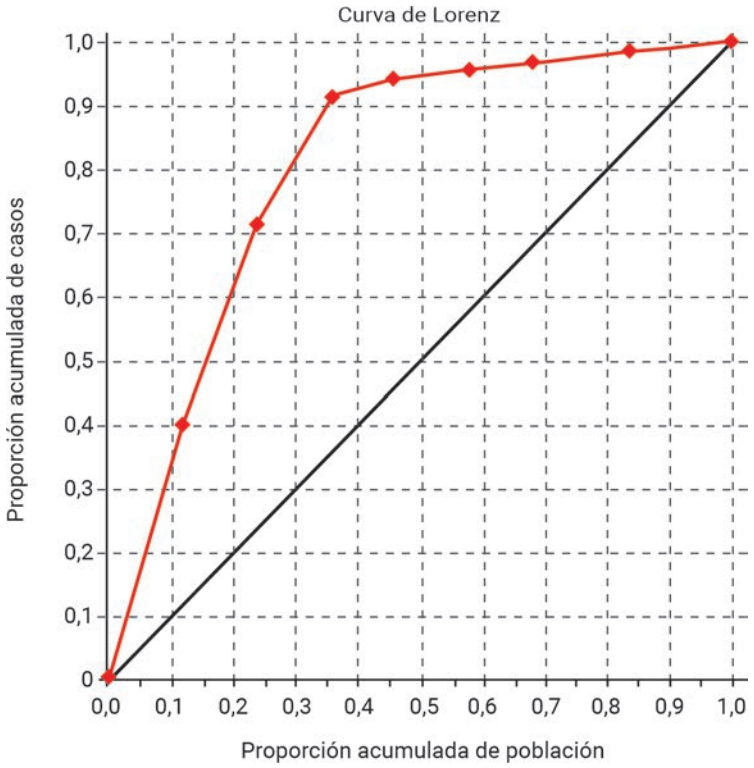


Fig. 15.7. Curva de Lorenz. Tasa de prevalencia de alcoholismo. Coeficiente de Gini: 0,616.

Analizando estas cifras por área de salud, la tasa de prevalencia de alcoholismo del área 14 de junio fue bastante alta, de 356,39 por cada 1000 habitantes, muy distante de la de Luyanó, que fue de 17,80, aunque en este caso, las tasas más bajas pertenecieron a las áreas del Policlínico Hospital Raúl Gómez García y del Policlínico Docente Luis Augusto Turcios Lima. Las tasas de alcoholismo más elevadas coinciden con las poblaciones con mayor índice de desocupación y peores condiciones de vida del municipio, lo que demuestra que se debe ver como un proceso interrelacionado, donde un factor no actúa de forma independiente en la salud de las personas.

En el caso del sobrepeso, también se muestran altos diferenciales, con un coeficiente de Gini superior a 0,4. La población de peor comportamiento en este indicador fue el área de Pasteur, con una tasa de 99,03 casos por cada 1000 habitantes, lo cual contrasta con las tasas del resto de las áreas, todas por debajo de 20. Esta área fue la segunda de mayor prevalencia de hipertensión arterial y aportó el 12,3 % de los fallecidos por enfermedades cardiovasculares en el municipio.

Aunque en el municipio Diez de Octubre en el 2013 había un total de 50 instalaciones deportivas (1 piscina, 19 salas deportivas y 31 terrenos al aire libre), y todas ellas se encontraban funcionando, además de 52 parques, que también podían utilizarse en la práctica de ejercicios físicos, no se le dio la máxima promoción a esta actividad saludable para toda la comunidad, sino que, sobre todo, se utilizaron para la práctica de la educación física y otras actividades deportivas de los escolares.[8]

El tabaquismo, a pesar de ser el factor asociado al comportamiento más frecuente en el municipio Diez de Octubre en el 2013, aunque tuvo altos diferenciales, con un coeficiente de Gini de más de 0,3, fue de los tres el que menos diferenciales mostró. La tasa de prevalencia de tabaquismo más alta fue la del área 14 de junio, con 356,39, y la más baja la de Luyanó, con 11,42 por cada 1000 habitantes. En este último caso, al igual que en el alcoholismo, llama la atención la diferencia entre las áreas 14 de junio y Luyanó, que desde el punto de vista geográfico son dos áreas muy cercanas, con características socioeconómicas similares, y la tasa del área Luyanó se aleja mucho del resto de las tasas, lo que lleva a pensar en un subregistro y una falla en la dispensarización.

A pesar de que el municipio Diez de Octubre mostró indicadores de salud comparables con los de países desarrollados, que van a la par con la dinámica poblacional del territorio, es necesario la acción más eficaz sobre los determinantes sociales de la salud, con una coherencia intersectorial y una participación social que apoye las fortalezas con que cuenta el municipio, además de la voluntad política y el acceso equitativo a los servicios médicos, para que las personas alcancen su máximo potencial de salud en una sociedad que hoy encuentra la situación más favorable para su desarrollo exitoso en esta materia.

Conclusiones

El envejecimiento poblacional, las condiciones de vida y los factores asociados a la conducta constituyeron elementos esenciales dentro del proceso de determinación social del estado de salud del territorio, donde tuvieron un peso importante la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Los mayores diferenciales se identificaron en el comportamiento de algunos indicadores, como el índice de bajo peso al nacer, la tasa de mortalidad infantil y las tasas de prevalencia de hipertensión arterial, alcoholismo y sobrepeso, independientemente de la voluntad política en materia de equidad en salud, lo cual pudo estar relacionado con que la intersectorialidad y la participación social no desarrollaron todo su potencial como factor determinante del estado de salud de la población, evidenciándose que, el sector salud no puede actuar solo, porque parte de los factores del proceso de determinación de la salud están fuera de su competencia.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud; Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: https://pss17.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/01/fdsalud_oms.pdf
2. Alvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet MH. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas claves para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007;45(3): [aprox.4 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es
3. Alvarez AG, Luis IP, Rodríguez AJ, Bonet MH, Alegret M, Romero M, et. al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig

Epidemiol. 2010;48(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es
4. Health Canada. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense. Washington, DC: OPS; 2000.
5. Alvarez AG, Alegret M, Luis IP, Leyva Á, Rodríguez AJ, Bonet 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. 2011;49(2): [aprox. 16 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es
6. Alvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, de Vos P, Van Der P. Algunas evidencias cualitativas acerca de la determinación de la salud en Cuba (1989 a 2000). Rev. Cubana Hig Epidemiol. 2009;47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100002
7. Alvarez Pérez AG, Luis González IP, Maldonado Cantillo G, Romero Placeres M, Bonet Gorbea MH, Lage Dávila C, et al. Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2014;52(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000200009&lng=es
8. Oficina Nacional de Estadística e Información. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Anuario Demográfico de Cuba. 2013. La Habana: ONEI; 2013.
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas Nacionales de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana: ONEI; 2013. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Publicación Científica y Técnica. No. 584. OPS: Washington; 2002: 59-71.
11. Arnold Domínguez Y. Dengue: Valoración de la lucha antivectorial en el policlínico "Isidro de Armas"(julio-noviembre de 2006). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011;49(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Delgado Acosta HM, Alonso Padrón E, Rodríguez Fernández L, Pedraza Alejo D, Alvarez Pérez A, Pérez Álvarez AD. Estudio de determinantes sociales y estado de salud de la población. Revista Finlay. 2013;3(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/214
13. Díaz-Perera G, Bacallao Gallestey J, Alemañy Pérez E. Contexto, percepción de la situación económica y cifras de la tensión arterial. Rev Cubana de Higiene y Epidemiología. 2014;52(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol52_1_14/hie03114.htm
14. Wilkinson R, Marmot M., eds. Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd. ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
15. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. 2014.: [aprox. 328 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/encuesta_completo.pdf
16. Cisneros Sánchez LG, Carrazana Garcés E. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013;29(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sala situacional para la vigilancia en salud pública con enfoque de determinación social de la salud en un municipio cubano

Esther Yarinely Hernández Dieguez,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Jorge Rodríguez León,
Hilda María Delgado Acosta

Introducción

A nivel nacional e internacional se han documentado diversas iniciativas dirigidas al abordaje de los determinantes sociales y reducir las inequidades en salud. Estas experiencias han demostrado la necesidad de fortalecer a todos los niveles la adopción de políticas públicas, programas e intervenciones efectivas.[1]

Se requiere incorporar a los procesos de toma de decisiones el diseño de intervenciones efectivas basadas en sistemas de información integrales, que incorporen información acerca de las desigualdades sociales, devenidas premisas, factores y condiciones que determinan socialmente la salud de las poblaciones.[2]

Los determinantes sociales de la salud, considerados como las condiciones donde nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas, pueden producir efectos importantes en la salud de la población, por lo tanto, es necesario hacer una vigilancia continua de ellos. El monitoreo de indicadores de determinación social de la salud debe ser incluido en los sistemas de vigilancia tradicionales que realiza el sistema nacional de salud pública.[3]

La vigilancia en salud, sustentada en el enfoque de determinación social de la salud (DSS), proporciona un marco teórico que permite articular múltiples campos para reconocer, describir e intervenir, adecuadamente, sobre las premisas, condiciones y factores que determinan el proceso salud-enfermedad de manera diferencial, impactando negativamente en la salud de las poblaciones.[4]

La implementación de sistemas de vigilancia en salud pública con enfoque de determinantes sociales de la salud requiere de un marco conceptual que permita desintegrar en dimensiones/indicadores/niveles el proceso de producción/reproducción social de la salud, el resultado permite contar con una visión global del proceso salud-enfermedad a distintos niveles, orientar las acciones referidas a la promoción y prevención de la salud, control de las enfermedades y evaluar la efectividad de los programas y servicios de salud en las comunidades.[5]

Un referente a nivel internacional de este tipo de experiencia es el trabajo de la Comisión de España, que adaptó el marco conceptual de la OMS para explicar las causas de las desigualdades en salud, diferenciando los determinantes estructurales de los determinantes intermedios; condiciones y factores devenidos en factores de riesgo/protección para la salud de la población.[2]

El Ministerio de Salud Pública de Cuba considera a la vigilancia en salud pública como un componente esencial y necesario para el desarrollo de los servicios de salud, y la define como: "el seguimiento, la recolección sistemática, el análisis y la interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública.[6]

Este proceso solo concluye cuando el producto resultante es difundido de manera eficiente y oportuna entre los tomadores de decisiones y entre la población en general. La gestión, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones en salud involucra al análisis de situación de salud y a la vigilancia basada en salas de situación de salud.[2]

Las salas situacionales de salud constituyen un espacio físico o virtual donde la información en salud es analizada, sistemáticamente, por un equipo de trabajo para caracterizar la situación de salud de una población, especialmente durante situaciones de emergencia. Una sala situacional de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud requiere una visión integral y social de la salud.[7]

En la actualidad, no existe una vigilancia de los factores que determinan socialmente la situación de salud, ni se analiza el impacto de las causas de las causas sobre los cambios en los indicadores de salud; en la mayoría de los casos no retroalimentan las soluciones más viables y oportunas, ni el monitoreo y evaluación de las decisiones tomadas.[8] Se requiere prestar especial atención a aspectos relacionados con las fuentes de recogida de información, variables e indicadores, compilación, análisis y diseminación de resultados.

Existen al menos tres limitaciones conceptuales, metodológicas y operacionales, que justifican la propuesta de crear salas situacionales con enfoque de determinación social de la salud para la vigilancia y monitoreo de las desigualdades sociales de la equidad en salud, estas son:

- Insuficiente presencia del enfoque de determinación social de la salud en el quehacer de los puestos de dirección o salas situacionales para monitorear la situación de salud.
- Limitado uso de los resultados de las investigaciones sobre DSS, informes de análisis de situación de salud y reportes de la dispensarizacion en los procesos de toma de decisiones.
- Insuficiente uso del enfoque de determinación social de la salud en las propuestas de vigilancia en salud.

Esta iniciativa tiene como objetivo asegurar que la equidad en salud se integre en el desarrollo de políticas sociales y económicas para mejorar la situación de los determinantes sociales de la salud en los territorios, principalmente los del ámbito estructural de naturaleza demográfica, cultural, económica y social.[9]

La propuesta está dirigida al diseño e implementación de un prototipo de sistema de vigilancia y monitoreo de la situación de salud basado en el enfoque de la determinación social de la salud (DSS), que permita evaluar la presencia de los determinantes en los distintos espacios del territorio estudiado y su relación con la salud de la población.

Material y método

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) para desarrollar una sala situacional que permitiera la mejora del estado de salud de la población en el municipio

Abreus, provincia de Cienfuegos, en el periodo 2023 al 2027. Contó con una etapa diagnóstica (estudio descriptivo) y otras de diseño, intervención y evaluación (cuasi experimental). Entre los métodos teóricos se empleó el histórico-lógico, para estudiar la evolución y desarrollo de la gestión del sector salud en los diferentes indicadores problemas. El análisis documental y el método analítico-sintético permitieron explorar las tendencias del tema en salud y definir las áreas objeto de evaluación cualitativa. Se diseñaron iniciativas cualitativas y cuantitativas que se acercaron a los procesos, con el método inductivo-deductivo, el enfoque de sistema y la modelación, los estándares y los instrumentos para garantizar la medición de los procesos, productos y servicios de las actividades a medir, no afines a los metadatos establecidos, lo que permitió su evaluación y avance. Para la recogida de información se utilizaron los registros estadísticos del MINSAP y encuestas.

Una vez establecida una primera lista de indicadores a desarrollar, se avanza a la segunda etapa. Debe precisarse el nombre y la definición de cada indicador y ubicársele en el marco de referencia que se esté utilizando. Deberán señalarse, además, las fuentes de obtención de la información de base, la fórmula de cálculo y los criterios para ello, las posibles formas de desagregar el indicador, y aportar elementos para la interpretación de los resultados.

Cada uno de los elementos que lo forman deberá someterse a un cuidadoso escrutinio, mediante un procedimiento de criterio entre expertos, para valorar *a priori* el grado en que cada indicador parece satisfacer los criterios que se han de establecer.

Lista de indicadores:

- Validez. Cualidad técnica básica, la propiedad del indicador que consiste en que mida realmente lo que se pretende que mida.
- Confiabilidad. La otra cualidad técnica esencial, consistente en que el indicador se defina conceptual y operacionalmente, de forma tal que la información a obtener sea consistente a lo largo de sucesivas aplicaciones.
- Comparabilidad. Si el indicador es aplicable en contextos sanitarios diferentes, de modo tal que permita comparaciones significativas.
- Estabilidad temporal. Si permite comparaciones a lo largo del tiempo.
- Actualidad de la información que ofrece el indicador, ya que uno que no pueda ofrecer información razonablemente reciente, no tiene mucho valor.
- Factibilidad de implementación del indicador. Si la información necesaria para construirlo puede obtenerse. Cuando esa información no esté disponible, deberá valorarse la importancia del indicador en relación con el costo que implicará.
- Importancia. Sentido, que el indicador se refiera a un elemento que tenga peso significativo en relación con alguna dimensión de la determinación social.
- Utilidad. Grado en que el indicador se refiera a un aspecto en el que las decisiones que tomen los responsables puedan impactar de manera significativa.
- Claridad. Manera en que se presente la información, deberá facilitar una adecuada interpretación por parte de los usuarios.

Para la presentación, análisis y discusión de los resultados se siguió la lógica causal del propio proceso de determinación social. La población de estudio se encuentra representada por la totalidad de los residentes del municipio.

Resultados y discusión

La implementación de salas situacionales de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud contribuye al desarrollo de capacidades para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública, en correspondencia con los principios del sistema de gobierno basado, en ciencia e innovación, como vía para fomentar el desarrollo humano con equidad y justicia social.[10]

La estrategia de gestión del Sistema Nacional de Salud basada en ciencia e innovación considera a los determinantes sociales de la salud como uno de los tres pilares en el proceso de actualización y renovación de los modelos de atención de la atención primaria en Cuba, donde destacan, al menos, tres procesos asociados: la dispensarizacion, el análisis de situación y la vigilancia en salud.[11]

Los autores del presente artículo definen la determinación social de la salud como un proceso resultante de la interacción compleja y diferencial de un grupo de premisas, condiciones y factores presentes en el curso de la vida de individuos y poblaciones, como resultado de la posición que ocupan en la estructura social existente en un contexto y momento dado.[10]

Las relaciones de determinación social de la salud pueden y deben explicarse en los tres niveles básicos en que se produce socialmente la salud de individuos y poblaciones, a partir de los conceptos de modo, condiciones y nivel de vida: individual, grupal y social; referido a todo lo que acontece en la cotidianidad de la sociedad y el contexto en que reside la población estudiada.[11]

Una sala situacional en salud con enfoque de determinación social de la salud es un espacio de encuentro, instalado en los municipios, que busca institucionalizar la articulación entre los distintos sectores y actores sociales del territorio, incluyendo a las autoridades políticas y de gobierno que configuran los consejos de salud.[7]

La propuesta en cuestión pretende generar un espacio de intercambio entre el gobierno, el sector salud y los restantes sectores y actores locales que trabajan dentro y fuera del sector salud en el territorio, para el monitoreo de la situación de salud, sus determinantes sociales y desigualdades en salud.

La información generada en estas salas debe ser pertinente y factible, que se integre a los sistemas de información locales existentes en el país. La premisa básica del trabajo de las salas situacionales es lograr que se realicen las reuniones periódicas, para monitorear, analizar y proponer alternativas respecto a las intervenciones que se desarrollan en el territorio.[12]

El trabajo de las salas situacionales de salud con enfoque de determinación social de la salud debe ser evaluado de forma periódica y se deberían incluir recomendaciones para mejorar la calidad, la eficiencia y la utilidad del sistema de vigilancia/monitoreo de la situación de salud y sus determinantes sociales de la salud.

Para el trabajo desarrollado en la primera etapa de implementación de la sala situacional con enfoque de determinación social de la salud se identificaron los siguientes objetivos:

– Contar con un sistema de información sobre el proceso de determinación social de la salud, que se analiza e interpreta de manera intersectorial e intergubernamental.

– Fortalecer la capacidad de anticipar amenazas que puedan profundizar las inequidades en salud y proponer respuestas institucionales y sociales organizadas, frente a dichas amenazas.
– Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.
– Generar un espacio de rendición de cuentas de las instituciones, sectores y actores del territorio en el marco de la vigilancia y fomento de la responsabilidad social y el derecho a la salud.
– Promover un espacio de análisis con participacion del gobierno local, la autoridad sanitaria y el resto de las instituciones, sectores y actores del territorio alrededor de los determinantes sociales.
– Analizar y evaluar, a través de un tablero de mando, indicadores y tendencias de la situación de salud, a partir de indicadores seleccionados, para definir estrategias y evaluar las acciones implementadas.
– Ajustar los planes a las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas.
– Monitorear el cumplimiento de las actividades y acuerdos adoptados para la gestión territorial de la situación de salud con enfoque de determinantes sociales y equidad.
– Incorporar, progresivamente, esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores, que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión.

Las salas situacionales de salud con enfoque de DSS deben implementarse en aquellos contextos donde exista el interés gubernamental y del sector salud de abordar de manera integral el enfoque de la determinación social de la salud; en espacios donde exista la voluntad política para implementar políticas públicas más inclusivas y equitativas que conduzcan a entornos saludables.[13]

Estos espacios locales requieren que las autoridades estén comprometidas con el tema y que entiendan que, para abordar las premisas, factores y condiciones que determinan socialmente la salud, es necesario articular esfuerzos más allá del sector salud, basados en la responsabilidad social y la participacion intersectorial e interdisciplinaria como parte de la iniciativa de municipios saludables.[13]

La sala situacional de salud con enfoque de determinación social de salud como sistema se conformó a partir de cuatro elementos básicos: entrada (recolección de datos), procesamiento (análisis e interpretación), salida (propuesta y ejecución de acciones) y retroalimentación (evaluación de los resultados y del trabajo de la sala); es un espacio administrado por la dirección de salud del territorio a través de las unidades de higiene, epidemiología y microbiología.[14]

En el diseño se contempló la inclusión de tres componentes básicos: táctico (sistema alerta-acción), estratégico (integración de la información para el análisis sistemático de la situación de salud y sus tendencias) y evaluativo (la efectividad de las acciones se mide por sus resultados en términos de impacto, cobertura y costo).[14]

Mensualmente, la sala situacional de salud deberá reunir a los actores para informar sobre los avances del cumplimiento de las actividades. Semestral y anualmente se hará una evaluación del grado de avance en el cierre de brechas de los indicadores por cada dimensión del proceso de determinación social de la salud.

Las salas situacionales de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud deben incluir fuentes de información diversas, que integren los datos referentes a individuos y poblaciones, que aportan los sistemas de información estadística nacional y complementaria, generados por las entidades gubernamentales y sanitarias.[15]

Los equipos a cargo de la vigilancia de salud con enfoque de determinantes sociales enfrentan la limitación de que los censos de población contienen datos sociales, pero no de salud, mientras que la mayoría de los registros sanitarios no incluyen información exhaustiva sobre determinantes sociales de la salud ni permiten obtenerla de manera sencilla.[15]

Algunos países europeos han superado esta limitación estableciendo enlaces continuos entre el censo poblacional y los registros de mortalidad o de otros indicadores de salud, mediante códigos comunes cruzan individualmente ficheros con distinto tipo de información. En otros casos, destaca la experiencia de entrecruzar los datos del censo, las encuestas de salud y los datos de mortalidad.[13]

Las encuestas representativas de la población general o de poblaciones específicas aportan información relevante sobre salud y sus determinantes. Las encuestas permiten obtener estimaciones poblacionales de muchos indicadores que proporcionan abundantes datos sobre la determinación social de la salud. Los análisis deben ser complementados con técnicas de investigación cualitativa.[13]

En el monitoreo de la situación de salud y sus determinantes se podrá utilizar, además del análisis estadístico de series cronológicas de indicadores de salud y de desarrollo multidimensional, los análisis de diferenciales según Gini-Lorenz y la evaluación de información cualitativa obtenida a partir de informantes claves, la observación, informes, investigaciones locales y de la aplicación de las herramientas informáticas.[16]

Las principales fuentes de información identificadas fueron la hoja de trabajo diario, el reporte de dispensarizacion, el análisis de situación de salud, las estadísticas continuas, el sistema de información directa, el informe de actividades del inspector sanitario estatal, el informe de las actividades de control de vectores, los informes de otras fuentes disponibles sectoriales, comunitaria y extrasectorial, además de los resultados de estudios epidemiológicos, como las técnicas de evaluación rápida.[3]

Las herramientas informáticas están dirigidas al monitoreo y evaluación de la percepción de los actores del territorio sobre un grupo de variables del proceso de determinación social de la salud, el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud en el territorio y la evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud en consultorios y policlínicos.[3]

Establecer prioridades para el monitoreo de la situación de salud y sus determinantes sociales obliga a utilizar criterios razonables, justos, transparentes y fáciles de manejar. Tres

fueron los parámetros utilizados, siguiendo el método OPS-CENDES, para determinar los indicadores susceptibles de vigilancia:

- Magnitud (indicadores de determinación, riesgo, morbilidad y mortalidad).
- Trascendencia (indicadores de discapacidad y años de vida potencialmente perdidos).
- Vulnerabilidad (posibilidades de prevención y promoción de salud).

Para la selección de los indicadores de la situación de salud y sus determinantes sociales a monitorear se consideraron las dimensiones que configuran el proceso de determinación social de la salud elaborado para el contexto cubano:[3] indicadores de resultados de la situación de salud, indicadores de determinación intermedia, indicadores de determinación estructural y premisas de la determinación (fig.16.1).

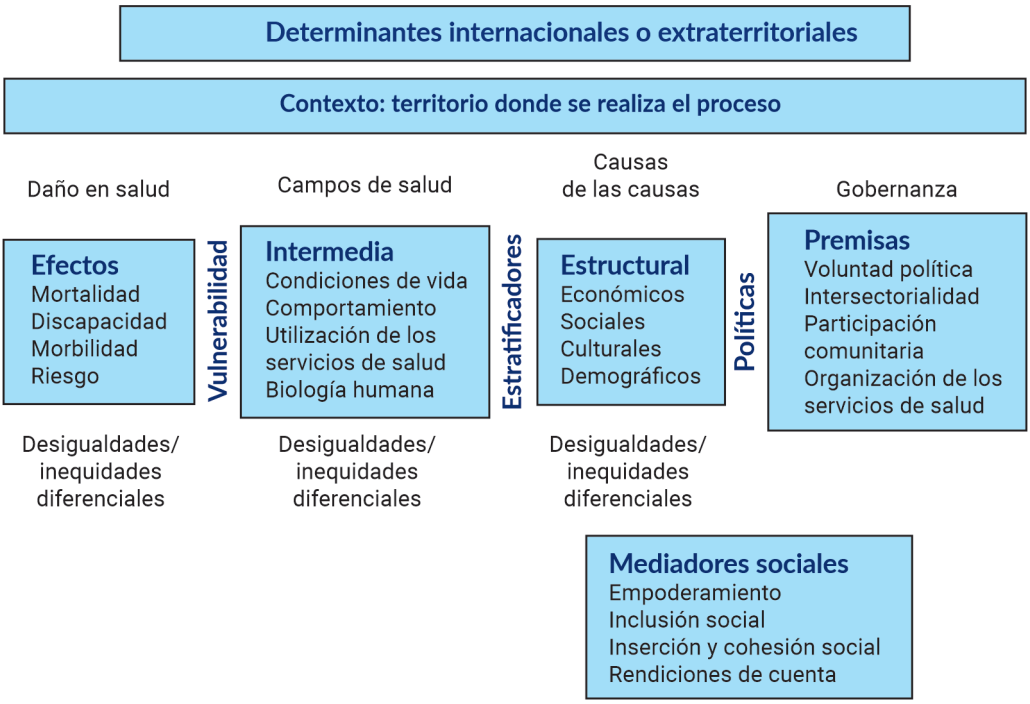


Fig. 16.1. Modelo conceptual seguido para la configuración del tablero de mando de la sala situacional con enfoque de determinación social de la salud.

Durante el trabajo desarrollado en esta primera etapa de la creación de la sala situacional, con enfoque de determinación social de la salud, se identificaron las siguientes premisas de trabajo:

- Estandarización de las variables de identificación para cruzar información: identificación, tipo de documento, localidad de residencia, dirección, etc.
- Localización y georreferenciación de eventos para evidenciar los determinantes sociales.
- Suministro de la información con fuentes y frecuencias bien definidas.
- Establecimiento de variables para la construcción de indicadores, como territorio, estacionalidad, sexo, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, y otros.

– Construcción de indicadores intermedios que contribuyan al cumplimiento de los objetivos del SNS y las metas de los programas que se evalúen (mortalidad, morbilidad, cobertura de vacunación, estado nutricional, otros).
– Incluir información extrasectorial para el análisis integral de los eventos, así como de otras áreas de la propia institución.
– Prever la inclusión de los análisis de los eventos con posibles respuestas sociales.
– La presentación de los datos debe ser interactiva, de forma que se comprenda por la comunidad u otros sectores.

Los requerimientos necesarios para la implementación de la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos en su primera etapa fueron los siguientes:
– Personal capacitado para trabajar en contingencias y periodos de rutina.
– Área con privacidad para el tratamiento de la información a procesar.
– Equipos para la comunicación con las fuentes de información y los decisores.
– Equipos de cómputo para la elaboración de informes, manejo de bases de datos, gráficos, mapas, análisis estadísticos, etc.
– Medios para la proyección de imágenes según disponibilidad.
– Módulo básico de bibliografías técnicas en formato electrónico o impreso.
– Mapas del territorio impresos o en formato electrónico, según los recursos disponibles.
– Pizarra y tablero de mando para la colocación de documentos, imágenes, mapas y gráficos impresos.
– Mobiliario de oficina.
– Otros aseguramientos de logística que se consideren, en dependencia de las condiciones.

Las funciones asignadas a la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos en su primera etapa fueron las siguientes:
– Propiciar la realización de estudios sobre la situación de salud, sus principales problemas y determinantes sociales.
– Desarrollar análisis que favorezcan la toma de decisiones, formulación de políticas, planes y proyectos para el abordaje de problemas prioritarios.
– Monitorear la situación de salud de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y evaluar el impacto de las intervenciones dirigidas al fomento de la equidad en salud.
– Identificar y proponer necesidades de investigación a partir de los problemas de salud prioritarios y sus determinantes sociales.
– Difusión e intercambio de información (consejos de salud, videoconferencias).

El funcionamiento de la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos se garantiza a partir del trabajo de un especialista en higiene y epidemiología, que coordina la actividad de la sala con la colaboración, a tiempo parcial, de un geógrafo y un informático. El ajuste de los fondos de tiempo se realiza en función de las prioridades establecidas y de acuerdo a la periodicidad y frecuencia de la información suministrada.

Junto a este equipo estarán interactuando otros profesionales del municipio que responden a los temas que tributan al tablero de mando de la sala, para el análisis de indicadores,

tendencias, tabulación de información que se recibe; así como las que se procesen mediante las diferentes técnicas y metodologías disponibles: la graficación y mapeo para garantizar una vigilancia activa de cada problemática que se monitorea.

Los pasos para el diseño e implementación (montaje) de la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos en su primera etapa se describen en la figura 16.2 y en la lista a continuación:

- Caracterización del municipio según áreas de salud y consejos populares.
- Generación de mapas generales del territorio con localización de los objetivos de mayor interés:
  - Asentamientos poblacionales e infraestructuras viales.
  - Fenómenos naturales relevantes y principales riesgos.
  - Instalaciones que inciden de forma marcada sobre la población y los servicios de salud.
- Representación gráfica de la información obtenida a partir de la aplicación del análisis de la información disponible (con un golpe de vista y de manera rápida, información condensada):
  - Tablas de datos resumidos, tablas de indicadores básicos, gráficos de curvas, barras, pastel, pirámides poblacionales, otros.
  - Mapas temáticos de diferentes tipos y contenidos, esquemas, flujogramas, organigramas, cronogramas, otros.



Fig. 16. 2. Imagen del tablero de mando de la sala situacional con enfoque de determinación social de la salud del municipio Abreus, provincia Cienfuegos.

Los niveles de actuación para el funcionamiento que siguió el diseño de la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos son los siguientes:

- Recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo.
- Análisis de datos, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas.
- Valoración de problemas, intervenciones y toma de decisiones.

Las premisas establecidas para la concepción y funcionamiento de la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos son las siguientes:

- Alineación estratégica (integración e integralidad).
- Trabajo intersectorial, multicéntrico e interdisciplinario.
- Aceptación y comunicación.
- Intercambio de información y trabajo en equipo.
- Solución de conflictos.

Los beneficios obtenidos en esta primera etapa de implementación de la sala situacional del municipio Abreus de la provincia de Cienfuegos son:

- Fortalece la capacidad de búsqueda, integración, procesamiento, análisis y comunicación de información para la toma de decisiones y solución de problemas de la situación de salud con enfoque de determinación social de la salud.
- Eleva el potencial técnico y funcional del municipio y las áreas de salud en lo referente al trabajo a emprender, según temáticas y territorios (áreas y consejos).
- Brinda la posibilidad de organizar, estructurar y diseminar la información generada, según la direccionalidad de los flujos que se definan.
- Aporta mayor operatividad y oportunidad en el análisis y toma de decisiones sobre las acciones que hay que acometer con vistas a la solución de las problemáticas y sus causas.
- Favorece la transmisión de la información procesada y analizada de forma casi inmediata a los decisores, a través de las tecnologías de la informatización.

Los aportes derivados de esta primera etapa de implementación de la sala situacional del municipio Abreus, en la provincia de Cienfuegos, apuntan al valor práctico, teórico y metodológico de la propuesta que, desde una perspectiva salubrista, centra la atención en la situación de salud, su determinación social y su contribución operacional al desarrollo de las funciones de análisis y vigilancia de la situación de salud a nivel del municipio y según áreas de salud.[6]

- **Aporte conceptual-metodológico**. Propone una base conceptual para la implementación de una sala situacional de salud a nivel municipal, que devela la relevancia de este fenómeno como problema social y de la salud pública.
- **Aporte metodológico-instrumental**. Aporta un modelo de sala situacional de salud basado en la determinación social de la salud, que rebasa los tradicionales enfoques de riesgo o campos de salud.
- **Aporte instrumental-operacional**. Incorpora herramientas automatizadas que nos permiten develar, y posteriormente actuar, sobre las causas de las causas de los principales problemas de la situación de salud de la población en el territorio.

Evaluación del trabajo de la sala situacional

Se han definido, inicialmente, al menos cuatro indicadores de evaluación mensual, semestral y anual del trabajo de las salas situacionales de salud, los cuales se irán complementando

con otros indicadores que incrementen la especificidad y complejidad del proceso de evaluación del quehacer de estos espacios territoriales:[6]

- Número de reuniones multisectoriales realizadas.
- Porciento de asistencia de instituciones/sectores/actores a las reuniones multisectoriales.
- Porciento de cumplimiento de las actividades programadas por cada institución.
- Porciento de avance anual de cada indicador de la situación de salud y sus determinantes.

Conclusiones

La implementación de la propuesta de sala situacional con enfoque de determinación social de la salud favoreció la generación de evidencias para los procesos de toma de decisiones en el territorio; fortaleció el cumplimiento de las funciones esenciales de análisis y vigilancia de la situación de salud y, junto al análisis situacional de salud, ayudó al desarrollo de una cultura de análisis y uso de la información producida para dar solución a los problemas y fomentar el desarrollo de municipios, ciudades y comunidades saludables.

Referencias bibliográficas

1. Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu LA. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. Rev Clín Med Fam. 2022;15(1):12-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n1/1699-695X-albacete-15-01-12.pdf
2. Alvarez Pérez AG, Luis Gonzálvez IP, Hernández Gómez LC, Alegret Rodríguez M, Alonso Padrón E, Álvarez Toste M, et al. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/determinacion_social/determinacion_social_salud.pdf
3. Almeida Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!. Cad Saúde Pública. 2021;37(12): e00237521. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n12/e00237521/pt
4. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvanye A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. Vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gac Sanit 2016;30(S1):38-44. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-la-vigilancia-los-determinantes-sociales-articulo-S0213911116301017
5. Berdasquera Corcho D. La vigilancia en salud: Elementos básicos que debe conocer el Médico de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(1):76-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v18n1/mgi11102.pdf
6. Rodríguez Milord DO, González Cruz R, Madariaga Villaurrutia A, Coutin Marie G, Cuesta Mejías LA, Estévez Torres GC, et al. Vigilancia de la salud pública: Experiencia cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en http://bvs.sld.cu/libros/vigilancia_salud_experiencia_cubana/vigilancia_salud_publica_experiencia_cubana.pdf
7. Mamani Ortiz Y, Siles Toledo AH. La Sala Situacional "Cochabamba Somos Todos", una respuesta técnica en la lucha contra el COVID-19. Gac Med Bol. 2021;44(1):128-30. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v44n1/v44n1a28.pdf

8. Jokela S, Kilpelainen K, Parikka S, Lumme S, Martelin T, Kopone P, et al. Health Inequalities-development of a monitoring system in Finland. European Journal of Public Health. 2021;31(Supplement-3):80. Disponible en: https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_3/ckab164.212/6405653
9. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR. 2020;5(1):81-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf
10. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41(1):94-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu09115.pdf
11. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(2):191-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu06217.pdf
12. Ramírez-Pereira M, Figueredo-Borda N, Opazo-Morales E, Oteiza-Diaz C, Ferrada-Muñoz M. El análisis situacional de la teoría fundamentada en salud: una revisión integrativa de la variante postmoderna de la teoría fundamentada. Enfermería. 2023;12(2):e3108. Disponible en: https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/3108/3042
13. López Pardo CM. La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(1):1-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100012
14. Méndez B TV, Luz Heredia H. Evolución Internacional y Nacional de las Salas Situacionales en Salud. Comunidad y Salud. 2012;10(1):56-68. Disponible en: https://ve.scielo.org/pdf/cs/v10n1/art08.pdf
15. González Rojo E, Álvarez-Dardet C, López Fernández LA, Grupo de Trabajo de Salud Pública Orientada por los Determinantes Sociales de la Salud. Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller. Gac Sanit. 2018;32(5):488-91. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117302212?via%3Dihub
16. Martínez Abreu J. El análisis y monitoreo de la situación de salud, un proceso complejo pero necesario para la salud pública. Revista Médica Electrónica. 2016;38(3):321-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v38n3/rme010316.pdf



PARTE 4

Servicios de salud

6 artículos

Coordinador de temas: Dr. Armando Jorge Rodríguez Salva

Percepción de la población sobre la atención que brindan los médicos y enfermeras de la familia en la provincia Pinar del Río en el 2023[1]

Lilliam León Amado,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

El panorama socioeconómico actual para los países de la región de Las Américas se configura a partir de un grupo de retos para los sistemas nacionales de salud. En Cuba, como respuesta a esos retos, se ha trazado un redimensionamiento de la estrategia de atención primaria de salud. Se pone, como eje medular, la actualización y el fortalecimiento del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, a partir de la situación actual y de las características de cada territorio, buscando fortalecer el rol del Equipo Básico de Salud (EBS), como brazo ejecutor del programa, dirigido a satisfacer las necesidades de la población y modificar positivamente los indicadores de salud.(1, 2, 3, 4)

Este proceso de redimensionamiento toma en consideración los cambios de la sociedad, del cuadro de salud de la población y la necesidad de rescatar y fortalecer la intersectorialidad y la participación social, con la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria, como vía para la solución de los problemas de salud del individuo, la población, la comunidad y el ambiente. En este sentido, destaca la actualización del análisis de la situación de salud (ASS), con enfoque de determinación social de la salud, como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de la población, el cual se realiza con la participación comunitaria y de los sectores y actores de la comunidad. Destaca además, el rescate del papel del Consejo Popular por la Salud, como espacio para la evaluación y solución integral de los principales problemas identificados previamente.(2, 3, 4)

La satisfacción con los servicios de salud es una de las dimensiones presentes en la mayoría de los estudios de calidad de la atención médica, como vía para establecer programas de mejora continua. Los estudios basados en la percepción de la población para identificar brechas en la cobertura, acceso, utilización y satisfacción con los servicios de salud toma en consideración las opiniones espontáneas de la población, que aportan importantes insumos sobre la resolutividad de los diferentes niveles de atención y sobre la utilización de los servicios hospitalarios, ante la disminución de la capacidad resolutiva y la calidad de los servicios de los consultorios y policlínicos.(5, 6, 7, 8)

[1] Artículo basado en el trabajo desarrollado por los autores a solicitud de la Dirección Provincial de Salud de Pinar del Río en el año 2023.

El presente estudio se desarrolló a solicitud de la Dirección Provincial de Salud, con la finalidad de conocer la percepción de la población del municipio Pinar del Río acerca del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. El universo del estudio se correspondió con la totalidad de la población que se atiende en los consultorios de las áreas de salud del municipio cabecera de la provincia, y la muestra fue seleccionada de manera que cumpliera los criterios de suficiencia y representatividad, a partir del método de criterios jerarquizados de autoridad.

Se aplicó un cuestionario a 1250 sujetos, mayores de 19 años, en el municipio capital de la provincia; para ello se empleó un muestreo estratificado, por cuota y proporcional a la edad y sexo, con un margen de error de más menos dos y el 96 % de confiabilidad. Las técnicas cualitativas se aplicaron en los 4 policlínicos del municipio Pinar del Rio. El criterio de selección fue uno urbano y otro suburbano o rural.

Se realizaron 35 entrevistas grupales a la población y 9 encuentros con factores representantes de los CDR, FMC, UJC, ANAP, promotores de salud y delegados del poder popular en la cabecera municipal. En total, se intercambió con 1500 sujetos.

Desarrollo

El estudio tuvo como objetivo general caracterizar la percepción de la población del municipio Pinar del Río, sobre la pertinencia del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en el primer trimestre del año 2023, y como objetivos específicos se estableció: conocer los criterios de la población sobre el desempeño de los médicos y las enfermeras de la familia en el contexto actual y caracterizar el cumplimiento de los objetivos fundacionales del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en el contexto actual.

Percepción sobre el cumplimiento del trabajo del médico y la enfermera de la familia

Cualidades. Al pedirle a los encuestados completar la frase: Las cualidades que espero de mi médico y de mi enfermera de la familia..., de manera general, la mayoría de los encuestados expresó elogios y reconocimientos a su profesionalidad y cualidades personales, destacando las siguientes cualidades: profesional, humano, sensible, responsable, madurez, atento, dedicación, competente, comprometido, organizado, sensible, preocupado, comunicativo, estudioso, sencillo (tabla 17.1)

Tabla 17.1. Calidad del trabajo del médico y la enfermera de la familia en el municipio Pinar del Río en 2022

Miembro del EBS	Buena	Regular	Mala	No sé	N/R
Médico	64 %	29 %	4 %	2 %	1 %
Enfermera	48 %	40 %	5 %	4 %	3 %

Fuente: Elaboración a partir de los datos de la encuesta aplicada a la población. *Leyenda*: N/R: No respondida

Desempeño. Al pedirle a los encuestados sus criterios sobre el desempeño de los médicos y las enfermeras de la familia en el contexto actual; la mayoría se refirió a los siguientes elementos: mi médico nunca está, se va temprano, es inestable, no es muy bueno, no hace terreno, no lo conozco, es poco profesional, no tiene deseos de trabajar, le falta compromiso y no vive en el consultorio. En relación a la enfermera refirieron poca permanencia en el consultorio y que no vive en el consultorio (tabla 17.2).

Tabla 17.2. Desempeño del médico y la enfermera de la familia en el municipio Pinar del Río en el 2022

Aspectos evaluados	Siempre	La mayor parte de las veces	La menor parte de las veces	Nunca	No sé, tengo dudas
Mantiene el control de los análisis y pruebas que realiza en los periodos establecidos	34 %	26 %	9 %	5 %	24 %
Informa con prontitud a los pacientes de los resultados de pruebas indicadas	37 %	29 %	13 %	2 %	17 %
Soluciona problemas de salud sin remitir a hospitales o policlínicos	27 %	36 %	15 %	4 %	16 %

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la encuesta aplicada a la población.

Servicios de salud. En relación con la utilización de los servicios de salud, según niveles, al preguntar: a dónde acuden inicialmente ante cualquier problema de salud; los encuestados se refirieron a los siguientes elementos: 41 % al consultorio, 31 % al policlínico y 28 % directamente al hospital.

En las áreas rurales y suburbanas acuden primero al consultorio, por ser el lugar más cercano. En las zonas urbanas acuden primero al policlínico, por cercanía y por seguridad de ser atendido (por tener mejores condiciones y más recursos, además de estar abiertos todo el tiempo y tener médico de guardia). Similares elementos refirieron los pacientes entrevistados que acuden al hospital.

Selección de los servicios. En relación con los criterios de selección y utilización de los servicios, al preguntarle a los encuestados sobre los criterios utilizados para la selección de la institución a la que acudir ante cualquier problema de salud, se refirieron a los siguientes elementos: horario, padecimiento, urgencia y lejanía del centro de salud.

Al preguntarle a los encuestados por qué acuden inicialmente a los policlínicos y hospitales ante cualquier problema de salud, se refirieron a los siguientes elementos: los consultorios solo trabajan en las mañanas, los miembros del Equipo Básico de Salud son inestables, los violan el horario laboral, se demoran en las consultas.

Los encuestados que evaluaron de mala la labor del médico y la enfermera de la familia, fueron los pertenecientes a las áreas de salud Raúl Sánchez y Hermanos Cruz. Al preguntar sobre su satisfacción con la atención que reciben del médico y la enfermera de la familia,

refirieron tener un bajo nivel de satisfacción, con marcada prioridad en la población del reparto Cuba Libre (Raúl Sánchez), Briones Montoto y Las Ovas (Hermanos Cruz).

Los principales argumentos que justifican su insatisfacción fueron la inestabilidad de los miembros del EBS, que carecen de sentido de pertenencia y sensibilidad, poco compromiso y motivación con el trabajo en el consultorio, baja calidad de la atención y del seguimiento de los casos y la forma de dirigirse a los pacientes (fig. 17.1).

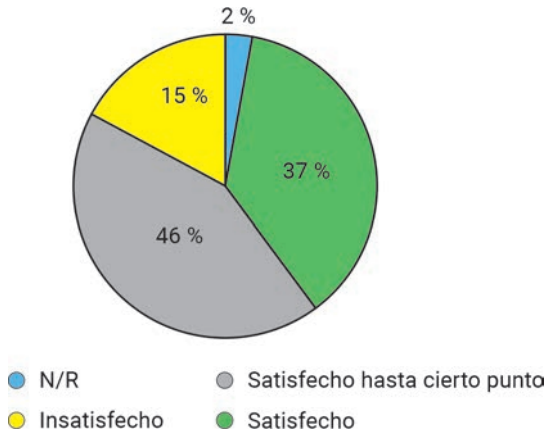


Fig. 17.1. Satisfacción con la atención que reciben del Equipo Básico de Salud. *Fuente*: Elaboración a partir de los datos de la encuesta aplicada a la población.

Los encuestados que evaluaron de mala la labor del médico y la enfermera de la familia, fueron los pertenecientes a las áreas de salud del Policlínico Docente Raúl Sánchez y del Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Los encuestados refirieron que a los EBS solo le asignan una prioridad: el PAMI, mientras que el resto de la población recibe atención irregular, incluidos los pacientes con enfermedades crónicas.

Al preguntar su opinión sobre el cumplimiento de las interconsultas, solo el 42 % de los encuestados refirieron como buena la calidad de las interconsultas que realizan los especialistas que vienen de los hospitales al policlínico, mientras que el 43 y el 36 % respectivamente, las evaluó de regular y mala (tabla 17.3).

Tabla 17.3. Calidad de las interconsultas en el municipio Pinar del Río en 2022

Aspectos a evaluar	Buena	Regular	Mala	No sé	N/R
Especialistas que vienen de hospitales a dar consultas	42 %	36 %	7 %	9 %	6 %

Fuente: Elaborada a partir de los datos de la encuesta aplicada a la población. *Leyenda*: N/R: No respondida.

Los entrevistados de los policlínicos comunitarios Turcios Lima y Pedro Borras señalaron, con preocupación que, en ocasiones, son médicos residentes los que han sido designados

para dar las interconsultas. En los que catalogaron de regular las consultas de los especialistas, sobresalen los pacientes del policlínico Raúl Sánchez.

En la casi la totalidad de las áreas de salud argumentaron la falta de información (horario y día), inestabilidad de los médicos por lejanía, problemas con el transporte y ausencia de personal en un grupo de especialidades.

Hubo quejas, sobre todo en los consultorios médicos que pertenecen a los consejos populares Briones y Las Ovas, por deficiencias en el trabajo de especialidades básicas, señalando, indistintamente: que no hay calidad, no son sistemáticos, no siempre cumplen con lo acordado, no dan seguimiento a los casos, no asisten como está planificado y, cuando lo hacen, atienden a embarazadas y lactantes (fig. 17.2).

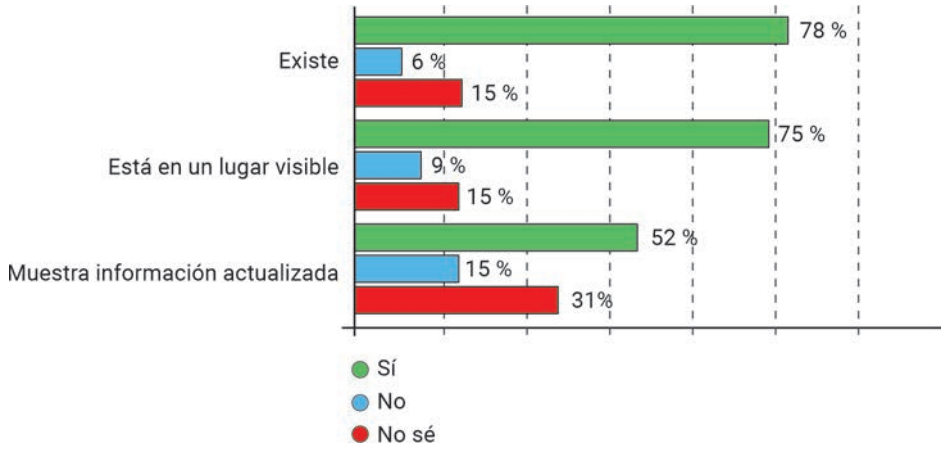


Fig. 17.2. Existencia de la pancarta informativa en los Equipos Básico de Salud. *Fuente*: Elaboración a partir de los datos de la encuesta aplicada a la población.

Las principales causas argumentadas por los miembros de los equipos básicos de salud para justificar el no cumplimiento de la jornada laboral, son: las responsabilidades que asumen durante la jornada laboral, como guardias en el policlínico, cursos de superación y otras tareas que les asignan.

Al preguntar sobre el cumplimiento de las visitas de terreno por parte del médico y la enfermera de la familia, el 45 % de los encuestados refirieron a que sí se cumple el terreno, el 36 % que no se hace terreno y el 19 % no sabe del cumplimiento de los terrenos.

Los principales elementos aportados por los encuestados se relacionan con el cumplimiento del horario de consultas, el terreno se realiza en la tarde en algunos consultorios, aunque no se visita a todos los pacientes, se establece como prioridad a las gestantes, lactantes y operados, y dejan al resto de la población sin atención, sobre todo ancianos y otros vulnerables, en esto influye, sobre todo, la lejanía de las casas, cuando el médico no vive en la zona.

Al preguntar sobre los recursos con que cuenta el médico y la enfermera de la familia para atender a los pacientes, los encuestados refirieron que, en las cuatro áreas de salud del municipio los consultorios cuentan con algunos recursos, pero existen pocos esfigmomanómetros, lo que impide al consultorio cumplir con su misión.

Señalaron, además, que existe déficit de esfigmomanómetros e insumos médicos en los consultorios, déficit de otros recursos necesarios para realizar su trabajo, como modelajes y lapiceros. Se afirmó por los entrevistados que estas carencias le impiden al médico y la enfermera de la familia cumplir con su misión en el consultorio.

Al preguntar sobre el estado constructivo e higiénico de los consultorios, se pudo conocer que, el 63 % de los consultorios está en buen estado constructivo, el 34 % está regular y el 3 % está en mal estado constructivo.

Por su parte, el 83 % de los encuestados refirió que, los consultorios tienen buenas condiciones higiénico-sanitarias, el 17 % tienen regulares condiciones y solo el 1 % señaló que tienen malas condiciones.

Al preguntar sobre la existencia de condiciones necesarias, el 98 % de los encuestados refirió, que los consultorios cuentan con baños y acceso a agua corriente, de ellos, el 79 % con agua en las llaves, 19 % con agua corriente en tanques adaptados. El 67 % de los consultorios cuenta con adecuada iluminación, el 63 % cuenta con telefonía fija y el 2 % de los encuestados refirió no saber si tienen estos recursos.

Los principales problemas identificados relacionados con esas condiciones fueron: los locales son adaptados, hacinamiento, poca ventilación, filtraciones, salideros, tupiciones, estado de la carpintería, existencia de locales pequeños, locales sin privacidad, locales con falta de pintura y locales que no tienen nada.

Lo expuesto hasta aquí se corresponde con las principales insatisfacciones u obstáculos que, a criterio de los encuestados, afectan el mejor funcionamiento de los consultorios: carencia de materiales de trabajo, ausencia de medicamentos e insumos médicos, estado constructivo de los consultorios (filtraciones, pintura, iluminación, ventilación). Una buena parte de los encuestados responsabiliza al policlínico por no suministrar los recursos necesarios y por el inadecuado control de los recursos. Debe señalarse que la población no mencionó la responsabilidad que le corresponde a los gobiernos locales.

Cumplimiento de los objetivos fundacionales del programa de medicina familiar

Al preguntar acerca de los aspectos necesarios para lograr el cumplimiento de los objetivos fundacionales del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en las condiciones actuales, los encuestados refirieron la necesidad de garantizar la permanencia del médico y la enfermera de la familia en el consultorio, habilitar consultorios-vivienda para que los equipos básicos de salud residan en el barrio, garantizar profesionales preparados, con valores éticos, alto sentido humanista y compromiso con el proceso revolucionario, para poder desarrollar, desde la especialidad, la importante labor social; realizar acciones sistemáticas de prevención en el área de atención, educar a la población en hábitos y formas de vida saludable y garantizar un trabajo intersectorial con participación comunitaria.

Al preguntar sobre la existencia del médico y la enfermera en sus consultorios, el 95 % de los encuestados afirmó tener médico y enfermera en su consultorio, el 3 % planteó no tener médico y enfermera en su consultorio, el 2 % refiere no saber si tiene o no médico y enfermera en su consultorio y el 34 % de los encuestados planteó que sus médicos y enfermeras viven en el consultorio. La población encuestada de los policlínicos Hermanos Cruz,

Turcios Lima y Raúl Sánchez fueron los que más refirieron no tener personal de enfermería en los consultorios.

Al preguntar sobre las causas de la inestabilidad del médico y la enfermera en sus consultorios, los encuestados identificaron las siguientes:

- Rotaciones.
- Movimientos sin tener un relevo.
- Misiones internacionalistas.
- Migraciones.
- Insatisfacción de los médicos que no viven en los consultorios
- Deterioro constructivo de los locales.
- Puntualidad de los médicos, debido a la lejanía y a la situación del transporte.

Estos aspectos afectan los recorridos, las visitas y la interacción con la población. Los policlínicos con mayor incidencia de esta problemática son el Policlínico Docente Raúl Sánchez y el Policlínico Universitario Hermanos Cruz.

Al preguntarse sobre la participación del médico y la enfermera en las actividades establecidas por el programa de la medicina familiar se pudo conocer que solo fueron evaluadas, por encima o cercanas al 50 % de los encuestados, el cumplimiento de la actividad de promoción de salud y prevención de enfermedades y las actividades de prevención y de vigilancia de enfermedades infecciosas (tabla 17.3).

Tabla 17.3. Cumplimiento de las actividades del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en el municipio Pinar del Río, 2022

Indicadores a evaluar	Buena	Regular	Mala	No sé
Promoción de salud y prevención de enfermedades	58	36	2	2
Seguimiento al paciente.	41	35	1	21
Vigilancia de enfermedades infecciosas	58	32	2	6
Prevención de enfermedades infecciosas	48	36	9	5
Solución de los problemas de salud.	40	31	16	11
Transformación de comunidad para prevenir enfermedades.	35	29	11	23
Solución de los problemas sociales.	36	38	19	5

Fuente: Elaboración a partir de los datos de la encuesta aplicada a la población.

El Policlínico Docente Raúl Sánchez y el Policlínico Universitario Hermanos Cruz son los que menos cumplen estas actividades, y la población del policlínico Hermanos Cruz evaluó de mala la prevención de enfermedades. En el incumplimiento del seguimiento a pacientes destacan, negativamente, el Policlínico Docente Raúl Sánchez y el Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Los encuestados desconocen en qué consiste el análisis de la situación de salud. Se identificó la perdida de motivación de algunos médicos por el déficit de recursos y carencias materiales y el poco apoyo que reciben de las organizaciones de masas y del sector salud.

Al preguntar sobre el uso de la medicina natural y tradicional (MNT) por parte del médico y la enfermera en sus consultorios, el 29 % de los encuestados señaló que siempre, el 23 % que la mayor parte de las veces y el 20 % refirió que la menor parte de las veces o nunca; el 26 % dijo no saber o tener dudas para responder. El Policlínico Docente Raúl Sánchez y el Policlínico Universitario Hermanos Cruz tienen un menor empleo de la MNT (moxibustión, acupuntura, fitofármaco, apifármaco, digitopuntura).

Al preguntarle a los representantes de los CDR, FMC, consejos populares y delegados del poder popular acerca de la colaboración de los diferentes sectores, organizaciones e instituciones con el trabajo del Equipo Básico de Salud, el 68 % de los encuestados evaluó de bien el trabajo intersectorial y la colaboración con el EBS, mientras que el 30 % evaluó de regular el trabajo intersectorial y la colaboración, el 2% refirió no saber o desconocer la relación de los sectores, organismos y organizaciones del territorio con el EBS.

Al preguntar a los encuestados acerca del vínculo del consultorio con el policlínico, el 48 % de los encuestados lo evaluó de bueno, el 31 % de regular, el 17 % dijo no saber y el 2 % lo evaluó de malo. Sobresale, en este último punto, el criterio de los residentes en el reparto Cuba Libre, Policlínico Docente Raúl Sánchez.. Los principales problemas identificados por la población como causa de esa mala vinculación son de tipo organizativo, planificación y falta de comunicación.

Conclusiones

A modo de conclusión pueden resumirse las principales brechas relacionadas con el trabajo del Equipo Básico de Salud, las que se relacionan con:

- La inestabilidad del médico y enfermera de la familia en los consultorios.
- Las inadecuadas condiciones de trabajo en los consultorios.
- El número de población que atiende un EBS.
- La necesidad de incorporar a la formación de pregrado y posgrado los objetivos fundacionales del programa.
- El problema de la vivienda en el consultorio del médico y la enfermera de la familia.
- La falta de control y exigencia, de los niveles superiores de dirección, al consultorio.
- La inestabilidad de los jefes de Grupo Básico de Trabajo.
- La falta de integración del policlínico y la farmacia con el consultorio.
- La insuficiente relación de los EBS con los factores y líderes de la comunidad.

Igualmente, se ofrecen algunas recomendaciones finales, dirigidas al fortalecimiento del trabajo del EBS:

- Control del aseguramiento político a la revitalización del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en la provincia.
- Incrementar la prioridad que se le otorga al cumplimiento del programa, desde las direcciones provinciales y municipales.
- Asegurar la atención sistemática al programa por parte de los gobiernos y sectores.
- Fortalecer la labor político-ideológica con los profesionales vinculados al programa en la base.

– Incluir, en la preparación de los cuadros, el control de los objetivos fundacionales del programa.
– Reorganizar el trabajo del programa, a partir del levantamiento poblacional del territorio.
– Analizar el cumplimiento del contenido de trabajo y las informaciones a entregar por los EBS.
– Incluir en la evaluación del desempeño de los EBS el criterio de la población que atienden.
– Intencionar la formación de médicos y enfermeras según necesidades de los territorios.
– Incluir, en los programas de formación de las especialidades de Ciencias Médicas, los aspectos señalados por la población sobre la pertinencia y el desempeño del EBS.

Referencias bibliográficas

1. Chan Margaret. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Rev Cubana Salud Pública. 2009;35(4):29-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400003&lng=es.
2. Alvarez Sintes R, et al. Fundamentos de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/fundamentos-de-medicina-general-integral
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/
4. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
5. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca: INSP; 2014. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Calidad-del-primer-nivel-de-atenci%C3%B3n-de-los-Servicios-Estatales-de-Salud.pdf
6. Saturno Hernández PJ. La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud. Salud Pública México. 2024;66(5):644-652. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2024/sal245e.pdf
7. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca: INSP; 2014. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/141209_BIDII.pdf
8. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015. Disponible en: https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html

Utilización de los servicios de salud por la población adulta. Encuesta Nacional de Salud, Cuba 2018

Armando Jorge Rodríguez Salvá, Addys Díaz Piñera, Ramón Suárez Medina, Irma Sosa Lorenzo, Blanca Terry Berro

Introducción

La utilización de los servicios es un proceso social, dinámico y complejo, que pone en contacto a la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada, en la que convergen, no solo la necesidad de atención (en términos de enfermedad) sino las experiencias preexistentes de la población, sus creencias y aspectos culturales, pero, sobre todo, en el complejo contexto en que se da la prestación de los servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios. Es una expresión o forma de medir el acceso, pero que no está justificado solamente por este.[1, 2]

La utilización de los servicios por parte de los diferentes grupos sociales ha sido y es objeto de debate en muchos países; existen evidencias suficientes de que el proceso de utilización se encuentra diferenciado socialmente y es explicado, en buena parte, por la existencia de desigualdades sociales en salud. La situación económica de los países incide en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, y la población determina la utilización de acuerdo con sus necesidades de salud.[3, 4]

Los motivos por los cuales una persona acude a un servicio de salud van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar padeciendo. Una gran proporción de la población utiliza los servicios de salud sin que, desde el punto de vista médico, exista una justificación clara; otros acuden directamente a los hospitales en busca de atención médica especializada, pero es el nivel primario de atención la puerta de entrada al sistema, en donde se deben solucionar la mayoría de los problemas de salud.[5, 6]

Por tanto, se puede afirmar que, los patrones de utilización de un servicio están determinados por las necesidades sentidas de salud del individuo o usuario, factores predisponentes (edad, sexo, ocupación, nivel escolar, clase social, estado civil), factores inherentes a los servicios (distancia geográfica, razón médico-habitantes) y de sus proveedores.[7, 8]

Existen individuos que, a pesar de requerir atención médica, no utilizan los servicios de salud y, en cambio, recurren a otras formas de atención, entre ellas la medicina tradicional, las diversas terapias alternativas e, incluso, la automedicación, que para algunos investigadores es una expresión de un proceso de apropiación y socialización del conocimiento médico. Un

factor que influye en el uso de estas alternativas es la percepción social de la gravedad del padecimiento. Otros estudios plantean, que se deben a la falta de accesibilidad a los servicios de salud por razones económicas, culturales o geográficas.[1, 9, 10]

Nuestra sociedad se enfrenta a un difícil reto, como resultado del periodo de transición demográfica y de los indicadores de salud alcanzados. En los próximos años aumentará la demanda de los servicios a causa de las enfermedades no transmisibles, enfermedades degenerativas, discapacidades e invalidez, por lo que es imprescindible para el Sistema Nacional de Salud pensar, desde ahora, en la redefinición de las estrategias de salud, en el diseño de políticas que respondan a las realidades de una futura población anciana, en ofrecer una atención y servicios de salud que garanticen mayor y mejor calidad de vida para este grupo poblacional y que, a su vez, propicien su participación integral en la sociedad.

El objetivo del presente trabajo es describir la frecuencia y distribución de las necesidades sentidas y la utilización de los servicios de salud de la población adulta de Cuba.

Métodos

Se realizó un estudio transversal con diseño muestral complejo, estratificado y por conglomerados polietápicos. Se calculó, que se requería reclutar 9756 viviendas, ya que el tamaño promedio de la familia es de 2,5 personas y el 82,5 % de la población tiene 15 y más años de edad (según Censo de Población y Viviendas 2012 y Estimación de la población 2018). Del total de 18 774 individuos planificados, se estudiaron 14 339, que representaron el 76,3 % de los sujetos de 15 y más años.

Técnicas y procedimientos de obtención y análisis de la información

Se diseñó y validó por criterios de expertos el cuestionario utilizado; un personal de salud, previamente capacitado, entrenado y acreditado para realizar este trabajo aplicó el cuestionario en los hogares. El alcance temático del cuestionario incluyó:

- Información sociodemográfica: edad, sexo, color de la piel, nivel escolar, ocupación principal, estado civil y zona de residencia.
- Necesidad de atención. Utilización de servicios de salud, tipo de servicio al que acudió, forma de acceso, dificultad para acceder, causas, motivo de consulta, procedimientos o exámenes que le realizaron, tiempo que le dedicó el médico durante la consulta, calificación de la atención recibida, ingresos económicos para enfrentar su problema de salud y dificultad para adquirir los medicamentos en los últimos tres meses.

Se introdujo la información en una base de datos Acces 2010. Al tener un diseño con método de selección complejo se utilizaron módulos de análisis de muestras complejas. Se consideró la estructura estratificada por conglomerados de la muestra y se ponderaron los resultados. Se obtuvieron medias, proporciones e intervalos de confianza del 95 %, pruebas de homogeneidad basadas en distribución X2 y prueba de tendencia de Cochran-Armitage para la edad, en ambas pruebas se decidirá significación estadística: si $p < 0,05$.

El protocolo fue aprobado por el Comité de ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) y a todo participante se le pidió el consentimiento informado.

Resultados

El 27,8 % de la población encuestada manifestó haber tenido algún problema de salud en los últimos tres meses (IC 95 % [26,0-29,6]), mayor en mujeres (32,7 %), (IC 95 % [30,4-35,0]) que en hombres (22,8 %) (IC 95 % [20,7-24,8]), con diferencia estadística (p <0,001). Los grupos de edad más afectados fueron los mayores de 55 años, con predominio en las mujeres, a medida que aumentó la edad, fue mayor la necesidad sentida (X2 de tendencia: p <0,001).

Sintieron mayor necesidad de atención los viudos, jubilados, amas de casa y personas con nivel de enseñanza primaria, lo cual pudiera estar relacionado con la edad. El color de la piel y la zona de residencia mostraron resultados similares (tabla 18.1). La utilización de los servicios de salud según factores inherentes a los propios servicios se muestra en la tabla 18.2.

Tabla 18.1. Necesidades sentidas de atención médicas, según variables sociodemográficas

	N	Si		IC 95 %	
		No.	%	LS	LI
Global	9 321 061	2 591 623	27,8	26,0	29,6
Sexo					
Masculino	4 598 238	1 046 601	22,8	20,7	24,8
Femenino	4 722 823	1 545 022	32,7	30,4	35,0
Edad					
15-24	1 360 206	239 632	17,6	15,4	19,9
25-34	1 528 191	310 392	20,3	17,2	23,4
35-44	1 368 067	307 060	22,4	20,0	24,9
45-54	1 984 113	603 269	30,4	27,7	33,2
55-64	1 396 388	467 806	33,5	30,5	36,5
65-74	967 964	379 764	39,2	35,7	42,7
75 y +	716 132	283 700	39,6	36,5	42,8
Color de la piel					
Blanco	5 908 410	1 636 085	27,7	25,3	30,1
Mestizo	2 453 077	679 428	27,7	25,0	30,4
Negro	959 574	276 110	28,8	25,2	32,3
Zona de residencia					
Urbana	7 253 128	2 001 227	27,6	25,4	29,7
Rural	2 067 933	590 395	28,6	25,3	31,8

Tabla 18.1. (continuación)

	N	Si		IC 95 %	
		No.	%	LS	LI
Estado civil					
Soltero/a	3 048 046	688 367	22,6	20,1	25,1
Casado/a	3 031 994	914 353	30,2	27,3	33,1
Viviendo en pareja	2 129 012	600 946	28,2	26,3	30,2
Viudo/a	523 917	204 022	38,9	35,6	42,2
Separado o divorciado/a	588 092	183 935	31,3	27,0	35,6
Escolaridad					
Ningún nivel aprobado	192 231	66 134	34,4	29,5	39,3
Enseñanza primaria	680 629	245 277	36,0	32,2	39,9
Secundaria básica	2 079 978	620 170	29,8	27,0	32,6
Obrero calificado	329 540	70 928	21,5	14,3	28,7
Técnico medio	1 760 323	433 827	24,6	22,5	26,8
Preuniversitario	2 570 927	701 903	27,3	24,8	29,8
Universitario	1 707 432	453 384	26,6	23,7	29,4
Actividad laboral					
Trabajador estatal	3695 162	942 109	25,5	23,2	27,8
Trabajador corporación	96 581	21 064	21,8	12,4	31,3
Trabajador cuenta propia	1 270 468	269 192	21,2	18,2	24,2
Estudiante	663 310	111 926	16,9	14,3	19,4
Quehaceres del hogar	1 157 516	385 505	33,3	30,5	36,1
Jubilado/a / Pensionado/a	1 493 659	607 572	40,7	37,5	43,8
Sin vínculo laboral	944 365	254 255	26,9	23,4	30,5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Cuba, 2018. *Leyenda*: LS: Límite superior. LI: Límite inferior.

Tabla 18.2. Utilización de los servicios de salud según factores inherentes a los servicios. Encuesta Nacional de Salud, Cuba 2018

	N	Si		IC 95%	
		No.	%	LI	LS
La última vez que tuvo un problema de salud, ¿Qué hizo Ud. para solucionarlo?					
Acudió a un servicio de salud	9 321 061	6 401 507	68,7	66,0	71,4
Se automedicó		375 398	4,0	2,9	5,2
No hizo nada		346 106	3,7	3,0	4,4
Acudió a un servicio alternativo		110 504	1,2	0,8	1,6
No recuerda		2 087 545	22,4	19,8	25,0
¿Razón para que no acudiera a un servicio de salud?*					

Tabla 18.2. (continuación)

	N	Si		IC 95%	
		No.	%	LI	LS
El problema no le pareció muy serio	759 604	630 522	83,0	78,7	87,3
Prefirió utilizar un remedio casero		72 265	9,5	6,2	12,9
No tenía tiempo para acudir al establecimiento de salud		71 679	9,4	6,5	12,4
Otras razones		49 700	6,5	6,4	6,6
¿Cuál fue el servicio médico al que acudió?*					
Consultorio del médico de la familia	6 224 614	3 259 241	52,4	48,9	55,9
Hospital		2 005 396	32,2	28,9	35,5
Policlínico		1 711 519	27,5	24,7	30,3
Otras instituciones		410 226	6,6	6,5	6,7
¿Cómo accedió al servicio médico?					
Voluntad propia	6 298 154	5 727 727	90,9	89,5	92,4
Lo propuso un amigo o familiar		386 407	6,1	5,0	7,3
Fue remitido por algún personal de salud		184 019	2,9	2,1	3,7
¿Tuvo alguna dificultad para acceder al servicio de salud o ser atendido?					
Si	6 401 507	220 860	3,5	2,7	4,3
¿Cuál de estas dificultades tuvo que enfrentar?					
Lejanía del sitio de atención	191 714	59 606	31,1	20,4	41,8
Demora para ser atendido		40 943	21,4	14,5	28,2
Difícil acceso al servicio por tener el médico otra actividad planificada		23 793	12,4	8,2	16,6
Ausencia del facultativo		17 467	9,1	4,0	14,2
Dificultad para conseguir la cita		14 032	7,3	3,9	10,7
Otras dificultades		35 874	18,7	18,5	18,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Cuba, 2018. *Leyenda*: LS: Límite superior. LI: Límite inferior.*Admite más de una respuesta.

El 68,7 % (IC 95 % [66,0-71,4]) refirió que para solucionar su problema de salud acudió a un servicio de salud, fue mayor en mujeres (71,7 %) (IC % [69,0-74,3]) que en hombres, (65,6 %) (IC % [62,5-68,7]) con diferencia estadística (p <0,001), y se incrementó con la edad (p <0,001). El 4 % refirió haberse automedicado, el 3,7 % no hizo nada, y solo el 1,2 % acudió a un servicio alternativo. No obstante, el 22,4 % alegó no recordar lo que había hecho, los que pudieran estar incluidos en los tres grupos citados.

El 83 % (IC 95 % [78,7-87,3]) de las personas que no hicieron nada, se automedicaron o buscaron un servicio alternativo refirieron que la principal causa fue que el problema de salud no le parecía fuera serio, el 9,5 % prefirió utilizar remedios caseros y el 9,4 % no tenía tiempo para acudir a un establecimiento de salud.

Las personas que acudieron a un servicio de salud lo hicieron, fundamentalmente, al nivel primario de atención. El 52,4 % al consultorio del médico de la familia y el 27,5 % al policlínico. El 32,2 % refirió que acudió a un hospital (nivel secundario).

Más del 90 % de los que utilizaron un servicio de salud lo hizo por voluntad propia (espontáneo), el 6,1 % acudió a propuesta de un familiar o amigo y el 2,9 % fue remitido por algún servicio de salud.

Solo el 3,5 % (IC 95 % [2,7-4,3]) de los entrevistados manifestó haber tenido alguna dificultad para acceder al servicio de salud. No existe predominio importante en ningún grupo de edad, ni sexo, al solaparse los intervalos de confianza.

Entre las personas que manifestaron haber tenido alguna dificultad para atenderse, las causas más frecuentes fueron: lejanía del centro de atención (31,1 %), demora en ser atendido (21,4 %), difícil acceso al servicio, al tener el médico otras actividades planificadas (12,4 %) y por ausencia del médico (9,1 %).

En la tabla 18.3 se muestran algunos factores del usuario y el proveedor relacionados con la utilización de los servicios de salud.

Tabla 18.3. Utilización de los servicios de salud según factores del usuario y el proveedor. Encuesta Nacional de Salud, Cuba 2018

	N	Si		IC 95%	
		No.	%	LI	LS
¿Cuál fue el motivo de consulta la última vez?					
Chequeo de salud	6 296 406	2 066 356	32,8	29,7	36,0
Atención de una enfermedad reciente (aguda)		2 049 027	32,5	28,4	36,7
Control de la enfermedad crónica		1 049 763	16,7	15,1	18,3
Atención de urgencia		937 825	14,9	13,3	16,5
No recuerda		193 435	3,1	2,3	3,9
Durante la consulta ¿Pudo usted explicar detalles de su problema de salud al médico?					
Sí	6 304 515	6 120 849	97,1	96,6	97,6
¿Qué procederes o exámenes le realizaron durante la atención recibida? *					
Interrogatorio	6 074 366	5 598 092	92,2	89,8	94,5
Examen físico		5 391 809	88,8	87,2	90,3
Exámenes de laboratorio clínico		3 333 925	54,9	51,3	58,5
Exámenes Imagenológicos		1 170 757	19,3	17,1	21,4
Exámenes microbiológicos		673 264	11,1	9,6	12,6

Tabla 18.3. (continuación)

	N	Si		IC 95%	
		No.	%	LI	LS
¿Cuánto tiempo dedicó el médico a su atención durante la consulta?					
Menos de 15 minutos	5 686 055	1 045 600	18,4	16,3	20,5
Más de 15 minutos		4 640 456	81,6	79,5	83,7
¿Cómo calificaría la atención recibida en el establecimiento de salud?					
Muy buena	6 144 996	1 313 941	21,4	18,3	24,5
Buena		4 435 585	72,2	69,2	75,1
Regular		337 110	5,4	4,4	6,6
Mala		21 671	0,4	0,2	0,5
Muy mala		36 689	0,6	0,0	1,2
¿Sus ingresos económicos le permiten cubrir los gastos que le produce su problema de salud?					
Siempre	5 816 848	1 736 539	29,9	27,1	32,6
Casi siempre		1 705 120	29,3	26,3	32,3
Algunas veces		1 203 904	20,7	18,6	22,8
Casi nunca		579 173	10,0	8,5	11,4
Nunca		592 112	10,2	8,3	12,1
¿Cuáles han sido las causas de que tuviera en los últimos 3 meses dificultad para adquirir los medicamentos? *					
Falta de disponibilidad del medicamento en la red de farmacias	6 178 951	4 873 300	78,9	75,7	82,1
Por el costo del medicamento		409 779	6,6	5,2	8,1
Demora en la renovación del tarjetón		110 363	1,8	1,4	2,2
No ha tenido dificultad		1 221 213	19,8	16,9	22,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Cuba, 2018. *Leyenda*: LS: Límite superior. LI: Límite inferior.*Admite más de una respuesta.

El motivo de consulta más referido fue el de realizarse un chequeo médico (32,8 %), seguido de atención por enfermedad aguda (32,5 %), control de enfermedad crónica (16,7 %) y atención de urgencia (14,9 %). Las mujeres acudieron más para controlar una enfermedad crónica (18,0 % *vs* 15,0 %, p <0,001), los hombres concurrieron más a servicios de urgencia (17,3 % *vs* 12,8 %, p=0,001). En cuanto a la edad, los jóvenes (de 15 a 24) utilizaron más los servicios de urgencia (16,7 %) y fueron atendidos por enfermedades agudas (38,6 %), comparado con los sujetos de 65 y más años (p <0,001); a medida que aumentó la edad (75 años y más), las personas asistieron más por problemas crónicos (28,5 %, X2 tendencia-495,2; p <0,001).

Al preguntar, si la persona pudo explicar al facultativo en detalles su problema de salud, el 97,1 % (IC 95 % [96,6-97,6]) manifestó que sí, no existiendo predominio importante según grupos de edad, sexo, color de la piel y otras variables sociodemográficas.

Los procedimientos que con mayor frecuencia le realizaron durante la atención recibida fueron: interrogatorio (92,2 %) y examen físico (88,8 %); los exámenes más indicados fueron: laboratorio clínico (54,9 %), imagenológicos (19,3 %) y de microbiología (11,1 %).

El 81,6 % (IC 95 % [79,5-83,7]) refirió que el médico dedicó en su atención más de 15 min.

Es importante señalar que, el 93,6 % de los entrevistados calificó que la atención recibida en el establecimiento de salud fue muy buena (21,4 %) (IC 95 % [18,3-24,5]) o buena (72,2 %) (IC 95 % [69,2-75,1]), con cifras similares en ambos sexos y grupos de edad. Solo el 5,4 % la consideró regular y el 1,0 % de mala o muy mala.

Con relación al momento en el que las personas necesitaron atención médica en su comunidad y si esta fue proporcionada por el mismo facultativo, el 19,7 % manifestó que siempre y el 30,5 % que casi siempre. Sin embargo, el 22,2 % aludió que algunas veces, mientras que el 17,6 % declaró que casi nunca y el 10 % que nunca.

Al preguntar, si sus ingresos económicos le permitían cubrir los gastos que le produce su problema de salud, el 59,2 % se manifiesto de forma positiva (siempre o casi siempre); sin embargo, el 20,2 % refiere que casi nunca o nunca. Existió predominio entre las mujeres sobre los hombres que manifestaron que nunca.

De igual forma, los grupos de edades en edad laboral activa (menores de 65 años) refirieron que sus ingresos le permitían siempre o casi siempre cubrir sus gastos, mientras que los mayores de 65 años expusieron que casi nunca o nunca: En este último caso, esa proporción fue casi el doble con relación a los grupos más jóvenes (menores de 35 años) y predominó más en mujeres que en hombres.

El 78,9 % de los entrevistados señaló que habían tenido dificultad para adquirir los medicamentos en la red de farmacias, por falta de disponibilidad; esta proporción fue mayor en mujeres que en hombres (81,6 % *vs* 75,8 %, p <0,001) y en los mayores de 65 años, con incremento a mayor edad (X2 tendencia: -274,6; p <0,001). Solo el 19,8 % manifestó que no habían tendido dificultad para adquirirlos.

Discusión

Vivimos en un mundo donde los servicios de salud y la medicina moderna siguen estando fuera del alcance de cientos de millones de personas, lo cual constituye uno de los mayores retos de los sistemas de salud en la actualidad.[11]

Las personas que viven en países de ingresos bajos y medianos tienen un acceso reducido a los servicios de atención médica primaria y especializada, por tanto, no se benefician de los programas destinados a la detección temprana de enfermedades.[9] La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que, en Las Américas un tercio de sus habitantes no pueden acceder a servicios integrales de salud, por lo que continúa siendo una de las regiones más desiguales del mundo.[12]

El tema del acceso a los servicios de salud y su utilización ha sido muy controversial y abordado por importantes personalidades; todos convergen en que la disponibilidad de recursos, los aspectos socio-organizacionales y geográficos, las características del sistema sanitario y sus políticas públicas, además de las percepciones, creencias, normas y valores

de la población, repercuten en las personas para que reconozcan sus necesidades y busquen atención médica.[13, 14]

En Nigeria, la utilización de los servicios de salud se ha visto afectada por no contar con un sistema de atención primaria de salud sólido, debido, entre otras cosas, a la escasa financiación del sistema general de atención de salud, a las tarifas que deben pagar los usuarios para ser atendidos, a las largas distancias que deben recorrer para ser vistos en algunas regiones del país, las dificultades con el transporte y con su pago.[15]

El sector de la salud pública en Pakistán ha sido infrautilizado, debido a un enfoque insuficiente en la prevención y promoción de la salud, la centralización excesiva de la gestión, la interferencia política, la falta de apertura y el desarrollo deficiente de los recursos humanos. Manzoor y colaboradores[10] refieren que, los participantes, independientemente de los ingresos o la edad, optaron, principalmente, por centros de salud privados; la inmensa mayoría de los proveedores del país residen en el área urbana y atrae a la clase educada hacia ese sector.

Ager y Pepper,[9] en un estudio realizado en un distrito rural de la India, refirieron que los centros de cuidados primarios son los más accedidos, mientras que los hospitales asumen la gran carga de cuidado. Entre los factores que guían esos modelos de utilización de los servicios se encuentran: reputación del proveedor, costo de la atención (principalmente del tratamiento) y accesibilidad física, sobre todo por el transporte inadecuado y la falta de caminos.

De igual forma, en varios municipios del departamento de Nariño (Colombia), existen barreras geográficas de acceso a la salud, así como trabas administrativas, falta de infraestructura, de recursos profesionales y demora en las autorizaciones para lograr las citas.[16] Mientras, en Medellín, los programas que atienden enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, son los que mayor demanda originan, y no se evidencian grandes barreras para solicitar las citas ni para acceder a los medicamentos y exámenes de laboratorio.[17]

En Vietnam, la distancia promedio del proveedor al cliente no se percibe como una barrera para la utilización de los servicios de salud, contrario a lo que sucede en algunas zonas de Nepal.[10]

En el municipio de Campina Grande (Brasil) el acceso a los servicios está aumentando de forma importante, en relación con determinados servicios (como la consulta médica o procedimientos más complejos), sin embargo, el mayor acceso de la población residente en las regiones más carentes y por los más necesitados, continúa siendo desigual desde el punto de vista geográfico y social.[18] En México, aunque se da por hecho que existe disponibilidad de servicios médicos, que estos son aceptables y cumplen con los niveles de calidad establecidos, existe inequidad en la utilización, distribución y accesibilidad a los recursos.[19]

En un estudio realizado con una cohorte de niños de bajos ingresos de Miami-Dade, que padecían enfermedades crónicas, igualmente, se encontró una mayor utilización de los servicios de cuidados y urgencias.[20]

Mattson[21] considera que, en algunas regiones rurales pertenecientes a la Gran Llanura de Montana, el transporte y la geografía son factores que podrían facilitar o impedir la utilización del cuidado de salud.

En Cuba, si bien hay un sistema de salud universal y gratuito, diversas fuentes y actores identifican problemas de acceso a los servicios, los que deben ser visibilizados y tenidos en cuenta desde el ámbito académico y político.[22] Se han encontrado deficiencias, como el tiempo de traslado, de espera, y dificultades en el proceso de referencia y contrarreferencia, entre otros.

Los adultos mayores perciben brechas relacionadas con sus necesidades sentidas, como es el desplazamiento hacia servicios especializados, consideran que es difícil proporcionar criterios sobre sus necesidades y no hay prioridad para su atención. También señalan insatisfacciones de carácter subjetivo, como la accesibilidad, determinadas por el escenario económico y los procesos organizativos.[23] Algunas de estas brechas fueron referidas por las personas encuestadas.

En esta investigación, las mujeres fueron las que más utilizaron los servicios, lo que coincide con la mayoría de los estudios revisados,[2, 24, 25, 26, 27] y que puede ser explicado por varias razones: tener una mayor percepción de riesgo en relación con los hombres, mayor prevalencia de trastornos afectivos o de otras enfermedades que se presentan en el transcurso de sus vidas y que generan necesidad de consulta; también, a su rol de cuidadoras, a las tradiciones, costumbres o desigualdades sociales a las que aún se ven sometidas algunas mujeres en otras regiones.[2, 25, 27]

La edad es uno de los factores que más modifica el uso de los servicios de salud; por lo general, a medida que la edad aumenta, el número de contactos aumenta, como se muestra en esta investigación y en otros estudios, tanto nacionales como internacionales.[2, 4, 23, 25] La frecuencia mayor de padecimientos crónicos, el tiempo de evolución de estos, el nivel de riesgo que presenta una persona, la producción de un mayor número de discapacidades y la polimedicación exigen una mayor demanda de servicios en estos grupos etarios, así lo mostraron los resultados de un estudio realizado en una comunidad madrileña.[26]

En Holanda, los pacientes con múltiples enfermedades crónicas tienen un promedio de 18 contactos al año, fue altamente significativo el contacto, por causa a tener una enfermedad crónica, en comparación con aquellos que no la tenían.[28] Del mismo modo, en México y Etiopia, los pacientes con enfermedades crónicas se asociaron con una mayor utilización de los servicios de tipo especializado.[25, 27]

Los jubilados fueron los que más utilizaron los servicios, y las personas encargadas de los quehaceres del hogar, lo cual se corresponde con otros estudios realizados.[13,19] Debe señalarse que, independientemente de sus necesidades, los jubilados y amas de casa disponen de más tiempo para esos menesteres, mientras que los trabajadores, al estar en sus labores, tal vez, sientan menos necesidad o presten menos importancia al tema.

Las personas con nivel educacional medio y superior fueron los que más utilizaron los servicios de salud, lo que difiere con los resultados de otros estudios, donde se exhibe una relación inversa.[2, 25] Sin embargo, en un estudio realizado en una comunidad rural de Etiopía, no se evidenció diferencias, pues, tanto los participantes con nivel primario como superior fueron los mayores utilizadores.[27]

Una atención de calidad es aquella que se ofrece con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer las necesidades de salud del paciente. En relación a esto, más del 90 % de la población entrevistada refirió que, la atención recibida en el establecimiento de salud es buena o muy buena, lo que está en correspondencia con estudios realizados en población adulta mayor en países de la región.[18, 29]

Los patrones culturales de asistir a un curandero tradicional o hacer uso de remedios caseros son más usados por los habitantes de zonas rurales o en aquellos con menor posibilidad de acceder a los servicios de salud o a los medicamentos. Así lo muestran estudios efectuados en México y Etiopia, donde las personas con menos recursos tenían como primera opción visitar al curandero tradicional.[27, 30] Otro estudio, realizado en Pakistán, refirió que, el 51,7 % de los encuestados eligió la medicina complementaria y alternativa, mientras que el 48,3 % eligió la biomedicina.[10] En Cuba, generalmente, se hace mayor uso de los servicios formales de salud. Piñera y colaboradores reportan que, solo el 0,1 % recurrió a un servicio alternativo y el 5,1 % se automedicó.[2]

Al indagar sobre los gastos que les permiten cubrir sus problemas de salud, menos del 50 % de los entrevistados se manifestó de forma negativa.

Conclusiones

La necesidad de salud es en gran medida el factor determinante más importante de la utilización de los servicios sanitarios. De los factores predisponentes, solo el género ejerce un efecto moderado en la utilización de estos servicios.

La aplicación de este instrumento ofrece una aproximación a cómo se utilizan los servicios de salud y los alternativos por la población cubana. Su replicación, perfeccionamiento y adecuación en diferentes contextos será de ayuda a los decisores de salud para fortalecer el trabajo en el nivel primario de atención y así brindar un servicio de calidad a la población.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez-Salvá A, Diaz-Piñera A, Garcia-Roche R, Guerra–Chang M, Balcindes–Acosta S, Jova-Morel R, et al. Determinants of health service utilization in Centro Habana, Cuba. Trop Med Int Health. 2011;16 (suppl. 1): 344.
2. Díaz Piñera AM, Rodríguez Salvá A, García Roche RG, Balcindes Acosta S, Jova Morel R, De Vos P, et al. Utilización de los servicios médicos en un área de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2013:51(1):27-39. Disponible en: https://www.scielo.sld.cu/pdf/hie/v51n1/hie04113.pdf
3. Sánchez-Recio R, Alonso JP, Aguilar-Palacio I. The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. Gac Sanit. 2020;34(3):245–252 DOI: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.009
4. Mah JC, Stevens SJ, Keefe JM, Rockwood K, Andrew MK. Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. BMC Geriatr 2021;21(1):145. https://10.1186/s12877-021-02069-1. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-021-02069-1
5. De Vos P, Vanlerberghe V, Rodríguez A, García R, Bonet M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. Health Policy. 2008;85(1): 94-104. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.001
6. Rodríguez-Salvá A, Diaz-Piñera A, Garcia-Roche R, Guerra–Chang M, Balcindes–Acosta S, Jova-Morel R, De Vos P, Van der Stufyt P. Health seeking behavior in Centro Habana, Cuba: the family doctor as entry point to the health care system. Trop Med Int Health. 2011;6 (suppl. 1): 91.

7. Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, García R, De Vos P, Van der Stuyft P. Morbidity, utilization of curative care and service entry point preferences in metropolitan Centro Habana, Cuba. Cad Saúde Pública. 2016,32(10). Disponible en: https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n10/e00108914/
8. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q– Health Soc. 1973;51(1):95-124 Disponible en: https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-51/issue-01/51-1-Societal-and-Invidual-Determinants-of-Medical-Care-Utilization-in-the-United-States.pdf
9. Ager A, Pepper K. Patterns of health service utilization and perceptions of needs and services in rural Orissa. Health Policy Plan. 2005;20(3):176-84. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czi021
10. Manzoor I, Rahat Hashmi N, Mukhtar F. Determinants and pattern of health care services utilization in post graduate students. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2009;21(3):100- 105. Disponible en: http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/21-3/Iram.pdf
11. Díaz Piñera AM, Rodríguez Salvá A, García Roche RG, Guerra Chang M, Jova Morel R, Balcindes Acosta S, et al. Diseño y metodología para el estudio de la utilización de servicios médicos y alternativos en un área de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012,50(3):340-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300009
12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal; 2014. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud
13. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, León Sánchez A, Maldonado Cantillo G, Fernández González L, Álvarez Mesa N. Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico "Julio Antonio Mella", Guanabacoa, 2016-2017. Rev Cubana Salud Pública. 2020;46(4):e2350. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2350/
14. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):83-89. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n2/02.pdf
15. Ifeoma Umunna Z. Exploring the factors that contribute to poor utilization of primary health care services: A study of two primary health care clinics in Nasarawa state, Nigeria. [Thesis Masters in Public Health]. Nigeria: University of the Western Cape. Faculty of Community and Health Sciences. School of Public Health; 2012. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/58915577.pdf
16. Caicedo-Rosero AV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. Rev Gerenc Polít Salud. 2016;15(31):146-174. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000200146
17. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc Polít Salud. 2014;13(27): 242-265. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000200015
18. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. Enfermería Global 2014; Nº 33:267-278. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/administracion4.pdf

19. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud, determinantes e implicaciones Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):82-93. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021
20. Prunty M. Chronic Illness and Health Care Utilization Among Low-Income Preschoolers. Graduate Theses, Dissertations, and Problem Reports. 7231. College of Education and Human Services. West Virginia University; 2018.
21. Mattson J. Transportation, Distance, and Health Care Utilization for Older Adults in Rural and Small Urban Areas. Transportation Research Record. 2011;2265(1):192-199. DOI: http://doi.org/10.3141/2265-22
22. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(2):272-286. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012
23. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Calero Ricard JL, Álvarez Vázquez L, Castañeda Abascal I. Necesidades de atención en salud por adultos mayores cubanos. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(3):401-412. Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n3/401-412/es
24. García Roche RG, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Van Der Stuyft P. Utilización de los servicios del nivel primario de atención por los ancianos en tres policlínicos de Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012;50(3):320-329. Disponible en: https://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/444/375
25. Ramos-Alania A. Uso de los servicios de salud por los adultos mayores en el hospital Regional Herminio Valdizán Medrano. Gaceta Científica. 2020;6(1): 54-62. DOI: https://doi.org/10.46794/gacien.6.1.722
26. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, del Cura González I. Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. Rev Esp Salud Pública. 2019;93:6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201909082.pdf
27. Tilahun H, Debalkie Atnafu D, Asra de G, Minyihun A, Mulugeta Alemu Y. Factors for health care utilization and effect of mutual health insurance on health care utilization in rural communities of South Achefer Woreda, North West, Ethiopia. Health Economics Review. 2018;8:15 Disponible en: https://healtheconomicsreview.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13561-018-0200-z.pdf
28. Van Oostrom SH, Picavet HSJ, de Bruin SR, Stirbul, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. BMC Family Practice. 2014;15(61): Disponible en: https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-15-61.pdf
29. García Roche R, Rodríguez-Salva A, De Vos P, Van del Stuyft P. Inequidades de género y utilización delos servicios del nivel primario de atención en tres policlínicos de Cuba. Rev Cub Hig Epidemiol. 2013;51(3):Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_3_13/hie07313.htm
30. Corell-Doménech M. Terapeutas alternativos en México y la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023: comunicación, creencias y factores socio-económicos. Perspect Comun. 2019;12(1):59-77. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48672019000100059

Inequidades de género y utilización de los servicios del nivel primario de atención en tres policlínicos de Cuba[1]

René Guillermo García Roche, Armando Jorge Rodríguez Salvá, Pol de Vos, Patrick Van der Stuyft

Introducción

Los términos sexo y género se utilizaron indiscriminadamente en el argot científico hasta mediados de la década del 80, pero a partir de esa fecha, comenzó a diferenciarse el uso de ambos términos. La palabra sexo hace referencia a las características biológicas, predeterminadas y relativamente invariables, como las anatómicas y fisiológicas del hombre y de la mujer; mientras que el término género es utilizado para indicar características socialmente construidas, como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los sentimientos, los valores, las conductas, el acceso y el poder sobre los recursos y las actividades que constituyen la definición de masculino y femenino, en las diferentes culturas.[1, 2, 3]

Los organismos de los individuos del sexo masculino y del femenino tienen patrones de comportamiento diferentes ante las agresiones del medio, que comprometen a la salud y hacen necesario estudiar los aspectos psicosociales de las enfermedades, y la influencia del género en la salud y la enfermedad de los individuos para explicar todas las diferencias entre la morbilidad y la mortalidad entre los sexos.[4, 5, 6] Por ejemplo, los masculinos tienen una sobremortalidad para casi todas las causas de muerte y edades, mayor vulnerabilidad ante los accidentes, mayor consumo de drogas, alcohol, tabaco y aumento de la gravedad de los padecimientos con respecto a las femeninas. En cambio, estas se enferman más, demandan más asistencia médica por enfermedades agudas, padecen con más frecuencia diabetes, artritis, colecistopatías, hipertensión arterial; son más propensas al consumo de tranquilizantes y al padecimiento de trastornos afectivos.[1, 2, 7, 8]

Las propias relaciones de desigualdad social entre los individuos del sexo masculino y femenino pueden impactar la salud y la vida de las personas. Por eso, en los estudios de género, es necesario tener presente el concepto de equidad en salud, que no es la distribución igualitaria de los recursos, sino la asignación y entrega de estos, según las necesidades particulares de cada sexo y de cada contexto socioeconómico, la eliminación de diferencias

[1] Adaptación del artículo original publicado en Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2013;51 (3):289-297.

remediables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.[2, 9]

También es importante destacar, que las desigualdades en la salud de los individuos del sexo masculino y femenino no todas implican una inequidad de género, pues esta se da con las desigualdades innecesarias, evitables e injustas, asociadas a desventajas en el plano socioeconómico.[1, 2]

La equidad de género en la atención en salud presupone que, los servicios de salud se asignen y se reciban diferencialmente, según las necesidades de cada sexo y que se paguen según su capacidad económica y no según su necesidad. La situación del sexo femenino es desventajosa en comparación con el sexo masculino, pues, en general, sus miembros necesitan más atención en salud, y en los países en la que esta se paga, con frecuencia tienen menos capacidad económica para pagarla, porque reciben menos remuneración por su trabajo.[1, 2]

Desde 1978, en la Conferencia de Alma-Atá, se destacó la importancia de la atención de la salud como determinante del estado de salud para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000".[10] Lamentablemente, esta meta no pudo lograrse,[11] a pesar de los esfuerzos de los países participantes de llevar a efecto reformas en sus sistemas de salud enfocadas al desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS), que pretendía minimizar las inequidades en el acceso a la atención de la salud.

Después de la caída del campo socialista y el fin de la guerra fría, el mundo se vio envuelto en una compleja situación socioeconómica que acrecentó la pobreza de los países del Sur y con esto las diferencias Norte-Sur. Por esta razón, a partir de 1990 y a propuesta del Secretario General de Naciones Unidas, Butros Butros-Ghali, se celebraron una serie de cumbres internacionales para afrontar y tratar de remediar los grandes problemas de la humanidad. En septiembre del año 2000, en Nueva York, se celebró la Cumbre del Milenio, encabezada por representantes de 189 países que firmaron la Declaración del Milenio, la cual recoge ocho objetivos denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, el avance del VIH/sida y el sustento del medio ambiente.[12]

En Cuba, la reforma más importante realizada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el modelo de medicina familiar del nivel primario de atención, que pretende lograr equidad en los servicios de salud que se le brindan a los masculinos y a las femeninas; sin embargo, el tipo de sociedad patriarcal en que vivimos, las relaciones entre hombres y mujeres, los roles de género y, en general, las desigualdades de género podrían convertirse en inequidades de género en la atención de la salud.[1]

Este modelo da cobertura a toda la población se ha estado evaluando periódicamente, en distintos momentos,[13] para su reorganización, consolidación y modernización con nuevos métodos y estilos de trabajo que garanticen mantener los logros alcanzados por el SNS. Durante el periodo comprendido entre los años 2004 al 2008 se hizo una evaluación de la reorganización de los servicios de salud en el nivel primario de atención en tres policlínicos del país.

A pesar de la evaluación periódica del modelo, se desconocen las particularidades y la equidad en la utilización de los servicios según el género, lo que motivó la realización de este estudio, con el objetivo de identificar inequidades de género en la utilización de los servicios del nivel primario de atención.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo universo de estudio lo constituyeron los 7478 varones y las 7921 hembras con edades entre 20 y 59 años, vistos respectivamente en 10 816 y 28 098 consultas o terrenos, entre enero y diciembre de 2006. Se tomaron los datos de este año porque era cuando se estaban evaluando simultáneamente los tres policlínicos, en las áreas geográficas pertenecientes a:

- 15 consultorios del médico de la familia del Policlinico Universitario Dr. Enrique Barnet, del municipio Santa Isabel de las Lajas, en Cienfuegos.
- 8 consultorios del médico de la familia del Policlínico Felipe Ismael Rodríguez Ramos, del municipio San Antonio de los Baños, en La Habana.
- 16 consultorios del médico de la familia del Policlínico Docente Marcio Manduley, de Centro Habana, en Ciudad de La Habana

Las fuentes de información fueron los registros de pacientes atendidos (las hojas de cargo que llenaron los médicos en la consulta y en el terreno) y los listados de las poblaciones dispensarizadas del departamento de estadística de dichos policlínicos.

Se recogieron las siguientes variables:

- Total de personas por grupo de edad y sexo, que se les brindó atención médica en los consultorios estudiados de cada área, en el periodo de tiempo.
- Total de personas residentes en cada área de atención, por grupo de edad y sexo.
- Sexo de las personas: femenino y masculino.
- Tipo de servicios utilizados: consulta, terreno.
- Iniciativa en las consultas ofertadas: programadas, no programadas.
- Prescripciones médicas: alguna (al menos una), ninguna.
- Actividades preventivas: indicadas, no indicadas.

Para el análisis de los resultados se calcularon los siguientes indicadores: números absolutos, porcentajes y tasas anuales por habitantes/personas/año de las consultas ofertadas por sexo, para el total y en cada policlínico.

Los datos recogidos de la hoja de cargo fueron introducidos en una base de datos confeccionada al efecto, mediante la aplicación de Microsoft Access. Finalmente, con el paquete de programas estadísticos SPSS versión 11.5 y la aplicación de Microsoft Excel, se procesaron los datos y se obtuvieron los indicadores para el análisis de los resultados, los que se presentan en tablas.

Resultados

La tasa anual de servicios utilizados en los consultorios estudiados fue mayor en las hembras que en los varones, respectivamente, con cifras de aproximadamente 2,65 y 1,05 para las consultas y de 0,90 y 0,40 para los terrenos por habitantes/personas/año. Las cifras de hembras duplican las de los varones, esta regularidad se mantuvo en cada uno de los policlínicos. Los consultorios pertenecientes al Policlínico Docente Marcio Manduley son los que tuvieron las mayores tasas para hembras y varones, de 3,57 y 1,70 en las consultas y de 1,66 y 0,82 en los terrenos por habitantes/personas/año.

Comparando los porcentajes de consultas y terrenos del total de pacientes atendidos de cada sexo, el porcentaje de varones atendidos en terrenos fue discretamente mayor que el de las hembras (27,5 contra 25,2 %). Lo contrario ocurrió en las consultas, donde se atendió un mayor porcentaje de hembras que de varones (74,8 contra 72,5 %). En el Policlínico Docente Marcio Manduley y en el Policlinico Universitario Dr. Enrique Barnet se mantuvo esta diferencia entre hembras y varones; en el Policlínico Felipe J. Rodríguez, los porcentajes de hembras en los terrenos superaron a los varones solo en 0,4 %, lo cual no permite afirmar que este porcentaje sea superior al de los varones (tabla 19.1).

Tabla 19.1. Pacientes atendidos según tipo de servicio utilizado, policlínico y sexo, 2006

Policlínicos	Tipos de servicios												
	Consultas						Terrenos						Total
	Sexo masculino			Sexo femenino			Sexo masculino			Sexo femenino			
	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.
Felipe J. Rodríguez	1235	95,2	0,73	3440	94,8	1,99	62	4,8	0,04	188	5,2	0,11	4925
Marcio Manduley	5549	67,5	1,70	13459	68,3	3,57	2667	32,5	0,82	6258	31,7	1,66	27933
Enrique Barnet	1052	80,7	0,42	4108	86,5	1,70	251	19,3	0,10	643	13,5	0,27	6054
Total	7836	72,5	1,05	21007	74,8	2,65	2980	27,5	0,40	7089	25,2	0,90	38 912

De las consultas programadas, las hembras tuvieron tasas que duplicaron a las de los varones (0,88 contra 0,39 por habitantes/personas/año). En cambio, el porcentaje que representaron las consultas programadas dentro de cada sexo fue inferior en las hembras que en los varones (24,7 y 26,9 %). Fue una excepción el Policlínico Felipe J. Rodríguez, pues el porcentaje de consultas programadas de las hembras (16,5 %) casi duplicó a las de los varones (8,5 %).

En las consultas no programadas también las tasas de las hembras duplicaron a las de los varones, e igualmente los porcentajes de las hembras fueron superiores a los de los varones (tabla 19.2).

Tabla 19.2. Pacientes atendidos, según iniciativa, en las consultas ofertadas, policlínico y sexo, 2006

Policlínicos	Iniciativa en las consultas ofertadas												
	Programadas						No programadas						Total
	Sexo masculino			Sexo femenino			Sexo masculino			Sexo femenino			
	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.
Felipe J. Rodríguez	110	8,5	0,06	599	16,5	0,35	1187	91,5	0,70	3030	83,5	1,75	4926
Marcio Manduley	2641	32,1	0,81	5871	29,8	1,56	5575	67,9	1,71	13846	70,2	3,67	27933
Enrique Barnet	159	12,2	0,06	463	9,8	0,19	1140	87,8	0,45	4276	90,2	1,77	6038
Total	2910	26,9	0,39	6933	24,7	0,88	7902	73,1	1.06	21152	75,3	2,67	38897

Las tasas de actividades preventivas indicadas fueron más altas en las hembras (1,42) que en los varones (0,58), aunque en todos los policlínicos estas fueron bajas, excepto en el Policlínico Docente Marcio Manduley, con cifras de 2,71 y 1,23 por habitantes/personas/año, respectivamente, para hembras y varones. Sin embargo, los porcentajes de indicación de actividades preventivas en las hembras (40,0 % contra 39,9 % en los varones), no permite aseverar que se indicaron más actividades preventivas a las hembras que a los varones, porque estas ventajas resultaron pobres e irregulares y en ningún policlínico la diferencia entre unos y otros superó el 3 % (tabla 19.3).

Tabla 19.3. Pacientes atendidos según actividades preventivas indicadas, policlínico y sexo, 2006

Policlínicos	Actividades preventivas												
	Alguna						Ninguna						Total
	Sexo masculino			Sexo femenino			Sexo masculino			Sexo femenino			
	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.
Felipe J. Rodríguez	134	10,3	0,08	457	12,6	0,26	1163	89,7	0,69	3173	87,4	1,84	4927
Marcio Manduley	4020	48,9	1,23	10237	51,9	2,71	4196	51,1	1,29	9480	48,1	2,51	27933
Enrique Barnet	159	12,2	0,06	548	11,5	2,26	1144	87,8	4,53	4203	88,5	1,73	6054
Total	4313	39,9	0,58	11242	40,0	1,42	6503	60,1	0,87	16856	60,0	2,13	38914

Las hembras, al igual que en el resto de los rubros analizados, tuvieron tasas de prescripciones médicas por habitantes/personas/año muy superior a los varones, respectivamente, 3,40 contra 1,38. Entre los policlínicos, el Marcio Manduley fue el que tuvo las tasas de

prescripciones médicas por habitantes/personas/año más altas, 5,01 y 2,41, para hembras y varones, respectivamente. A uno y otro sexo se les hizo alguna prescripción médica, en un alto porcentaje, en los servicios que utilizaron y estos fueron muy semejantes en ambas categorías (95,8 % en las hembras contra 95,5 % en los varones); dentro de cada policlínico, los porcentajes también fueron similares, en un rango que va desde 94,2 % en los varones del Enrique Barnet, hasta 96,1 % en los del Felipe J. Rodríguez. Esto permite asegurar que se hicieron prescripciones médicas en la misma proporción relativa a las hembras y a los varones; sin embargo, debe destacarse, que hubo un porcentaje de ambos a los cuales no se les hizo ninguna prescripción médica, y estos porcentajes fueron desde 3,9 % para las hembras del Policlínico Felipe J. Rodríguez hasta el 5,8 % para los varones del Enrique Barnet (tabla 19.4).

Tabla 19.4. Pacientes atendidos según actividades, prescripciones médicas hechas, policlínico y sexo, 2006

Policlínicos	Prescripciones médicas												
	Alguna						Ninguna						Total
	Sexo masculino			Sexo femenino			Sexo masculino			Sexo femenino			
	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa	No.
Felipe J. Rodríguez	1243	95,8	0,73	3488	96,1	2,20	54	4,2	0,03	142	3,9	0,08	4927
Marcio Manduley	7854	95,6	2,41	18879	95,8	5,01	362	4,4	0,11	838	4,3	0,22	27933
Enrique Barnet	1228	94,2	0,49	4557	95,9	1,88	75	5,8	0,03	194	4,1	0,08	6054
Total	10325	95,5	1,38	26924	95,8	3,40	491	4,5	0,07	1174	4,2	0,15	38914

Discusión

El contexto socioeconómico cubano y la voluntad política del gobierno, que se materializa en un sistema de salud con objetivos, propósitos y directrices dirigidos a lograr la salud para todos de la forma más equitativa posible, han permitido que los logros alcanzados en esta esfera sean superiores al resto de los países de América Latina,[1] aunque a continuación se especificarán aspectos encontrados en este estudio que constituyeron inequidades de género, porque los servicios de salud no se asignaron ni se recibieron diferencialmente, según las necesidades de cada sexo.[1, 2, 9]

En este estudio, el comportamiento de la utilización de los servicios fue similar al reportado por otros autores.[1, 3] Una mayor necesidad de atención a la salud y a actividades preventivas en las hembras que en los varones, debido a las características específicas de su sexo (etapa reproductiva, climaterio, menopausia, ataque de ciertas enfermedades crónicas) es un hecho reconocido, que ha dado lugar al diseño e implementación en el país de programas particulares para este grupo de población,[14, 15] como el Programa materno infantil, que aborda la salud sexual y reproductiva de la mujer, incluyendo la prevención del cáncer de mama y el cáncer

de cuello de útero. Por esta razón, las tasas de actividades preventivas se consideraron bajas, cuando no lograron alcanzar la cifra de 2 para las hembras y de 1 para los varones.

Por otra parte, en las consultas se ofrecen más actividades asistenciales y en los terrenos más actividades preventivas. Sin embargo, la igualdad de los géneros es un objetivo de desarrollo del milenio y, en general, programarle o brindarle iguales o menores porcentajes de terrenos y de actividades preventivas a las hembras que a los varones constituye una inequidad de género, porque las actividades preventivas no se brindaron de acuerdo con las necesidades de cada sexo, como lo ratificaron las tasas de utilización de consultas y terrenos por uno y otro sexo, encontrados en este estudio.

En general, el bajo porcentaje de consultas programadas en los tres policlínicos podría indicar un mal control de los dispensarizados; pero, además, el menor porcentaje de consultas programadas entre las hembras que entre los varones (excepto en el policlínico Felipe J. Rodríguez, al parecer por un mejor trabajo de los equipos de salud de este policlínico) podría deberse a que estas hicieron una mayor utilización del servicio de forma espontánea, minimizando la importancia relativa de las consultas programadas para este grupo poblacional o a una programación deficiente de las consultas, en la cual se le programaron relativamente menos consultas a las hembras que a los varones y esto constituyó una inequidad de género.

Se ha planteado por otros autores,[16, 17, 18] que las hembras, habitualmente en las diversas etapas de la vida, necesitan atenciones y prescripciones médicas de forma diferencial a los varones, por las razones antes expuestas, pero la igualdad en los porcentajes de prescripciones médicas hechas a hembras y varones encontrados en este estudio podrían constituir también una inequidad de género, porque no se estuvieron cubriendo diferencialmente las necesidades de prescripción del sexo femenino.

Limitaciones del estudio

Aunque la variable diagnóstico del médico se recogió, no resultó útil para este estudio, porque en la investigación original solo se particularizaron los diagnósticos de hipertensión arterial y asma bronquial, usados como enfermedades trazadoras en la evaluación de los servicios de salud de los consultorios compartidos.

El total de individuos no fue exactamente el mismo en todas las tablas del trabajo, porque faltaban datos en algunas variables.

Los datos analizados tienen más de 5 años de recogidos, pero se consideraron útiles, porque no se encontraron otros trabajos en la literatura nacional que abordaran el problema.

Se concluye que, las formas de utilización y la no asignación proporcional de los servicios, según las necesidades de cada sexo, originan inequidades de género. El sexo femenino está en desventaja por estas inequidades.

Referencias bibliográficas

1. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Sal Públ. 2007;33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es

2. Guarnizo-Herreño CC, Agudelo C. Equidad de Género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Rev Sal Públ. 2008;10(Supl 1):44-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600005
3. Vega MJ, Bedregal GP, Jadue HL, Delgado BI. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev Méd Chile. 2003;131(6):669-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=es
4. Gálvez Pérez T. Indicadores de género en la salud. Monitoreo en Chile. Proyecto "Género, equidad y reforma de la salud en Chile". Santiago de Chile: OPS/OMS; 2003.
5. Las desigualdades, por razón de género, dificultan la atención a la salud mental de las mujeres. Argos Comunicación. Madrid: Intersalud; 2008.
6. Rohlfs I. Género y salud: diferencias y desigualdades. Madrid: Consorcio de bibliotecas universitarias de Cataluña; 2007. Disponible en: https://goo.su/ufTO
7. Diferencias en la salud de hombres y mujeres. Buenos Aires: Intramed; 1997.
8. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Equidad de género e interculturalidad: derechos y ejes determinantes para alcanzar la salud para todos. Ciudad de México: Entorno Médico; 2008.
9. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Sal Publ. 2002;11(5-6):327-34. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf
10. Declaración de Alma-Atá. Salud Pública Educ Salud. 2002;2(1):22-4. Disponible en: https://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1K4VPZ59K-1LGQVL6-1FS1/AlmaAta-02-1.pdf
11. López Jiménez M. Alma-Ata, 30 años después. Madrid: Foro Alerta Bibliográfica; 2008 Disponible en: https://www.e-mergencia.com/threads/alma-ata-30-anos-despues.24319/
12. Objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas, New York: ONU. Informe del 2005. 2005.
13. De Vos P, Vanlerberghe V, Rodríguez Salvá A, García Roche R, Bonet Gorbea M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. Health Policy. 2008;85(1):84-104. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.001
14. Hernández Gómez Lidia C. Presencia de la mujer en la Salud Pública Cubana. Rev Cubana Sal Públ. 2009;35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100010&lng=es
15. Verdeses Vázquez M. Programas de Gobierno y publicaciones sobre la mujer en Cuba. París: 60th IFLA General Conference - Conference Proceedings IFLANET/INIST. 1994. Disponible en: https://origin-archive.ifla.org/IV/ifla60/60-verv.htm
16. Rivas Alpízar E, Navarro Despaigne D. Factores relacionados con la demanda de atención médica para el climaterio. Rev Cubana Endocrinol. 2003;14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000300003
17. Velasco Areas S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Digital Solutions Networks SA; 2009.
18. Valls Llobet C. Género y salud: de la invisibilidad al mainstreaming de género en las políticas de salud. En: X coloquio internacional de geocrítica "Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales". Madrid: Universidad de Barcelona. 2008. Disponible en: http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/61.htm

Descripción del clima organizacional en diferentes estructuras de dirección de salud de una provincia en Cuba

Armando Jorge Rodríguez Salvá,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez,
Addys María Díaz Piñera,
Blanca Graciela Terry Berro

Introducción

La sociedad de nuestros días se caracteriza por ser una sociedad de organizaciones. Este fenómeno se ha extendido a todas las formas de actividad humana, convirtiendo la organización en la institución social dominante. La evolución de la sociedad ha situado a la organización como una parte integrante y fundamental de ella, hasta el grado de llegar a depender de ella para su propia existencia. Las organizaciones se han transformado en el mecanismo a través del cual la sociedad crece, se mantiene y se reproduce. Esta tendencia, que aparece después de la revolución industrial, se encumbra como la fuerza medular de las sociedades de fin de siglo y parece enmarcar los designios del presente milenio.

Se pensaba, que las organizaciones eran en su mayor parte una forma racional de coordinar y controlar a un grupo de personas, contaban con niveles verticales y relaciones de autoridad, sin embargo las organizaciones son algo más que eso, tienen personalidad, puede ser rígidas o flexibles, innovadoras o conservadoras.[1]

Schein[2] clasifica a las organizaciones como una coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procurar el logro de un objetivo específico o un propósito explícito y común, por medio de la división del trabajo y de las funciones, a través de una jerarquía de autoridad y responsabilidad. Por su parte, Robbins[3] la cataloga como una unidad social coordinada consistentemente, compuesta por dos o más personas, que funciona con una base de continuidad para lograr una meta común o una serie de metas.

Algunas organizaciones se especializan en ofrecer servicios y se consideran como un sistema organizado formalmente y compuesto por instituciones y organismos establecidos, cuyo objetivo es hacer frente a las diversas necesidades y demandas de la población.[4]

El estudio de las organizaciones que se especializan en brindar servicios es más complejo que el de aquellas que se basan en la producción. La velocidad de los cambios sociales que se presentan actualmente han modificado los esquemas y las estructuras tradicionales de las formas de pensar, sentir y actuar de millones de personas; por lo que se hace necesario realizar análisis que permitan indicar cuál es la situación de la organización, cómo se relacionan los individuos y los grupos y qué potencialidades pueden ser exploradas, así como cuáles son las dificultades que enfrenta el sistema organizacional.[5]

La forma de organización de un sistema de salud determina el modelo de atención, el cual está ligado a la manera en que la sociedad, ante los determinantes de salud, organiza sus recursos humanos, tecnológicos y materiales para afrontar integralmente los riesgos y proporcionar así los servicios a la comunidad.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba se estructura en tres niveles, que se corresponden con la estructura político-administrativa del país. El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud Pública y es el órgano rector, con funciones metodológicas, normativas y de coordinación y control, al cual se le subordinan directamente centros vitales, como institutos de investigaciones y hospitales altamente especializados. Los otros dos niveles están representados por las direcciones provinciales y municipales de salud, que agrupan a las instituciones a su respectivo nivel y que, al igual que en el nivel central, se subordinan desde el punto de vista administrativo a las estructuras de gobierno en los distintos niveles organizativos, representando sus intereses ante ellos y dando respuesta a las demandas y necesidades de la población.

El nivel primario de atención es un área muy sensible y priorizada dentro de los sistemas de salud, formando parte importante de la ruta crítica; además, es el primer contacto que tienen los pacientes que acuden a dicho servicio demandando atención y necesidad de repuesta.

El ambiente organizativo interno de un centro asistencial de salud requiere tener un alto nivel organizativo y muy bien delimitadas sus funciones para poder ofrecer un servicio con alta calidad, y que así los usuarios externos e internos se encuentren satisfechos.

El ambiente organizacional se reconoce como un aspecto importante del componente organizacional, es vital en la gerencia de los servicios. La Organización Panamericana de la Salud (OPS)[6] lo define como la propiedad del ambiente interno de la organización que es percibido y experimentado por sus miembros y que influyen en su comportamiento.

Los problemas percibidos en el servicio, muy probablemente, tienen su origen en el manejo inadecuado de la gerencia, aunado a otros factores de orden organizacional. Por tal razón, es imprescindible realizar en las instituciones un diagnóstico organizacional, que no es más que el proceso de solución de problemas, identificando las disfunciones organizacionales, las debilidades, las áreas de desacuerdos, las prioridades y los objetivos, permitiendo la generación de estrategias y el desarrollo de planes para su implementación.[7]

Un diagnóstico muy recurrido en la actualidad es el del clima organizacional, debido a que permite ampliar las perspectivas de análisis, desde un enfoque parcializado a uno más global, que sea capaz de integrar el ambiente como una variable sistémica y que abarque fenómenos diversos desde una visión compleja.[8]

El estudio del clima organizacional es de gran importancia, constituye un elemento esencial en el desarrollo de la estrategia gerencial de una institución, posibilitándole al directivo una visión perspectiva de la organización y un elemento diagnóstico de la realidad.[9] El clima organizacional le brinda vitalidad a los sistemas organizativos y permite una mayor productividad, debido a su evidente vinculación con el recurso humano. Este fenómeno ha tomado auge ante la necesidad de comprender todo lo que influye en el rendimiento de las personas, como condición ineludible en la obtención de la excelencia en el proceso del cambio, y así lograr una mayor eficiencia organizativa.[10]

Por tanto, el clima organizacional refleja las facilidades o dificultades que encuentra el trabajador para aumentar o disminuir su productividad. Es por ello que, cuando se evalúa, hay que determinar, mediante la percepción de los trabajadores, cuáles son las dificultades que existen en una organización y la influencia que sobre estos ejercen las estructuras organizativas; los factores internos o externos del proceso de trabajo actúan como facilitadores o entorpecedores del logro de la calidad de los objetivos institucionales.

El clima organizacional tiene una importante relación en la determinación de la cultura organizacional de una institución, entendiendo como tal, el patrón general de conductas, creencias y valores compartidos de sus miembros.[11]

Los términos 'clima organizacional' y 'cultura organizacional' a veces son tratados como conceptos diferentes, ya que surgen de distintas tradiciones teóricas, pero tienen muchos elementos que se superponen. Cultura, se aplica al sistema de valores profundamente arraigados, inherentes a las organizaciones y difíciles de cambiar.[13] La estrategia y las disposiciones de la organización, el entorno externo y las fuerzas históricas, influyen en el contexto en el cual el grupo opera. Estas influencias se desarrollan fuera del grupo de trabajo y no dependen del control directo del gerente. Burke[14] plantea que los cambios en el clima son más alcanzables que los cambios en la cultura, porque el clima está asociado con el nivel transaccional de la conducta humana, de las interacciones cotidianas y los intercambios. Así, mientras que cada organización tiene una cultura de la organización, cada grupo de trabajo (o equipo) dentro de la organización tiene su clima particular.[15]

En los últimos años se han desarrollado una serie de instrumentos para ayudar a las organizaciones a medir el clima organizacional. Sin embargo, estas herramientas son a menudo propiedad del sector privado (y por lo tanto, caras) o largas y complicadas de administrar, como el Q12 Gallup.[16] De los modelos presentados para medir el clima organizacional se infiere que, las dimensiones utilizadas por los distintos instrumentos varían de un autor a otro, entendiéndose que existen dimensiones comunes. Lo más importante es asegurar que las dimensiones que incluya un instrumento estén acordes a las necesidades de la realidad organizacional y a las características de los miembros que la integran, para que de esta manera se pueda garantizar la delimitación del clima de una manera precisa.

La OPS[6] se pronuncia a favor de la exploración del clima organizacional como herramienta evaluativa, aplicable en salud pública, a través de cuatro dimensiones básicas: motivación, liderazgo, reciprocidad y participación. Estas se subdividen en cuatro categorías, donde la identificación de los perfiles reales del clima organizacional se realiza a partir de reflexiones que emiten los encuestados; para ello, se aplica un instrumento, inventario del clima organizacional, que consta de 80 reflexiones.

Lo más relevante de este enfoque es que permite obtener, con la aplicación de un cuestionario, una visión rápida y bastante fiel de las percepciones y sentimientos que tienen los trabajadores, asociados a determinadas estructuras y condiciones de la organización e independientemente del nivel en que laboran.

Es importante evaluar el clima organizacional en los tres niveles de dirección (provincial, municipal y local), pero es fundamental el nivel institucional. Recordemos que, en este caso,

el nivel provincial debe ser considerado como estratégico, el municipal como táctico y el policlínico y los consultorios conformarían el nivel operativo y, desde esta lógica, es interesante conocer cómo se encuentra el clima en la base, pero también los puntos de encuentro y desencuentro con los niveles superiores.[17]

Una de las orientaciones específicas en las *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015* [18] es alcanzar el objetivo de incrementar la esperanza de vida al nacer de la población, con mayor salud y calidad de vida, para eso es esencial elevar la calidad del trabajo en el nivel primario de atención.

Por la importancia que reviste identificar cuáles son los elementos que facilitan o dificultan el trabajo es que se realizó este estudio en instituciones de salud de la provincia de Cienfuegos, con la finalidad de caracterizar el ambiente a través de la percepción de los usuarios internos, que permitiera percibir cuál es la apreciación que tienen los trabajadores sobre el clima organizacional de sus respectivas instituciones y los principales nudos críticos que pudieran ser utilizados para una futura propuesta de intervención.

Material y método

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, dirigida al estudio del clima organizacional en la Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos y el área de salud Enrique Barnet, perteneciente al municipio Santa Isabel de las Lajas, en el mes de julio de 2008.

El universo estuvo constituido por los integrantes de los consejos: de la Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos (23) y de la Dirección Municipal de Salud de Santa Isabel de las Lajas (22), así como médicos (12) y enfermeras de familia (18) de los consultorios del área de salud Enrique Barnet. Finalmente, el cuestionario fue aplicado a una muestra representativa de los integrantes del Consejo de Dirección Provincial (11 individuos), Consejo de Dirección Municipal (13 individuos) y a 6 médicos y 9 enfermeras de la familia, para un total de 39 individuos encuestados.

Para la caracterización del clima organizacional se utilizó el inventario del clima organizacional, una metodología del Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), del Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud, desarrollada por la OPS.[6]

Este es un instrumento de tipo proyectivo, que garantiza el carácter estrictamente confidencial de las opiniones emitidas y reduce los riesgos de la manipulación intencionada de las respuestas, permite identificar las percepciones individuales y grupales sobre la organización en que laboran y que inciden en las motivaciones y el comportamiento de las personas. El que lo llena, no necesita poner su nombre, por lo que no obstaculiza la espontánea sinceridad en las respuestas.

Para la identificación del clima organizacional se tuvo en cuenta la relación de las variables con las afirmaciones, según inventario, para el estudio de cada una de las cuatro dimensiones que lo integran (tabla 20.1).

Tabla 20.1. Variables con las afirmaciones correspondientes a las cuatro dimensiones, según inventario

Liderazgo	Afirmaciones
Dirección (D)	1-14-33-51-67
Estímulo de la excelencia (EE)	15-30-34-52-70
Estímulo del trabajo en equipo (ETE)	2-17-35-50-73
Solución de conflicto (SC)	16-31-36-55-68
Motivación	Afirmaciones
Realización personal (RP)	3-18-37-49-74
Reconocimiento de la aportación (RA)	19-32-40-56-69
Responsabilidad (R)	4-20-43-57-75
Adecuación de las condiciones de trabajo (ACT)	5-21-41-59-65
Reciprocidad	Afirmaciones
Aplicación al trabajo (AT)	6-22-42-58-71
Cuidado del patrimonio institucional (CPI)	7-23-44-60-72
Retribución (R)	8-24-39-54-66
Equidad (E)	9-25-45-53-76
Participación	Afirmaciones
Compromiso con la productividad (CP)	10-26-46-61-77
Compatibilización de intereses (SI)	11-27-47-62-78
Intercambio de información (II)	12-28-48-63-79
Involucración en el cambio (IC)	13-29-38-64-80

Las afirmaciones proporcionan una puntuación que oscila entre 0 y 5, tomando como valor mínimo aceptable 3. Se consideró satisfactoria cada dimensión cuando 3 o más criterios obtienen calificación igual o superior a 3 puntos; y no satisfactoria, si dos o más criterios obtienen calificaciones inferiores a 3 puntos.

Para realizar el procesamiento y análisis de la información se registraron las respuestas obtenidas del cuestionario en hojas de vaciamiento. Con esa información, se creó una base de datos en Microsoft Office Excel 2003, que fue analizada con el programa SPSS 11.5. Se procedió a la evaluación de las cuatro dimensiones: liderazgo, motivación, reciprocidad y participación con sus respectivas categorías. Como medida de resumen se empleó el promedio y se representó en figuras.

Aspectos éticos: Para la aplicación del instrumento se contó con el consentimiento de las autoridades sanitarias, de los integrantes de los consejos de dirección y de los médicos y enfermeras de familia, a quienes se le explicó detalladamente en qué consistía el estudio y se les aseguró la más estricta confidencialidad, privacidad y anonimato.

Resultados

A partir de la percepción de los prestadores del servicio, se caracterizó el clima organizacional en que desempeñan su labor, según dimensiones.

Liderazgo. Primera dimensión estudiada, dentro de ella se evaluaron las 4 categorías: dirección, estímulo a la excelencia, estímulo del trabajo en equipo y solución de conflictos (fig. 20.1).

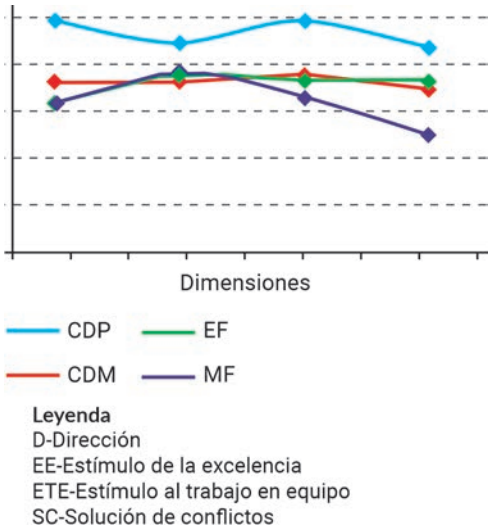


Fig. 20.1. Evaluación del liderazgo.

Dirección. La primera categoría del liderazgo examinada fue la dirección, la cual alcanzó en todas las áreas organizativas analizadas valores superiores a 3, que es el mínimo esperado. Sin embargo, estos valores disminuyeron a medida que fueron pasando los diferentes niveles organizativos: del estratégico, Consejo de Dirección Provincial de Salud con 4,91, al táctico, Consejo de Dirección Municipal de Salud con 3,62 y, finalmente, al operativo, enfermeras de familia con 3,23 y médicos de familia con 3,17].

Mientras que todas las respuestas que miden este elemento alcanzaron valores satisfactorios en el nivel estratégico (superiores a 0,60, que es el aceptado), existió consenso en los otros niveles de que hay dificultades en la orientación de las actividades, pues, por lo general, tienen muchas cosas que hacer y no saben por cual empezar, mientras que en el nivel operativo, tanto las enfermeras como los médicos de familia plantean que, cuando se presenta un problema especial, no se sabe quién debe resolverlo.

Estímulo por la excelencia. Fue la segunda categoría estudiada, que alcanzó en todas las áreas valores satisfactorios, 4,46 en el Consejo de Dirección Provincial (CDP), 3,61 en el municipal (CDM), 3,78 con la enfermera de la familia (EF) y 3,84 con el médico (MF).

En general, el clima organizacional es satisfactorio con relación a este parámetro, ya que las respuestas muestran, que los jefes se preocupan por mantener informado al personal sobre las nuevas técnicas relacionadas con el trabajo y se pone énfasis en la búsqueda de mejorar constantemente, mediante la incorporación de nuevos conocimientos e instrumentos

técnicos. A los directivos le interesa el desarrollo de las personas, pues les preocupa la calidad del trabajo y por el aporte de ideas para mejorarlo. Sin embargo, se manifiesta por parte del CDM y las EF que el personal ahorra esfuerzo en el cumplimiento de sus obligaciones.

Estímulo del trabajo en equipo. Fue la tercera categoría estudiado, alcanzando en todas las áreas valores por encima del mínimo esperado: 4,91 en el CDP, 3,77 en el CDM, 3,66 en EF y 3,32 en los MF.

El clima organizacional con relación a este parámetro es satisfactorio, pues se estructura en un ambiente de apoyo mutuo y la complementación de conocimientos y experiencias son puestas a disposición y beneficio de los objetivos de la institución y del grupo.

En el nivel estratégico, todas las respuestas relacionadas con el estímulo del trabajo en equipo alcanzaron promedios superiores a 0,60, mientras, tanto en el nivel táctico como en el operativo manifiestaron que los resultados del trabajo son el fruto de unos pocos, en el nivel operativo se añade que no todos aportan ideas para mejorar el trabajo.

Solución de conflictos. Fue la cuarta categoría estudiada, tres de las cuatro áreas organizativas analizadas obtienen valor superior a 3: CDP con 4,37, CDM con 3,47 y EF con 3,67, mientras que los MF alcanzan puntuación de 2,50, al obtener calificación de no satisfactorio en 3 de las 5 preguntas.

En la solución de conflictos se observa que, en los niveles táctico y operativo, cuando se analiza un problema, las posiciones que adoptan los compañeros no siempre son francas, se plantea además, que los problemas no se discuten siempre de una manera constructiva y que, cuando existen discrepancias, los directivos no se interesan por resolverlas; en resumen, que no se toman en cuenta las metas, motivaciones y necesidades que las personas involucradas aportan a la situación conflictiva.

Motivación. Fue la segunda dimensión estudiada, dentro de esta se valoraron las categorías: realización personal, reconocimiento de la aportación, responsabilidad y adecuación de las condiciones de trabajo (fig. 20.2).

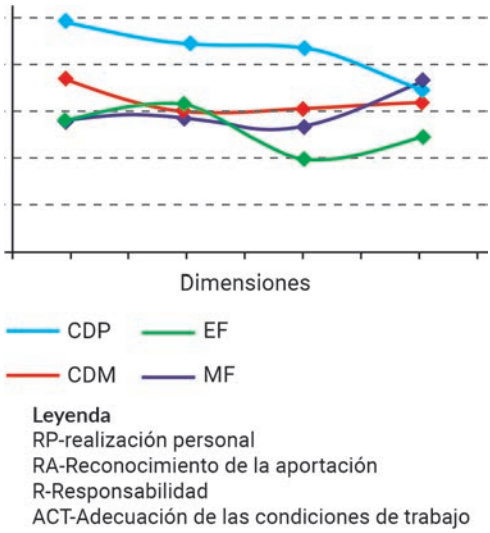


Fig. 20.2. Evaluación de la motivación.

Esos cuatros aspectos permitieron conocer cómo los integrantes de los diferentes niveles organizativos se sienten motivados en su trabajo.

Realización personal. En esta primera categoría analizada se observa que, a medida que disminuye el nivel organizativo se reducen los valores, el nivel estratégico alcanza la mayor calificación, con 4,91, el nivel táctico obtuvo valor de 3,69, mientras que en el nivel operativo las EF logran 3,01 y los MF no satisfactorio, con 2,84.

El clima organizacional en el CDP es satisfactorio, en relación con las respuestas a las preguntas sobre la realización personal, no ocurre así en el resto de las áreas administrativas estudiadas, donde todos concuerdan en que no pueden desarrollar su ingenio y creatividad. Las EF manifiestan, además, que tienen poca libertad de acción para realizar su trabajo, mientras que los MF plantean que no se sienten realizados profesionalmente.

En resumen, reconocen que el trabajo que desarrollan no tiene áreas que les permitan la innovación y la experimentación y no se emplean estrategias para hacer que el trabajo sea más significativo y para que los trabajadores participen en la decisión sobre sus propios procedimientos y planes de ejecución. Las expectativas de los trabajadores superan las satisfacciones en el desempeño del trabajo.

Reconocimiento de la aportación. Segunda categoría estudiada y una de las que mayores problemas presentó; aunque en el CDP alcanzó valor de 4,46 y todas las preguntas tuvieron respuestas satisfactorias, no ocurrió así en el resto de las áreas estudiadas: en el CDM alcanzó 2,99, las EF 2,89 y, aunque el resultado en los MF fue de 3,17, las respuestas a 2 de las 5 preguntas fueron catalogadas como no satisfactorias.

Estos resultados muestran que en el nivel estratégico el clima organizacional es satisfactorio, pues se reconoce y da crédito al esfuerzo realizado por cada persona o grupo en la ejecución de las tareas asignadas para el logro de los objetivos institucionales. Sin embargo, tanto en el nivel táctico como en el operativo (EF) es descrito como no satisfactorio. En el CDM plantean que no se reconocen a las personas que trabajan bien y no se estimula a los trabajadores por su buen desempeño; las EF agregan a esto último, que no se valora el esfuerzo realizado por cada persona o grupo en la ejecución de las tareas asignadas para el logro de los objetivos institucionales, lo que también es planteado por los médicos de familia.

Responsabilidad. Esta tercera categoría estudiada, en el nivel estratégico alcanzó 4,37, en el táctico 3,08 y en el operativo la situación fue más crítica, pues las EF tuvieron una puntación de 2,67 y en los MF fue de 2,00, muy por debajo del valor mínimo esperado.

Por primera vez, las cuatro áreas estudiadas concuerdan en una respuesta negativa ante una pregunta, y es que no cuentan con la confianza de los jefes, pues toda decisión que se tome es necesario consultarla con los superiores antes de ponerla en práctica. En los niveles táctico y operativo los trabajadores no están decididos a asumir, consciente y voluntariamente sus deberes en respuesta a las demandas de trabajo. Agréguese a esto, que los MF consideran que no se ejecutan las ideas que dan para el mejoramiento del trabajo y no se busca la forma de que cada cual tome decisiones acerca de cómo realizar su propio trabajo. En resumen, en el nivel operativo el clima organizacional fue evaluado de no satisfactorio.

Adecuación de las condiciones de trabajo. La cuarta categoría estudiada alcanzó el valor de 3,47 en el CDP, 3,23 en el CDM, 3,67 en las EF y en los MF 2,50, al obtener puntuaciones no satisfactorias en 3 de las 5 preguntas.

La adecuación de las condiciones de trabajo fue una de las dos categorías que en el nivel estratégico obtuvo valor inferior a 4, pues 2 de las 5 preguntas alcanzaron cuantías menores de 0,60. Existe concordancia en una respuesta en todas las áreas, y es que consideran que la calidad y cantidad de los recursos que se suministran para el cumplimiento de las funciones asignadas no son congruentes con la naturaleza misma del trabajo. En resumen, no cuentan con los elementos de trabajo necesarios para desarrollar su labor. Los MF expresan, que las condiciones ambientales físicas y sicosociales en que se realiza el trabajo no son adecuadas, y la mayoría se sienten insatisfechos con el ambiente físico en que trabajan. Por las respuestas ofrecidas se considera, que el clima organizacional en que se desarrollan los MF no es satisfactorio en relación con este parámetro.

Reciprocidad o compromiso. Fue la tercera dimensión estudiada y dentro de ella se valoraron las siguientes categorías: aplicación al trabajo, cuidado del patrimonio institucional, retribución y equidad (fig. 20.3).

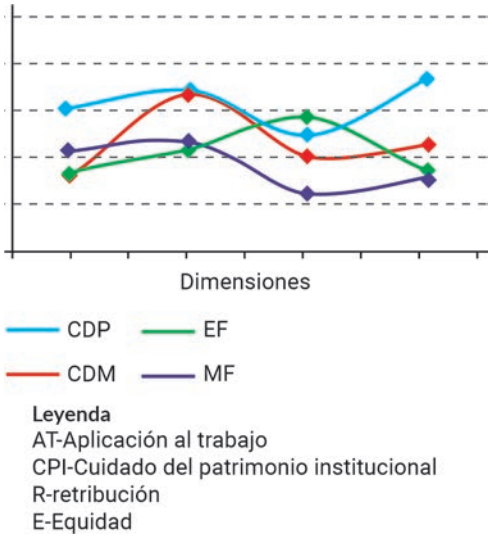


Fig. 20.3. Evaluación de la reciprocidad o compromiso.

Aplicación al trabajo. La primera categoría estudiada alcanzó el valor de 4,01 en el CDP, 2,54 en el CDM, 3,11 en las EF y 2,67 en los MF.

Esta categoría fue evaluada como adecuada en el nivel estratégico (CDP) y en el operativo (EF), no ocurre así con el nivel táctico (CDM) y operativo (MF), sobre todo en el CDM, pues en esta área manifiestan inconformidades en 4 de las cinco preguntas. Refieren que los trabajadores no se esfuerzan por cumplir a cabalidad con sus obligaciones (en esta coinciden con los MF), que no se sienten motivados con el trabajo (planteamiento también realizado

por las EF y los MF), no se responsabilizan en controlar su propio trabajo y, por último, en coincidencia con los miembros del CDP y con las EF, manifiestan que a la gente no le gusta hacerse cargo de los trabajos importantes. En resumen, en esta área organizativa, al igual que entre los MF, hay dificultades en la adquisición de hábitos de trabajo en los que prime la exactitud, el esmero y el orden, y no muestran dedicación por el logro de los objetivos de su unidad y de la institución.

Cuidado al patrimonio institucional. En esta segunda categoría estudiada, todas las áreas alcanzan valores superiores al mínimo esperado, aunque disminuye a medida que baja el nivel organizativo, 4,45 en el CDP, 4,31 en el CDM, 3,33 en las EF y 3,16 en los MF.

El cuidado al patrimonio institucional refleja que en las áreas el clima organizacional es satisfactorio, pues la mayoría de los funcionarios manifiestan cuidado de los bienes, así como también manifiestan preocupación por el fortalecimiento y defensa del prestigio, reputación y de los valores y la imagen de la institución.

Retribución. La tercera categoría estudiada fue la retribución, que alcanzó 3,46 en el nivel estratégico (CDP), 2,99 en el táctico (CDM) y en el operativo 2,23 entre las EF y 3,83 en los MF.

En 2 de las áreas organizacionales estudiadas (CDM y EF) la retribución fue catalogada como no satisfactoria. Aunque en las otras 2 áreas fue clasificada como satisfactoria, existe coincidencia en todos en que no se dan incentivos adicionales, en este caso la referencia es a estímulos morales y reconocimientos por el logro de la actividad. Por su parte, los miembros del CDM y las EF son de la opinión de que las personas que trabajan bien no son premiadas con una mejor posición en la organización, las EF consideran que no se les ofrecen buenas oportunidades de capacitación. En resumen, que en esta área los programas de desarrollo no preparan a los funcionarios para avanzar dentro de sus profesiones.

Con relación a la retribución se observa que, por primera vez, los MF manifiestan mayor satisfacción en una categoría estudiada que el resto de las áreas organizativas. Además, fue de todas la que más baja puntuación alcanzo entre los miembros del CDP.

Equidad. Fue la cuarta categoría estudiada, catalogada como satisfactoria tanto en el nivel estratégico (4,64) como en el táctico (3,24), no ocurrió así en el nivel operativo, en que tanto las EF (2,56) como los MF (2,68) alcanzaron valores bajos.

Los resultados indican que existe coincidencia en la opinión de los entrevistados, pues refieren que no son tratados con imparcialidad en los procesos de selección y promoción, y que estas carecen de objetividad, igualmente los MF y EF (nivel operativo) son del criterio de que no se trata a los funcionarios equitativamente, en condiciones de igualdad de trabajo, pues la eficiencia no implica reconocimiento de ninguna clase. Por último, en el nivel táctico (CDM) y operativo (EF) tienen la percepción de que las normas disciplinarias se aplican con subjetividad.

Participación. Fue la cuarta dimensión estudiada y dentro de ella se valoraron las categorías referidas al compromiso por la productividad, compatibilización de intereses, intercambio de información y la involucración en el cambio (fig. 20.4).

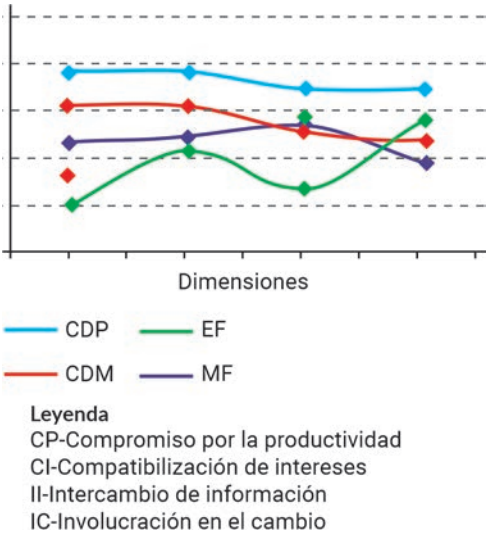


Fig. 20.4. Evaluación de la participación.

Compromiso por la productividad. La primera categoría estudiada alcanzó el valor de 4,82 en el CDP, 4,08 en la CDM, 3,34 entre las EF y 2,01 en los MF.

En el nivel operativo (MF), 3 de las 5 preguntas tuvieron resultados no satisfactorios. Tanto en el nivel táctico (CDM) como en el operativo (EF y MF) se verifica en el cuestionario que los trabajadores no realizan con óptima efectividad el servicio que les corresponde, mediante el cumplimiento de las funciones conforme estándares preestablecidos y adoptados, pues opinaron que, cuando hay un reto para la organización, todos los departamentos no participan activamente en la solución. Por otra parte, los MF consideran, además, que los problemas que surgen entre los grupos de trabajo no se resuelven de manera óptima para la institución y que el espíritu de equipo no es bueno.

Compatibilización de Intereses. Segunda categoría estudiada; alcanzó en todas las áreas estudiadas un valor por encima del mínimo esperado, en el CDP 4,82, en el CDM 4,07, en las EF 3,45 y en los MF 3,16.

A pesar de que el resultado fue satisfactorio en todos los niveles organizativos, en el operativo no es posible integrar la diversidad de sus componentes en una sola dirección (la del cumplimiento de los objetivos institucionales), pues tanto los MF como las EF opinaron que los limitados recursos no se comparten fácilmente con otros grupos, además, los MF son del criterio de que el poder está concentrado en unos pocos departamentos de la institución. En general, los objetivos de los departamentos son congruentes con los de la organización y no existen grandes conflictos entre ellos.

Intercambio de Información. Tercera categoría estudiada, alcanzó valores satisfactorios en el nivel estratégico (CDP 4,46) y táctico (CDM 3,52); en el nivel operativo las EF obtuvieron una puntuación de 3,68, pero en los MF fue de 2,33.

Tanto en el nivel estratégico como en el táctico existe un clima satisfactorio con relación a esta categoría; sin embargo, es preocupante la situación entre los MF, pues todas las respuestas fueron negativas. Consideran que la comunicación e intercambio de información importante sobre los propósitos comunes entre personas y grupos es deficiente, debido a que la información está concentrada en unos pocos y los que la poseen no la dan a conocer fácilmente, además, son del criterio, en coincidencia con las EF, en que tienen problemas debido a la circulación de información inexacta y que, generalmente, cuando va a hacerse algo, ellos son los últimos en enterarse. Por último, refieren que la información requerida por los diferentes grupos fluye lentamente.

Involucración en el cambio. La cuarta categoría estudiada obtuvo calificación satisfactoria en el nivel estratégico (CDP 4,46) y táctico (CDM 3,31), así como entre los MF en el nivel operativo (3,83), no ocurrió así entre las EF en las que alcanzó 2,89.

La involucración en el cambio refleja que, a pesar de que en la mayoría de las áreas estudiadas el clima organizacional es satisfactorio, no existe una actitud comprometida, que oriente y promueva el cambio, pues, tanto en el nivel táctico como en el operativo son del criterio de que las iniciativas de los grupos no reciben respaldo en sus superiores; en el CDM y entre las EF son de la opinión de que la adopción de nuevas tecnologías se mira con recelo, y los MF refieren que existen grupos cuyos intereses no favorecen el trabajo de la institución y se oponen a cualquier cambio.

En resumen, la percepción del clima organizacional por los miembros del CDP en su conjunto es satisfactoria. De las 16 categorías estudiadas, la mayoría[14] están por encima de 4 puntos, las que mayor valor obtuvieron fueron: dirección, estimulo del trabajo en equipo y realización personal. Solo 2 de las categorías estudiadas tienen puntaje de 3, ellas son: adecuación de las condiciones de trabajo y retribución. De las 80 preguntas que componen el cuestionario solo fueron evaluadas como no satisfactorias 6.

Los miembros del CDM tienen una percepción menos aceptable del clima organizacional de su institución, de las 80 preguntas 23 fueron evaluadas como no satisfactorias. De las 16 categorías estudiadas, 3 tienen valores de 4 o más: cuidado del patrimonio institucional, compromiso por la productividad y compatibilización de intereses, 10 tienen valores de 3, y 3 tienen calificación de no satisfactoria: reconocimiento de la aportación, aplicación al trabajo y retribución. La dimensión reciprocidad fue evaluada de no satisfactoria, por lo que en general el clima organizacional de esta área fue evaluado de aceptable.

Las enfermeras que laboran en los consultorios de la familia del municipio estudiado tienen criterios más desfavorables con relación al clima de su organización, de las 80 preguntas 31 fueron evaluadas como no satisfactorias. De las 16 categorías estudiadas ninguna obtuvo calificación de 4, 11, fueron calificadas como no satisfactorias. Ellas son: reconocimiento de la aportación, responsabilidad, retribución, equidad e involucración en el cambio. Las dimensiones motivación y reciprocidad_fueron evaluadas de no satisfactorias. En general el clima en que se desenvuelven las enfermeras de familia fue evaluado de no satisfactorio.

La visión de los médicos que laboran en los consultorios de familia con relación al clima organizacional fue aún más desfavorable. De las 80 preguntas del cuestionario 39 fueron

evaluadas como no satisfactorias. De las 16 categorías estudiadas ninguna obtuvo calificación de 4, 8. Tienen calificación de no satisfactoria: solución de conflictos, realización personal, responsabilidad, adecuación de las condiciones de trabajo, aplicación al trabajo, equidad, compromiso con la productividad e intercambio de información. Las dimensiones motivación, reciprocidad y participación fueron evaluadas de no satisfactorias. Por lo que el clima organizacional fue evaluado de no satisfactorio.

Discusión

A pesar de que la dimensión liderazgo fue calificada, en las cuatro áreas estudiadas, como satisfactoria, no ocurre así con el resto de las dimensiones. Se observa que, tanto en el CDM, como en los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia (CMEF), los problemas básicos de la dimensión reciprocidad o compromiso están centrados en la aplicación al trabajo y la retribución, los trabajadores están desmotivados, no quieren hacerse cargo de tareas importantes y no se esfuerzan por cumplir bien sus obligaciones. Por esa razón los directivos tienen dificultades en orientar y conducir el trabajo, lo que se convierte en obstáculos para la capacidad de lograr que los profesionales de los consultorios participen en la búsqueda de objetivos comunes, mediante la aceptación de las orientaciones dadas; por ende, presentan limitaciones en determinar y cuantificar la responsabilidad de los subalternos y las interacciones con otros grupos para lograr resultados esperados.

El CDM no alcanza a proporcionar suficiente información, ya que no existe comunicación entre las partes involucradas para que los problemas puedan determinarse con más claridad y las situaciones críticas se discutan más abiertamente, o sea, hay dificultades en resolver los problemas.

Segredo[19] refiere que, para poder cumplir con la misión asignada hay que tener en cuenta el funcionamiento de la organización como conjunto de procesos, y se deben integrar múltiples elementos que tienen que ver con la manera en que se desarrollan las actividades. También guarda relación con el intercambio de la información, elemento de la categoría participación. Refleja que el CDM tiene dificultades en comunicar e intercambiar información sobre los propósitos comunes para generar y fortalecer la voluntad para la acción coordinada entre personas y grupos, por eso es la deficiente capacidad de solución de conflictos, de intercambiar y discutir los resultados obtenidos y las dificultades para producir más y mejor; lo que según la OPS[6] influye en una insuficiente corresponsabilidad individual en la acción grupal, que refleja una escasa participación e involucración del personal en las actividades de la organización, en este caso los médicos y enfermeras de la familia.

Todo lo anterior contribuye a que no se proporcione una orientación técnica eficaz que fortalezca la toma de decisiones complementarias, ya que casi todos hacen su trabajo como mejor les parece, lo que podría estar relacionado con el hecho de que los profesionales pueden necesitar de alguna capacitación y actualización en materia de gerencia, para mejorar su desempeño, pues no tienen actualización sobre el tema. Estos datos coinciden con los estudios realizados por Segredo,[19] Presno,[20] Pupo[21] y Cardoso,[22] sobre todo en el elemento dimensional solución de conflictos.

A pesar de los problemas expuestos, tanto en el CDM como en los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia, los profesionales cultivan el estímulo del trabajo en equipo, pues, para cumplir las metas tienen que recurrir a todas sus capacidades y, cuando no saben hacer algo, reciben cooperación del grupo.

La debilidad mayor según el sentir de los médicos y enfermeras de la familia radica en la poca efectividad del liderazgo como fenómeno psicosocial dentro de la organización, destacándose la poca receptividad de los directivos, los problemas en la comunicación, la poca participación de los trabajadores, la pobre implicación y sentido de pertenencia, lo que demuestra la presencia de un liderazgo poco efectivo.

Es necesaria la comprensión de los directivos sobre la importancia del trabajo en equipo**,** de darle participación a los subordinados, que se sientan comprometidos y parte indisoluble del proceso, y así, generar un comportamiento organizacional capaz de lograr que los esfuerzos e intenciones de los trabajadores estén en consonancia con la misión de la institución y lograr altos niveles de satisfacción.

Los directivos deben contar con herramientas suficientes para lograr un clima sociopsicológico altamente positivo. Esto es posible y necesario a partir de procesos de intervención (capacitación) que les posibilite incorporar a sus métodos de dirección nuevas estrategias que les permitan convertirse en verdaderos líderes, condición imprescindible para lograr una organización con elevado rendimiento.

Reyes,[23] en su estudio sociopsicológico del clima organizacional, plantea que el cambio de mentalidad no es un proceso que se logra en breve tiempo, requiere de mucho esfuerzo, paciencia, deseos y dedicación para lograrlo; las aptitudes para el liderazgo no se estudian ni se aprenden, tienen un fuerte componente innato y en alguna medida sociohistórico.

Si los directivos no toman en cuenta las necesidades y motivaciones de sus subordinados, entonces las necesidades de realización personal no son satisfechas, y por esa razón, los trabajadores no se motivan a canalizar hacia el trabajo sus capacidades más creativas, además, las satisfacciones en el desempeño no superan las expectativas, pues consideran que las condiciones de trabajo no son adecuadas. Los profesionales perciben dificultades, ya que no cuentan con los elementos de trabajo necesarios, tales como un local adecuado, modelaje y archivos; no están motivados porque no cuentan con la confianza de los superiores, pues toda decisión que se toma es necesario consultarla con ellos antes de ponerla en práctica; no pueden desarrollar su ingenio y creatividad, lo cual puede reflejarse en la limitación de la capacidad de análisis para la toma de decisiones en la solución de problemas, por eso, los trabajadores están insatisfechos, lo que puede repercutir en bajos niveles de desempeño y en la calidad del servicio realizado.

En este estudio se coincide con Segredo[24] en que existen, además, otros elementos que podrían estar influyendo en esta realidad, como es la fluctuación o inestabilidad de los profesionales. El sistema de dirección en salud tiene un gran reto, y muy especialmente a nivel de las áreas de salud, ya que, para lograr los cambios previstos y garantizar la continuidad del proceso, es necesario lograr estabilidad en los cuadros de dirección. Esta opinión guarda relación con la dimensión motivación, ya que al decir de Chiavenato[25] la motivación está íntimamente relacionada con la fluctuación.

Los resultados obtenidos en este estudio, relacionados con la dimensión motivación, coinciden con los obtenidos por Iglesias,[11] Segredo,[19] Presno,[20] Cardoso[22] y Noriega;[26] sin embargo, el único elemento de esta dimensión que coincide con el estudio de Pupo[21] es la responsabilidad, pues, en este estudio todos los demás elementos obtuvieron un valor por encima del promedio mínimo aceptable.

Tanto los profesionales integrantes del CDM, como de los CMEF tuvieron la percepción de que, por lo general, no se les reconoce ni se realizan promociones por los buenos resultados ante el trabajo, exponen que la institución no ofrece buenas oportunidades de capacitación para el personal. Esto podría guardar relación con el incumplimiento de las actividades, pues refieren que el trabajo se hace superficial, lo que a su vez puede contribuir a insatisfacción entre los usuarios externos con los servicios recibidos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Segredo,[19] Pupo[21] y Cardoso.[22]

No obstante, en las instituciones de salud, los conflictos entre el núcleo operacional y el estratégico se ven amortiguados por las motivaciones ético-profesionales del personal, a diferencia de lo que ocurre en otras organizaciones, donde la motivación material tiene un mayor peso. Por esta razón, para motivar al personal hacia sus objetivos, se dan menos problemas en comparación con otras grandes organizaciones.

Hay que resaltar de forma positiva que, en el CDM, a pesar de las dificultades y problemas percibidos por sus trabajadores, existe en ellos una actitud comprometida, que orienta y promueve el cambio, se construye el futuro a partir de la experiencia asimilada en el pasado.

Un punto de interés cardinal para el logro de un mejor desempeño en salud pública es determinar si la satisfacción laboral conduce a ello.[27] En el proceso de trabajo, los médicos, las enfermeras y el resto del personal no pueden ni deben funcionar separados o independientes uno de otro. El trabajo es mutuamente suplementario, concatenado e independiente. A diferencia de otras organizaciones, alcanzar y mantener una coordinación adecuada, depende mucho de las habilidades, la capacidad y el comportamiento del personal.

Los resultados obtenidos en este estudio, relacionados con la dimensión participación, coinciden en el elemento compromiso con la productividad de los MF, con los obtenidos por Segredo,[19] Presno,[20] Cardoso[22] y Noriega;[26] sin embargo, en otras categorías, los resultados no coinciden con los referidos estudios, como por ejemplo, la involucración en el cambio en las enfermeras de familia y el intercambio de información en los médicos de familia.

Es fundamental que los directivos asignen a cada persona trabajos que encajen con su pericia y su capacidad de pensamiento creativo y que fomenten la motivación intrínseca. Deben, además, estimular a sus trabajadores, haciéndolos sentir como una parte fundamental de la institución, comprometiéndolos con ella. Segredo[28] y Marchant[29] señalan que la motivación intrínseca de las personas aumenta cuando son conscientes de que quienes les rodean están entusiasmados con su trabajo.

Es importante tener presente la capacidad de compartir la decisión con los subordinados, por tanto, un directivo en salud que permite la participación en la toma de decisiones está fomentando la dirección participativa, como un proceso en el cual los subordinados comparten una cantidad importante de la capacidad de decisión con sus superiores inmediatos. Para que ésta funcione debe haber un momento indicado para participar; los temas en que

intervengan los trabajadores deben ser importantes para sus intereses, ellos deben tener la capacidad de inteligencia, conocimientos técnicos, habilidades de comunicación para opinar, y la cultura de la organización debe respaldar su participación.[28] La participación aumenta el compromiso con las decisiones. Es menos probable que las personas rechacen una decisión que se pone en práctica, si han participado al tomarla.

Es de señalar, en este caso, que a medida que disminuye el nivel de decisión (de estratégico a táctico y operativo) el clima organizacional se torna menos satisfactorio. En el CDP es aceptable en las cuatro dimensiones estudiadas, en el CDM una dimensión (reciprocidad) fue evaluada de no satisfactoria, pero en general el clima fue valorado como aceptable, mientras que en los CMEF la situación fue más desfavorable, pues en las EF, 2 de las 4 dimensiones (motivación y reciprocidad) fueron juzgadas como no aceptables y entre los MF fueron 3 las dimensiones catalogadas como no aceptables (motivación, reciprocidad y participación). No se encontró en la literatura revisada algún artículo que analice en su conjunto estos niveles organizativos.

Las deficiencias percibidas en el CDM influyen y se reflejan en el clima organizacional de los CMEF, con un impacto negativo en sus comportamientos, motivaciones y desempeño y, por ende, en la calidad del cumplimiento de las actividades realizadas.

Por tanto, se debe tener claro que el clima organizacional es un fenómeno que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales, que a su vez se traducen en un comportamiento individual y colectivo que, en última instancia, tiene consecuencias sobre la organización, sus resultados y su impacto social.

El clima organizacional resulta ser un enfoque y una herramienta administrativa para proyectar un incremento en la productividad, reducir el ausentismo, los costos y conducir a posibles modificaciones de las organizaciones. Se derivan de la influencia de fuerzas internas o externas,[10] que obligan a los directivos a mantener una constante actitud de mejoramiento continuo, ya que en ello recae la supervivencia de las organizaciones.

Por eso, en salud, se le concede especial importancia a la valoración del clima organizacional, al constituir un elemento esencial en el desarrollo planificado de su estrategia organizativa, posibilitándole al directivo una visión futura.[30]

Es importante que exista un clima en el cual la comunicación sea fluida, que se escuche a los otros y se manifiesten los desacuerdos, que exista respeto entre las personas, que exista un nivel mínimo de real comprensión por el otro y que haya algún grado de afecto entre los integrantes; ello permite que el equipo se encuentre concentrado en la tarea. Si cada miembro quiere imponer sus objetivos y maneras de trabajar y resolver los conflictos y problemas, solo generará un clima de confusión y tensión, con choques.

Las dificultades percibidas en el clima organizacional manifiestan la deficiente capacidad de conducir y orientar el trabajo de las personas y de estimular la creatividad para garantizar el cumplimiento de las actividades a realizar, así como la deficiente habilidad de incorporarlos en la búsqueda de objetivos comunes, lo que repercute en los bajos niveles de desempeño, pues la relación crucial del desempeño es la relación de la persona con su contexto productivo, que a su vez influye en la calidad del trabajo realizado.

Los estudios organizacionales del sistema de salud cubano deberán considerar, como un elemento imprescindible para explicar las relaciones de producción en el sistema, el estudio minucioso, mediante una radiografía organizacional, del nivel primario de atención, entendido como un pilar o baluarte en el logro de los resultados.

Un segundo aspecto está relacionado con lo que pudiera llamarse el diagnóstico organizacional, o sea, un análisis de la salud interna de una organización de salud en función de las necesidades de los usuarios, de los prestadores y del entorno institucional.

El tema de la calidad de los servicios es más controvertido aún, ya que al decir de Marquet:[31] "si se tratara de una simple cuestión de método, hace tiempo que tendríamos unos excelentes servicios de atención primaria..., la calidad en atención primaria puede ser algo muy racional, técnico, basado en la evidencia, medible, pero siempre acompañado de algo emocional, sutil, de detalle", de ahí la necesidad de ver el tema de la determinación ligado, no solo a los resultados de salud, sino a cómo se organizan y se brindan los servicios de salud, a cómo es el clima en que se dan esas relaciones de producción que llamamos atención médica, a cómo se propicia un adecuado desarrollo del capital humano y, por ende, un mejoramiento continuo de su desempeño.

Para alcanzar un objetivo estratégico hacen falta tres requisitos: tener una visión de lo que se quiere, conocer aproximadamente las herramientas y recursos necesarios para su obtención y dar los primeros pasos.[32]

Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de realizar una reorganización en los servicios, teniendo en cuenta la nueva dimensión de la población por consultorios y recursos humanos disponibles, para poder alcanzar los objetivos preconizados en el Programa de Atención Integral a la Familia, teniendo en cuenta que la nueva estrategia sanitaria cubana tiene el reto de perfeccionar el sistema de dirección en salud, de modo que permita el logro de los objetivos que se propone para elevar la salud de la población cubana.

Procedimientos seguidos con los grupos focales

Se procedió de la siguiente manera: Se conforman por separado dos grupos focales, en uno participan los miembros del Consejo de Dirección Municipal de salud y en el otro médicos y enfermeras de familia, para que estos no se sientan limitados por la presencia de los otros y puedan expresar libremente sus opiniones. Estos grupos fueron guiados por dos personas: una que facilitó el proceso de registro de los aspectos discutidos y la otra para la animación de la discusión del grupo focal. Las dos personas se apoyaron mutuamente para cumplir con las tareas.

Se siguieron los siguientes pasos:

- Se entregó y revisaron las páginas que describen el propósito del estudio y sus principales resultados en el territorio. Se respondieron preguntas y comentarios.
- Se explicó a los participantes lo que se buscaba, diferentes puntos de vista, y que todos podían ofrecer diversas explicaciones acerca de los resultados obtenidos y los aspectos identificados como susceptibles de mejora organizacional, a partir de los resultados de cada dimensión y sus 4 elementos.

– Se pidió el consentimiento para participar en el estudio; el que no deseara participar podía salir.
– Se hicieron las siguientes preguntas a los participantes:
  • ¿Cómo conceptualizan el clima organizacional y sus cuatro dimensiones en su área de salud?
  • ¿Cómo perciben el clima organizacional y sus cuatro dimensiones en su área de salud hoy?
  • ¿Cuáles acciones se toman hoy para manejar ese clima organizacional?
– El facilitador introdujo el tema preguntando cómo ellos se ajustan a la problemática descrita por el estudio:
  • ¿Cuáles son sus principales elementos dimensionales afectados?
  • ¿Sobre cuáles puede incidirse ahora y a mediano plazo, al criterio de los miembros del grupo y cómo?
  • ¿Si había otros comentarios o ejemplos concretos que pudieran ayudar a comprender el manejo actual de las dimensiones del clima organizacional en el área de Salud de Lajas?
– Finalmente, se les agradeció por su participación.

Con el grupo focal de la Dirección Municipal de Salud de Santa Isabel de las Lajas se realizó una caracterización de los resultados y se analizó el funcionamiento organizacional del área de salud. Los resultados son similares a los obtenidos en otros estudios y es la percepción que tienen los que respondieron ese instrumento.

En todo el análisis se buscan soluciones administrativas, no punitivas, con el objetivo de mejorar la organización; se requiere de diferentes puntos de vista para explicar los problemas.

A los participantes se les pregunto:
– ¿Qué piensan de cada resultado?
– ¿Cuáles pueden ser resueltos?
– ¿De esos resultados, qué se puede modificar?

Los miembros del Consejo de Dirección Municipal de Salud de Santa Isabel de las Lajas tienen una percepción no aceptable del clima organizacional de su institución. De las 80 preguntas 23 fueron evaluadas como no satisfactorias. De las 16 dimensiones estudiadas, 3 tienen valores de 4, 10 tienen valores de 3 y 3 tienen calificación de no satisfactoria. Estas últimas son: reconocimiento de la aportación, aplicación al trabajo y retribución. El área crítica, reciprocidad, fue evaluada de no satisfactoria.

Los elementos con más bajo puntaje (elementos negativos) fueron:
– Liderazgo: solución de conflictos (3,47).
– Motivación: reconocimiento de la aportación (2,99), responsabilidad (3,08).
– Reciprocidad: aplicación al trabajo (2,54), retribución (2,99).
– Participación: involucración al cambio (3,31).

Principales planteamientos de los participantes:
– No depende de ellos resolver muchas de las cosas, pues no siempre tienen el alcance para resolverlas.

- La labor diaria se dificulta debido a la carencia de recursos que no siempre dependen de ellos. Tienen que buscar alternativas que no siempre están a su alcance. Hay problemas con el trabajo en equipo. Unos trabajan, pero otros no. No todos aportan.
- Lo subjetivo influye en el trabajo. Ha habido cambios. Los jefes no deben resolver los conflictos interpersonales, para eso se utilizan las diferentes comisiones.
- Se ha logrado estabilizar el Consejo de Dirección, lo que le da más estabilidad al equipo de trabajo. No ha sido igual con las reservas.
- Consideran que el Consejo de Dirección se involucra en las tareas y las soluciones; aunque no todos actúan igual.
- Preocupación: ¿Por qué las personas no quieren ocupar cargos de dirección? Son necesarios cambios en los métodos y estilos de dirección. Las personas se niegan a ocupar cargos pues no siempre utilizan con ellos métodos de dirección correctos. A veces, los directivos superiores son agresivos y esto hace que las personas no quieran adquirir responsabilidades, pues se sienten maltratadas.
- Es importante tener criterios colectivos para poder solucionar los problemas. Las soluciones deben ser consensuadas.
- Hay falta de comunicación. A veces hay problemas éticos, no tiene por qué utilizarse la violencia verbal. Eso hace que la ética profesional de algunos dirigentes sea baja.
- Es necesario conocer técnicas de dirección, de comunicación personal; buscar equilibrio entre ambas partes. Utilizar técnicas de negociación.
- Se solicitan tareas que son imposibles de cumplir en el tiempo, no se negocia con las personas y en ocasiones se maltrata a los subordinados. No se tienen en cuenta los medios materiales. No se reconoce la aportación, no solo material, sino también moral. No se estimula a las personas, al menos moralmente.
- Reconocen que no tienen formación como dirigentes y se trabaja de forma empírica. Se debe combinar la teoría con la práctica (cursos de dirección). El SNS está en plena revolución y reorganización de los servicios de salud, se está fortaleciendo, pero los problemas subjetivos atentan contra la calidad de la atención y hace que los servicios se deterioren. Es importante el trabajo en equipo. Eso permite que el margen de error sea mínimo, unos piensan de una forma y otros de otra. Pero debemos tener en cuenta que "todos somos importantes".
- Los jefes no saben delegar tareas. Por esa razón tienen un cumulo de trabajo que los agobia.
- El municipio no fue privilegiado en la construcción de CMF. Esto hace que se generen insatisfacciones de los EBS con las condiciones de trabajo. Influye la falta de privacidad en los CMF. Los MF y EF están desmotivados, porque se sienten sin condiciones, no solo materiales. Esto influye en el desempeño institucional. No se sienten realizados.
- Hay decisiones que en lugar de solucionar problemas lo que hacen es generar problemas. No se tiene en cuenta las necesidades reales de los lugares. A veces carecen de los insumos para poder cumplir las tareas asignadas.
- Para tomar una decisión deben colegiarla con las personas involucradas. Las decisiones no pueden ser tomadas de forma unipersonal. Deben tenerse en cuenta las necesidades y los recursos humanos con que se cuenta. Muchas veces no son objetivas.

Necesidades. Solo dos de los participantes han recibido cursos de técnicas de dirección. Hay que diseñar un curso de técnicas de dirección, hay necesidad de impartir un curso relacionado con "habilidades gerenciales en APS". ¿En qué forma se haría?, hay que buscar soluciones creativas. Depende de la lógica del proyecto.

A partir de los resultados obtenidos, posterior a la aplicación de los instrumentos, se realizó una intervención dirigida fundamentalmente a los directivos de la institución objeto de estudio. Para esto, se diseñaron cursos de capacitación y talleres relacionados con habilidades gerenciales en la APS. Como colofón se convocó a un grupo de reflexión para debatir las experiencias producidas en la etapa de intervención.

Procedimientos seguidos con los grupos focales de médicos y enfermeras de la familia

En este caso se procedió de la siguiente manera: Se les ofreció una panorámica general y se les explicó la caracterización de los resultados de la medición del clima organizacional realizado con los médicos y enfermeras de la familia. Se analizó el funcionamiento organizacional del área de salud y se explicaron que los resultados son similares a los obtenidos en otros estudios. Se les explicó que estos resultados son la percepción que tienen los que respondieron ese instrumento.

Es importante alcanzar soluciones administrativas no punitivas para mejorar la organización; buscar puntos de vista para explicar los problemas y alcanzar la integración de las diferentes áreas. Para ello es importante saber:

- ¿Qué piensan de estos resultados?
- ¿Cuáles pueden ser resueltos?
- ¿De esos resultados, qué se puede modificar?
- Los resultados alcanzados en la medición del clima organizacional fueron los siguientes:
- Las enfermeras que laboran en los consultorios de la familia en el municipio de Santa Isabel de las Lajas tienen criterios desfavorables con relación al clima de su organización. De las 80 preguntas del inventario, 31 fueron evaluadas como no satisfactorias. De las 16 dimensiones estudiadas ninguna obtuvo calificación de 4,11, todas tienen valor de 3, y 5 fueron calificadas como no satisfactorias: reconocimiento de la aportación, responsabilidad, retribución, equidad e involucración en el cambio. Las áreas críticas, motivación y reciprocidad, fueron evaluadas de no satisfactorias.
- La visión de los médicos que laboran en los consultorios de familia del municipio de Santa Isabel de las Lajas con relación al clima organizacional fue aún más desfavorable. De las 80 preguntas del cuestionario, 39 fueron evaluadas como no satisfactorias. De las 16 dimensiones estudiadas, ninguna obtuvo calificación de 4, 8 tuvieron valores de 3, y 8 calificación de no satisfactoria: solución de conflictos, realización personal, responsabilidad, adecuación de las condiciones de trabajo, aplicación al trabajo, equidad, compromiso con la productividad e intercambio de información. Las áreas críticas, motivación, reciprocidad y participación, fueron evaluadas de no satisfactorias.

Participaron 7 de los 12 médicos de familia y 5 de las 18 enfermeras de familia de los consultorios del área de salud Enrique Barnet del municipio Santa Isabel de las Lajas. Los participantes expresaron sus opiniones y consideraciones:

- Refieren que lo principal es ser honestos. Tienen muchas deficiencias. Los CMF son locales adaptados sin condiciones, lo que influye, sobre todo en estos momentos que hay que atender muchas personas. Incluso no tienen ventilador. Esto afecta la calidad del trabajo. Los trabajadores no se encuentran satisfechos con las condiciones de trabajo. Hay desconocimiento. No tienen las condiciones materiales adecuadas para el trabajo, lo que provoca descontento. Faltan modelajes. La estimulación al trabajador es deficiente. Se habla de estimulación moral, pero ningún médico es vanguardia. Lo que quiere decir que ninguno es bueno, si no cumplen con los programas eres malo en tu trabajo.
- Consideran que no se estimula el buen trabajo. Hablan de estímulo moral, no el material. Plantean que no son reconocido por lo que aportan. Su utilidad.
- Refieren que hay muchas reuniones. Después de las 4 pm. lo que necesitan es irse para su casa para resolver sus problemas.
- Consideran que, después del periodo especial, se ha ido degradando la ética. Se les llama la atención de mala forma, incluso delante de los pacientes, se habla mal de los compañeros. Se ha perdido el sentido de pertenencia. No existe el mismo respeto. No existen valores, no se dan las gracias.
- Quieren que actúen y resuelvan los problemas de una forma imposible de hacer, a veces se sienten como monigotes. Ellos pueden hacer cosas en su unidad y tienen que enviar los pacientes a Cienfuegos, por esa razón no se sienten como médicos. Cosas que ellos pueden hacer, no las están haciendo.
- Ellos no tienen la oportunidad de poder expresar sus opiniones. Solo tienen que cumplir lo que les piden, sin preguntar el por qué.
- Al principio el programa del MEF era muy bonito, con mejores condiciones. Ahora tienen que atender un número considerable de habitantes y no dan abasto para hacer funciones de prevención. Se han convertido en burócratas. No pueden estudiar ni actualizarse, pues las noches las deben utilizar en llenar papeles, pues no les da tiempo en su horario de trabajo hacer esas actividades. Esto desmotiva al médico. No saben cómo los residentes pueden estudiar, porque a ellos no le alcanza el tiempo para actualizarse. Solo los citan a reuniones para darles palos.
- No han podido trabajar en sus tesis, pues tienen su mesa llena de papeles. Entre reuniones y papeles pasan su tiempo. Son burócratas, se han convertido en oficinistas.
- Consideran que es imposible atender la cantidad de población que les han asignado. Están desmotivados, pues hay una burocracia generalizada. Otro problema es que desde el tercer año de la carrera no les venden bata sanitaria, y ya están en 2do año de la residencia; deben comprárselas en la calle para poder trabajar con una bata. No tienen uniforme para trabajar.
- Si la población se queja del médico o la enfermera les llaman la atención, en lugar de preguntarles. Uno no puede expresar que estaba haciendo, se le da la razón a la población y al profesional no se le deja expresarse.

Necesidades. Solicitan un método para autoevaluar su trabajo y que, mediante ese método, ellos mismos puedan medir la calidad de su trabajo. Es importante para ellos saber cómo alcanzar sus metas.

Consideraciones finales

Las instituciones de salud enfrentan hoy grandes retos y, dentro de ellas, el nivel primario de atención, donde se realiza gran esfuerzo para lograr la excelencia de los servicios; por lo tanto, es de suma importancia el papel protagónico que juegan en la obtención de indicadores de salud cada vez mejores, en la superación de su personal, en la toma de decisiones, en la comunicación con el entorno, en la creación y sostenimiento de los valores, la motivación, así como en mantener un ambiente de trabajo estable para alcanzar el logro de la misión.

El disponer de un clima organizacional satisfactorio se convierte en un elemento básico para obtener buenos resultados, por tanto, es fundamental desarrollar estudios que permitan ubicar cuáles son los puntos críticos que afectan al personal, para que estos alcancen sus objetivos y se corrijan a tiempo aquellos factores que pueden afectar su motivación o desempeño.

El personal que labora en los centros de salud juega un papel importante en la consecución de una mejora continua del trabajo, lo cual influye sobre la satisfacción de las personas que acuden al servicio, entendiendo como tal, el grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario, sin que necesariamente exista una relación directa con el nivel de calidad científica.

La estructura organizacional y su funcionamiento influyen en el clima psicosocial de la organización. Este ha de ser comprendido, permanentemente, para poder crear condiciones que satisfagan las expectativas de los miembros y, a la vez, para analizar su comportamiento motivado hacia los objetivos institucionales.

El incremento de la profesionalidad dentro del sector salud ha permitido garantizar la existencia de ciertos niveles mínimos de aptitud y capacidad, con un impacto directo en el desempeño y la efectividad de las acciones de la organización, lo que se refleja en la eficacia con que funciona.

Este profesionalismo diluye el concepto de autoridad formal y lo sustituye por una autoridad funcional. Esta motivación crea ausencia de una línea única de autoridad y genera problemas operativos y administrativos, así como psicológicos, relacionados con el poder de influencia de los médicos sobre el funcionamiento de la organización. Esta situación puede dificultar la coordinación de las acciones de la organización, de igual manera, se representan situaciones en donde no está claro a quiénes le corresponde la responsabilidad.

La multiplicidad de áreas técnicas y la diferenciación entre ellas lleva elementos esenciales de descentralización y las organizaciones debe saber administrarse para evitar conflicto y asegurar la eficiencia. El conocimiento del clima organizacional proporciona información acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales. Una cultura organizacional fuerte tendrá una gran influencia en el comportamiento de sus miembros,

debido a que el alto grado en que se comparte y su intensidad crean un clima interno de alto control de comportamiento.

Esta herramienta es una contribución importante a los programas de trabajo para fortalecer el desempeño de los gerentes y sus grupos de trabajo, con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud.

Aunque la metodología empleada no permite hacer una generalización a todas las aéreas de salud, fue indiscutible la existencia de numerosos conflictos percibidos por los trabajadores, como el desacuerdo sobre las autoridades y el poder entre el personal profesional y administrativo, la desmotivación del personal, la introducción de nuevos métodos de control, la falta de recursos y la capacitación, entre otros que obstaculizan la dinámica del trabajo e influían negativamente en el clima de los grupos.

Agradecimiento. Los autores agradecen a los integrantes de los consejos de la Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, de la Dirección Municipal de Salud de Santa Isabel de las Lajas, así como a los médicos y enfermeras de familia de ese municipio, los que cedieron generosamente su tiempo, su entusiasmo, su esfuerzo, su experiencia, su pensamiento creativo y su confianza para que este trabajo pudiera ser realizado.

Referencias bibliográficas

1. Álamo AC, Álvarez MC. Análisis del ambiente interno del servicio de emergencia del hospital regional «Santiago de Jinotepe, I Semestre del año 2002. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Escuela de Salud Pública de Nicaragua. [Tesis Maestría en Salud Pública]. Nicaragua: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2003. 121 p.
2. Schein EH. The role of the founding organizational culture. Organizational Dynamics; 1983, p 13-28.
3. Robbins S. Comportamiento Organizacional. Teoría y Práctica. Décima Edición. México. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., 2004
4. Edel R, García A, Guzmán F. Clima y compromiso organizacional. Vol. II, 2007. Serie Libros y Manuales: Finanzas, Contaduría y Administración. Unidad Multidisciplinaria: CIEA. Disponible en: http://eumed.net/libros/2007c
5. Rodríguez D. Diagnostico Organizacional. 3ra ed. Alfaomega, Chile.: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999
6. OMS / OPS. Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional. Programa Regional de desarrollo de servicios de salud. PSDCG-T-10. Vol.3. Módulo III. Unidad VI: 1-7; 1998.
7. Franco JD. Validación de una escala de clima organizacional en el sector de servicios en el noroeste de México. [Tesis Licenciado en psicología]. Hermosillo, Sonora: Editorial Universidad de Sonora. División de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación; 2008.
8. Delgado Torres N. Diagnóstico sobre las preferencias de clima organizacional de los bibliotecarios universitarios: el caso de las Universidades de Sao Paulo y Antioquia. Rev Interam Bibliot. 2006;29(2):99-117. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/RIB/article/view/1994/1643

9. Cañellas Granda J, Castellanos González M, Piña Loyola CN, Yera Sánchez A, Mir Ocampo I, Sánchez García Z. Aspectos del clima organizacional en el Policlínico Universitario. Medisur 2007;5(3):79-84. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2951221.pdf
10. Segredo AM, Pérez L. El clima organizacional en el desarrollo de los sistemas organizativos. INFODIR. 2007;(4). Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/236
11. Iglesias Armenteros A, Hernández Malpica S, Yera Sánchez A, López Sánchez I, Herrera Ortiz M, López Hurtado LO. Propuesta de intervención para clima organizacional. Su repercusión en gestión del cuidado pediátrico. Portalesmedicos.com Publicado: 23 de octubre de 2009. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1767/1/Propuesta-de-intervencion-para-clima-organizacional.-Su-repercusion-en-gestion-del-cuidado-pediatrico
12. Stringer R. El liderago y clima organizacional. Upper Saddle River, Prentice Hall; 2002.
13. Woodbury TJ. Construyendo la cultura organizacional – palabra por palabra. Leader to Leader Invierno 2006;39:48-54.
14. Burke W. Desarrollo organizacionnal: un proceso de aprendizaje y cambio. Reading, Addison – Wesley; 1993.
15. Perry C, Nancy LeMay, LeMay, Greg Rodway N, Rodway, Allison Tracy G, Tracy A, and Joan Galer Galer J. Validating a work group climate assessment tool for improving the performance of public health organizations. Hum Resour Health. 2005;(10). DOI: https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-10
16. The Gallup Organization. Gallup Q12. Ed. Princeton NJ. The Gallup Organization, 1999.
17. Alvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, De Vos P, Van der Stuyft P. Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2009;47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032009000100006&script=sci_arttext
18. Cuba.Ministerio de Salud Pública de Cuba. Proyecciones de la Salud Pública de Cuba para el 2015. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/proyecciones_salud_publica_2015/proyecciones_salud_publica_Cuba_2015.pdf
19. Segredo AM. Caracterización del clima de dirección en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Salud Publica 2009;35(4): 78-109. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n4/spu09409.pdf
20. Presno MC. Condiciones organizativas y género en el sistema gerencial del área de salud. [Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública]. Facultad de Salud Pública, Ciudad de la Habana; 1997
21. Pupo A, Santiago M. Estudio del comportamiento organizacional del Centro Iberoamericano para la Tercera Edad en el primer semestre del año 2002. Ciudad de la Habana; junio 2002.
22. Cardoso da Silva Leite Gomes C. Evaluación de la calidad del Programa de Control Sanitario Internacional. Policlínico Vedado. Enero - abril 2007". [Tesis para optar por el título de especialista de I grado en Higiene y Epidemiología]. Ciudad de La Habana; 2008.
23. Reyes J. Estudio sociopsicológico del clima organizacional: una propuesta de intervención desde el análisis del fenómeno del liderazgo. SANTIAGO 2003;(101): 309–312.

24. Segredo AM. Percepción del Clima Organizacional por Directores de policlínicos. Cuba, 2003. Correo Científico Médico de Holguín. 2004;8(4). Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori7.htm
25. Chiavenato I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
26. Noriega V, Ramos I, Couterejuzon L, Martin L, Mirabal M, Diaz G. Situación organizacional de los grupos de control de vectores en Ciudad de la Habana. Rev Cubana Salud Publica 2009;53(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200018
27. López-Araújo B, Osca-Segovia A, Peiró JM. El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. Psicothema 2007;19(1):81-87.
28. Segredo Pérez AM, Reyes Miranda D. Clima organizacional en salud pública. Consideraciones generales. Correo Científico Médico de Holguín. 2004;8(3). Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83rev4.htm
29. Marchant L (Ed). Actualizaciones para el management y el desarrollo organizacional. Universidad de Viña del Mar. Viña del Mar, Chile. Primera Edición: Diciembre; 2006
30. Maish E. Pautas metodológicas para la realización de estudios de clima organizacional. Gest Terc Milen. 2007;13(7):35-38. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/administracion/v07_n13/a10.htm
31. Marquet R. Calidad en atención primaria: diez años de errores de los que aprender (o sólo el que anda tropieza). Cuadernos de Gestión 2000;1:1-3.
32. MG. Evaluación del clima organizacional. 19 de Abril de 2006.

Representaciones sociales sobre hipertensión arterial en el área de salud Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa

Masiel Díaz López, Lisvett González Rodríguez,
Armando Jorge Rodríguez Salvá,
Milenia León Sánchez

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y disminuye la calidad y expectativa de vida. Su prevalencia va en aumento, mientras su grado de control permanece estancado. Es uno de los problemas médicos contemporáneos, denominado la plaga silenciosa del siglo XXI.

La HTA es definida como la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) a 140 mm Hg o más, o presión arterial diastólica (PAD) a 90 mm Hg o más, o ambos valores a la vez.[1] En el 90 % de los casos son de origen esencial o primario, debido a un trastorno poligénico en el que influyen múltiples genes o combinaciones genéticas. Sobre esta base genética, una serie de factores adquiridos o ambientales ejercen un efecto deletéreo para el desarrollo de la HTA; entre ellos se destacan el sobrepeso, la obesidad, una dieta pobre en potasio y con contenido elevado de sal, el sedentarismo, tabaquismo y la ingesta elevada de alcohol.

Unos 1130 millones de individuos a nivel mundial padecen de HTA, duplicándose en los últimos 40 años y, por tanto, tienen riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. En América Latina y el Caribe afecta entre el 20 y el 40 % de los adultos, lo que representa alrededor de 250 millones de personas.[2] En Cuba, la prevalencia de HTA en el 2017 fue de 225,1 por 1000 habitantes; sin embargo, La Habana reportó cifras superiores a la media nacional (260,6 por 10^3).[3] Esta situación se acrecentó, reflejándose en los datos del 2019 el aumento de la prevalencia de HTA a nivel nacional (233 por 10^3), mientras que en la capital se evidenció un ligero ascenso de la enfermedad (268,5 por 103).[4]

La hipertensión arterial se investiga hace varios años en el área de salud Julio A. Mella, perteneciente al municipio Guanabacoa, la cual contaba, al cierre del año 2017,[5] con una población de 50 330 habitantes, y dispensarizados como hipertensos 9772 individuos, para una prevalencia de 20,2 %. En la población del área se incrementaron los casos de HTA, por lo que se dispensarizan al culminarse el año 2019[6] un total de 10 027 hipertensos. Tales datos reflejan que la HTA continúa siendo una problemática de salud en el área, lo que requiere abordarla desde un enfoque multidisciplinario.

Desde las ciencias sociales, la Teoría de las Representaciones Sociales posibilita el estudio de los problemas en salud, en tanto se refieran a los significados que las personas erigen alrededor de una enfermedad y sus relaciones con la salud; además, enlaza las dimensiones subjetivas y sociales que componen esa construcción, orientando su comportamiento en el mundo social.

Las representaciones influyen en los comportamientos relacionados con el proceso de salud-enfermedad: estilos de vida, formas de afrontamiento, control, compresión y experimentación de la enfermedad. En esa relación, que involucra a la persona y sus problemas de salud, intervienen tres aspectos fundamentales: su naturaleza personal (el cuerpo), sus vivencias a lo largo de la vida y el ambiente físico, biológico y humano donde se desenvuelve.[7] Como interpretadora de los mecanismos sociocognitivos, esta teoría posibilita articular las creencias, pensamientos y experiencias sobre el cuerpo con las concepciones y prácticas sanitarias.

En Cuba, no son numerosos los estudios cualitativos que aborden la representación social del paciente hipertenso sobre su enfermedad.[8] Lograr un acercamiento gnoseológico de la hipertensión arterial, desde la perspectiva de la persona que lo padece, permite una visión necesaria del proceso salud-enfermedad, lo cual facilita la propuesta de políticas en salud para su prevención en primera instancia y un control adecuado.

Explorar las representaciones sociales sobre la hipertensión arterial de un grupo de personas hipertensas, pertenecientes al área de salud del Policlínico de Especialidades Docente Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa, constituye el objetivo del presente texto; a la vez que identificar en el área los factores de riesgo asociados.

Métodos

La presente investigación se basó en los postulados de Serge Moscovici,[9] padre fundador de la Teoría de las Representaciones Sociales, quien declaró que están conformadas por tres dimensiones (actitud, información y campo de representación), a la vez que otorgó protagonismo al contexto sociohistórico y cultural donde está inserto el individuo.

Este estudio conceptualizó las representaciones sociales sobre hipertensión arterial como un proceso de apropiación de la realidad, que implica la transformación y elaboración dinámica de explicaciones y prácticas relativas a la enfermedad. El proceso estuvo compuesto por actitudes, opiniones, creencias, informaciones y conocimientos, por lo que se exploraron las dimensiones afectiva y cognitiva (fig. 21.1). Como factores de riesgo se consideraron los aspectos que desencadenan una presión arterial alta, como obesidad, hábitos pocos saludables (sedentarismo, alimentación inadecuada, adicciones) y el estrés.

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y transversal, con un enfoque etnográfico, resultando relevante debido a la riqueza de información obtenida y a la complejidad del objeto de estudio. Fueron aplicados dos instrumentos: entrevista semiestructurada y registro etnográfico. Con la primera se exploraron las dimensiones cognitiva y afectiva de la enfermedad. Mediante el registro etnográfico se observaron los factores de riesgo asociados a la HTA en el área y los contextos de los investigados.

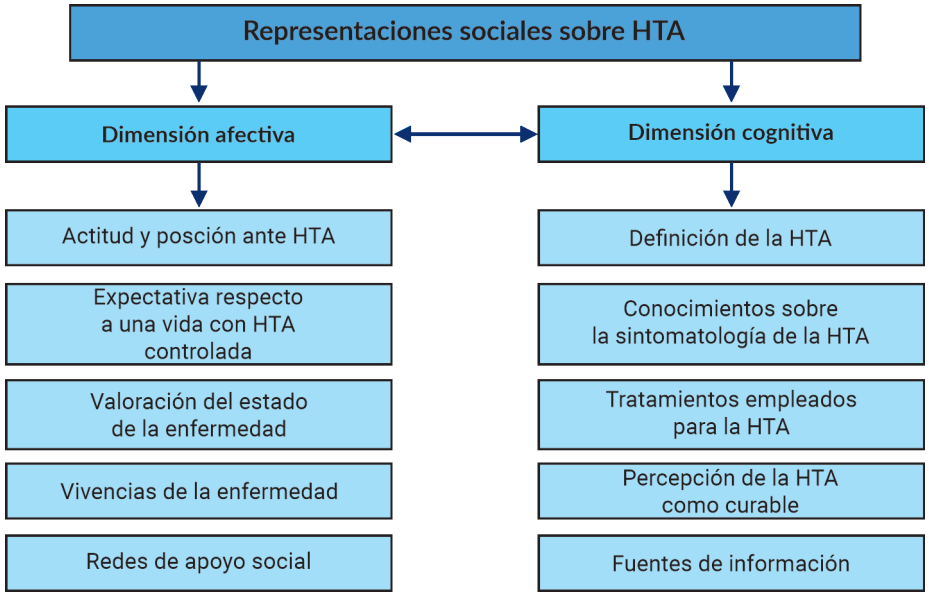


Fig. 21.1. Dimensiones de las representaciones sociales sobre HTA.

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico con los siguientes requisitos: individuos diagnosticados con HTA con al menos 1 año de evolución, mayores de 35 años, que hayan dado su consentimiento y no posean discapacidad mental. Fueron investigadas 30 personas hipertensas correspondientes a 10 consultorios pertenecientes al área de salud. Se entrevistaron a 10 informantes claves, en este caso directivos del policlínico, médicos y enfermeras de los consultorios seleccionados, para complementar las observaciones.

Para validar los instrumentos a la realidad del área, se realizó un estudio piloto en los dos primeros meses de 2017, en personas hipertensas pertenecientes a otros consultorios del área no incluidos en la investigación, para evitar sesgos. La aplicación de las técnicas validadas se efectuó desde marzo hasta julio de ese año y sus acciones se extendieron hasta 2019.

En cuanto al procesamiento de la información, se empleó el programa de análisis de datos cualitativos Nvivo8, para la saturación de categorías por índice de frecuencia de las entrevistas. Los datos se analizaron a través de la triangulación de la información obtenida de las entrevistas aplicadas y la documentación del registro etnográfico, mediante el análisis de contenido de las categorías.

La investigación no presentó riesgo alguno para la muestra. Todos los participantes firmaron el consentimiento y se les entregó una copia con los datos de contacto de los investigadores y el objetivo del estudio. Este último aspecto se dialogó con cada sujeto, se les explicó que la información proporcionada se utilizaría con fines investigativos, con acceso a ella de los investigadores del proyecto. Se les aclaró que, para garantizar su anonimato, durante el análisis de la información y la exposición de los resultados, sus nombres serían sustituidos por códigos. Se les solicitó la aprobación para grabar las conversaciones y se respetaron los criterios de aquellas personas que no accedieron a dicha petición.

Resultados

Particularidades del contexto. El área de salud Julio Antonio Mella se ubica en el casco histórico del municipio Guanabacoa, tiene una extensión territorial de 4,37 Km^2, considerándose un área densamente poblada. Desde el punto de vista organizativo posee 3 consejos populares: Villa I, Villa II y Roble-Chibás. Cuenta con 2 grupos básicos de trabajo, 41 consultorios médicos y varios centros de salud interrelacionados. Durante la aplicación del estudio existía déficit e inestabilidad en la plantilla médica del área. En los consultorios estudiados se observó diversidad en la atención al paciente, deficiencias en el desempeño profesional, así como escasez de los recursos materiales para la atención a la población.

Para la práctica de ejercicios físicos se observaron tres espacios fundamentales: parques, gimnasios particulares y Centro Deportivo Quintín Banderas. Este último pertenece al consejo Roble-Chibás, y es empleado por vecinos de esa localidad, pues está distante de los otros consejos. Se hallaron varios parques, sin embargo, ninguno era biosaludable (parque al aire libre con equipamiento gratuito y accesible a la población para la práctica de ejercicios de rehabilitación y mantenimiento de la salud). En el caso de los gimnasios particulares, estaban concebidos para la juventud y tenían un costo.

Respecto a la alimentación, las observaciones demostraron diferencias en cuanto al acceso de alimentos saludables. Se evidenció alta prevalencia del consumo en cafeterías de los consejos de las Villas, mientras que en Roble-Chibás predominaron las compras de frutas y vegetales. Ello puede estar vinculado a la ubicación geográfica de los consejos, pues en las Villas predominaban negocios de elaboración y expendio de alimentos, generalmente hipercalóricos y sódicos. Resaltó la variación del precio de los productos agrícolas según la localidad, así como su escasez, siendo difícil su adquisición por la población.

Características sociodemográficas. Debido a las particularidades del estudio, no existió una representatividad proporcional en cuanto a sexo, por lo que predominaron las mujeres (80 %). Prevaleció el rango etario de 57 a 67 años. Más de la mitad de la muestra era de piel blanca y el 47 % estaba casado o unido consensualmente. El 60 % pertenecía a una familia nuclear, seguido por el 37 % de familia extensa, por lo que la mayoría de los entrevistados vivía con algún familiar. Predominó el nivel preuniversitario y, en cuanto a la profesión, prepondereraron los jubilados con el 50 % y las amas de casa con el 30 %. El 73 % posee la enfermedad hace más de 10 años. Más del 60 % declaró no pertenecer a ninguna religión.

Como parte del estilo de vida del área, se evidencia una realidad social condicionada por el pensamiento religioso, en un conjunto de creencias y cultos de raíz africana. En dicha área se encuentra la sede anual del Festival Wemilere de raíces afrocubanas. Se percibieron disímiles manifestaciones religiosas, que van, desde la religión yoruba a la cristiana. Los informantes claves expusieron que las religiones no constituyen un recurso terapéutico-espiritual para tratar la HTA, pues las personas practicantes al enfermarse acuden al médico. Algunos de los hipertensos acudieron al consumo de brebajes para combatir la enfermedad, no profundizando al respecto, debido a que son elementos secretos y exclusivos de su religión. No obstante, siguen las indicaciones médicas.

Estructura y contenido de las representaciones sociales sobre la hipertensión arterial

Dimensión cognitiva. Los entrevistados adquirieron conocimientos a partir de su diagnóstico. Definen esta condición de salud como enfermedad peligrosa, asesina silenciosa, muerte lenta, provoca infartos, puede ser asintomática, cuando existe un aumento sanguíneo y sube la presión. Refirieron la sintomatología de la enfermedad desde su propia experiencia: dolor de cabeza, mareos, vapor en las orejas, enrojecimiento del rostro, palpitaciones y decaimiento, náuseas. Más del 65 % refirió que la HTA no constituye una limitante en la ejecución de actividades cotidianas, mientras que el resto declaró que, al experimentar síntomas, su desempeño puede entorpecerse.

Al 70 % de los entrevistados se les prescribió un antihipertensivo con un diurético, lo cual se corresponde con lo estipulado en el Programa Nacional Hipertensión. Más del 90 % de los individuos cumple con el tratamiento farmacológico, y le funciona a las tres cuartas partes de este subgrupo. El resto de los casos alegaron cambio de fármaco debido a su poca efectividad, o por la inestabilidad de antihipertensivos en las farmacias. Vale señalar que, durante el periodo investigativo existió un déficit de medicamentos a nivel nacional, que conllevó a la modificación del tratamiento farmacológico en varios de los individuos. Una minoría (7 %) declaró no efectuar el tratamiento porque se sienten compensados.

Según el algoritmo de diagnóstico de la hipertensión arterial en adultos para el nivel primario de atención, a los pacientes, además del tratamiento farmacológico, se les orienta modificaciones en el estilo de vida. Se evidenció en la población estudiada una ponderación del fármaco por encima de la dieta indicada, cuando deberían realizarse a la par ambos tratamientos.

Este tópico mostró las siguientes evidencias:

- Personas hipertensas que no realizaron la dieta orientada (27 %), continuando con los mismos hábitos alimentarios después del diagnóstico.
- Una minoría de hipertensos (7 %) cambió sus hábitos de alimentación posterior al diagnóstico, cumpliendo adecuadamente con la dieta orientada.
- El 66 % de los hipertensos efectuaron la dieta, pero reajustándola a sus posibilidades económicas; mantuvieron la disminución de sal y grasas en sus comidas. La disminución del consumo de harinas fue una de las indicaciones poco seguidas por los entrevistados hipertensos, pues el pan, galletas y otros derivados de la harina constituyen los alimentos más consumidos y asequibles.

Los informantes claves declararon, que la población del área tiene acceso a todo tipo de alimentos, pero prefieren consumir alimentos con alto contenido de grasas, sal y carbohidratos; ingieren cafeína, cigarros y no realizan ejercicios físicos. Todos estos elementos repercuten en la aparición y descontrol de la hipertensión. El 85 % de los hipertensos efectúa la dieta indicada, pero reajustándola a sus posibilidades económicas; se mantiene constante la disminución de sal y grasas en las comidas.

En cuanto al empleo de tratamientos alternativos se obtuvo que:

- El 57 % de los individuos solo siguieron el tratamiento médico, a pesar de conocer remedios populares para compensar la presión arterial; algunos desconocieron el empleo de la medicina natural para tratar la HTA.
- Hipertensos que, además del tratamiento médico, utilizaron remedios populares (caminar descalzo, introducir los pies en un recipiente con agua fría, ingerir agua con gotas de limón, ponerse hielo en la nuca) y la medicina natural tradicional (infusiones de plantas medicinales). Estos saberes populares lo adquirieron a través de las redes de apoyo social.

Se identificaron como factores de riesgo para debutar o agravar la HTA: estrés, alimentación inadecuada, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, herencia familiar e ingesta elevada de alcohol. Más del 80 % de los individuos refirió no ejercitarse por falta de tiempo, debido a su trabajo.

El 64 % de los sujetos consideró que la HTA no se elimina del organismo, aunque se efectúe adecuadamente el tratamiento. Se halló desconocimiento sobre la curación de la enfermedad en el 27 % de los hipertensos. Una minoría de los estudiados (10 %) explicitó la sanación de la enfermedad a través de la realización rigurosa del tratamiento farmacológico con una alimentación adecuada. Esto es una creencia errónea de la población, pues la HTA no se erradica del organismo, se controla con un tratamiento adecuado. Estos resultados se relacionaron con la procedencia de la información respecto a la HTA. La muestra investigada adquirió conocimientos a través de varias fuentes, prevaleció la divulgación realizada por el personal médico, la televisión, así como la propaganda situada en los distintos niveles de atención de salud. Se halló una red informal compuesta por vecinos y pacientes, donde socializaban temáticas sobre HTA y salud.

Dimensión afectiva. La frecuencia con que acudieron al médico para medirse la presión y asistir a las consultas de seguimiento varió de acuerdo con la percepción de riesgo de cada entrevistado. Más del 75 % alegó no examinarse la presión en el consultorio, prefirieron hacerlo en casa o con ayuda de un vecino; lo cual indica la tenencia de esfigmomanómetros en sus hogares o vecindario. Justificaron esa conducta como una forma de evitar la espera en el consultorio, donde, además, existía escases del equipo médico y personal sanitario. De manera general acudieron con irregularidad a las consultas, solo cuando estaban descompensados o para renovar el tarjetón de los medicamentos. Solo el 30 % declaró su asistencia regular a las consultas de seguimiento.

Más del 65 % de los sujetos mostró una actitud positiva hacia la tenencia de la enfermedad, declarando que no constituye un impedimento para su desempeño cotidiano; mientras estén controlados la consideran una enfermedad llevadera, que deben aprender a vivir con ella y no verla como una limitación para su vida. Algunos individuos (30 %) exteriorizaron que, al padecer síntomas vivencian de forma negativa la HTA. Vale aclarar que la mayor parte de los estudiados fueron personas de la tercera edad; algunos presentaban comorbilidades, lo cual tiene una repercusión en sus representaciones.

Respecto a las redes de apoyo social, más del 80 % de los entrevistados declararon el apoyo y acompañamiento de sus familias, visualizándolas como sostén económico y apoyo

emocional. Una minoría (10 %) expresó la ausencia de apoyo familiar, debido a que habitaban solos o alejados. Para el 7 % de los entrevistados, la familia fue la causa agravante de su enfermedad. Cerca del 70 % de los hipertensos identificó al personal de salud como una red fundamental de apoyo; prevaleció una percepción positiva de la atención médica y expresaron satisfacción con la labor del equipo básico de salud. Sin embargo, manifestaron que, en la realización de los terrenos no se hacía regularmente la medición de la presión arterial. El 33 % de la muestra percibió la falta de apoyo del personal de salud, aludiendo a la inestabilidad de estos en los CMF, inadecuada atención a los pacientes, ausencia de la ejecución de los terrenos.

Discusión

En la contemporaneidad, se hace hincapié en el abordaje multifactorial de la hipertensión arterial, donde, tanto los factores de riesgo comportamentales como los fisiológicos están relacionados con determinantes y condiciones sociales subyacentes.[10, 11] En este sentido, la investigación ha intentado interrelacionar estos elementos y acceder a la subjetividad de los individuos para comprender su afrontamiento a la HTA.

Los resultados mostraron dificultades en el cumplimiento del tratamiento no farmacológico, aspecto señalado en otro estudio,[12] en el que se reconoció que es un objetivo complejo a cumplir por los hipertensos. En este tópico, Berenguer[13] alude a la modificación del estilo de vida como principal medida a emprender para estabilizar la presión arterial, y refuerza la importancia del personal sanitario en la adecuada estimulación a los pacientes para su realización. El médico, en primera instancia, seguido del personal de salud son los responsables de explicar la importancia de la complementación del fármaco con la modificación de los factores de riesgo conductuales.

El desconocimiento hallado en los individuos relacionados con aspectos de su enfermedad, proviene de un elemento esencial que señala Berenguer,[13] la educación del paciente. El Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial[14, 15] establece la realización de acciones educativas (charlas, visitas) en centros escolares, laborales y en la comunidad, espacios propicios para realizar la labor preventiva y promotora de salud. Como se demuestra en este estudio, la praxis de dichos indicadores presenta irregularidades, lo cual se concatena con la inestabilidad del personal sanitario y la desatención de sus obligaciones como galeno.

Es responsabilidad del personal médico informar, explicar y orientar adecuadamente sobre la HTA, interviniendo en su práctica asistencial, con una adecuada actitud y habilidades comunicativas. La formación de los profesionales de la salud es elemental en su labor de prevención y promoción, por ello es necesario que ahonden y se actualicen sobre los tratamientos, incluidos los alternativos, para la HTA.

También se requiere de una atención y tratamiento individualizado, donde no se obvie la historia de vida y el contexto donde está inserto el individuo; deben aprovecharse estos elementos para alcanzar una sinergia entre la indicación médica y los cambios que puede lograr el paciente, basados en sus condiciones socioeconómicas y personológicas. Investigaciones han señalado la necesidad de considerar las creencias y los sentimientos

de los individuos para lograr modificaciones comportamentales perdurables en cuanto al estilo de vida saludable.[16, 17] Resulta imperioso aludir al rol activo del hipertenso respecto a su enfermedad, pues tiene derecho a buscar orientación médica para esclarecer dudas sobre su padecimiento, así como debe preocuparse por estar informado.

En el área de salud se observó que, la alimentación inadecuada constituye el factor de riesgo preponderante, expuesto también por los informantes claves y reafirmado por el registro etnográfico. Estos hallazgos coincidieron con otros trabajos que apoyaron la influencia de los factores psicosociales, biológicos y comportamentales en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial.[18, 19]

Como problemáticas en torno al control de la enfermedad, se halló: inestabilidad de los medicamentos, falta de autorresponsabilidad y autocuidado, además de los precios elevados de los alimentos necesarios para una dieta adecuada. Este último aspecto, también se refleja en la investigación de Valdés, Leyva, Espinosa y Palma,[20] donde una de las causa del consumo de alimentos inadecuados es la compleja adquisición de frutas y vegetales, debido a su disponibilidad y precio en el mercado.

El señalamiento de la red familiar como la más destacada en la ayuda y sostén al paciente, ha sido aportado por otros estudios cualitativos. El hipertenso cuenta con el apoyo de la familia, amigos, compañeros de trabajo y de creencias religiosas,[21] más allá de la red formal representada por los profesionales de la salud.

Para los hipertensos investigados, el núcleo central de las representaciones sociales se orientó hacia valoraciones positivas respecto a la tenencia de la enfermedad, mientras esta no les afecte su valencia o capacidad para realizar actividades cotidianas. La conceptualizaron como una enfermedad crónica, en la que intervienen factores de riesgo como el estrés y la dieta fundamentalmente. La información respecto a la HTA, provenía de la promoción en centros sanitarios e intercambio con familiares y vecinos.

A pesar de la divulgación sobre la enfermedad, se evidenciaron deficiencias cognoscitivas al respecto, así como la ausencia de praxis de lo aprendido. El dolor en el área de la cabeza constituyó el componente emocional de la representación, siendo el síntoma que más alerta sobre irregularidades en la presión arterial. La actitud hacia la HTA fue favorable y activa en la mayoría de los casos, pues para su adecuado control consideraron necesario seguir las indicaciones médicas, atribuyéndole una primacía al fármaco y, como menos importante, una alimentación sana y la práctica de ejercicio físico con regularidad.

Es fundamental abordar este trastorno multifactorial desde una perspectiva multidisciplinaria, para crear espacios de intervención donde se modifiquen las representaciones sociales que mediatizan el comportamiento respecto al cuidado de la salud. Ello sería un paso de avance para el personal sanitario.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cub Med. 2017;56(4):[aprox. 79 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf

2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle: IHME; 2018. Disponible en: https://www.washington.edu/populationhealth/2018/11/26/ihme-releases-the-global-burden-of-disease-2017-study/
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2018. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf
5. Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS). La Habana: Policlínico docente Julio Antonio Mella; 2017
6. Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS). La Habana: Policlínico docente Julio Antonio Mella; 2019
7. Quintero Y, Villarroel J, Pargas L, Bastardo G, Angarita C, Rivas JG, Castañeda G. La Teoría de Representaciones Sociales, su aplicación en los estudios de salud y enfermedad: el caso de la obesidad. Rev Fac Cienc Salud UDES. 2016;3(2):[aprox.10 p]. Disponible en: https://acortar.link/64JuOW
8 González Rodríguez L, Díaz López M, Rodríguez Salvá A. Estudios de representaciones sociales sobre hipertensión arterial en Cuba. Rev Finlay. 2018;8(4):[aprox.11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000400008
9. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979.
10. World Health Organization. HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019:[aprox. 15 p]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/50805
11. Viego Valentina N, Luján Temporelli K. Determinantes socioeconómicos y ambientales de la hipertensión arterial en una población adulta de Argentina. Rev Cub Salud Pub. 2016;42(1):[aprox.10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100004
12. Ofman SD, Pereyra Girardi CI, Cófreces P, Stefani D. Invariancia de la categoría de género en las diferencias conductuales en salud en hipertensos. Rev Cub Salud Pub. 2016;42(2):[aprox. 14 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200009
13. Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN. 2016;20(11):[aprox. 10 p]. Disponible en: http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1022/pdf
14. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades crónicas no transmisibles. Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cub med. 1999;38(3):160-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231999000300002&lng=es

15. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cub med. 1999;38(4):219-246. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231999000400001&lng=es
16 Ofman SD, Pereyra CI, Cófreces P, Stefani D. Creencias sobre las causas de la hipertensión arterial: influencia en las estrategias de afrontamiento y el estilo de vida. Revista CES Psicol. 2016;9(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00114.pdf
17. Andreatta MM. La alimentación y sus vínculos con la salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales. Diaeta. 2013;31(142):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372013000100005
18. Arboleda LM, Velásquez JE. Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón– Colombia. Rev Chil Nutr. 2015;42(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000400006
19. Geaney F, Fitzgerald S, Harrington JM, Kelly C, Greiner BA, Perry IJ. Nutrition knowledge, diet quality and hypertension in a working population. Prev Med Rep. 2015;30(2):105-113. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4721350/
20. Valdés Gómez W, Leyva Álvarez de la Campa G, Espinosa Reyes TM, Palma Tobar CF. Hábitos alimentarios en adolescentes de séptimo grado del municipio Diez de Octubre. Rev Cub Endoc. 2012;23(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Faquinello P, Marcon S.S, Waidmann MA. P. La red social como estrategia de apoyo a la salud del hipertenso. Rev Bras Enferm. 2011;64(5):[aprox. 7 p.]. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500008

Estudios de representaciones sociales sobre hipertensión arterial en Cuba[1]

Lisvett González Rodríguez, Masiel Díaz López, Armando Jorge Rodríguez Salvá

Introducción

Los acercamientos teóricos a la teoría de las representaciones sociales datan de periodos anteriores a la definición elaborada por Serge Moscovici. Indiscutiblemente, otros autores mostraron su interés por indagar acerca de los diversos procesos y formas en que las comunidades, grupos e individuos manifestaban sus pensamientos, los modos de aprehender el entorno, el conocimiento espontáneo que de este adquieren, así como el socialmente establecido, en dependencia de la cultura de cada sociedad.

Por sus aportes, tanto teóricos como metodológicos, la teoría de las representaciones sociales ha ganado un espacio notorio en los estudios sobre salud desde una mirada social, porque es útil para realizar investigaciones de enfermedades en asuntos diversos, como la salud mental, física y social.

Una de las enfermedades que constituye un problema de salud en el país es la hipertensión arterial, por ende, su prevención es una medida sanitaria universal e importante. En este sentido, se han creado estrategias poblacionales de promoción y educación para disminuir la presión arterial media, para incidir en sus factores de riesgo (falta de ejercicio, elevada ingestión de sal, obesidad, tabaquismo, ingestión inadecuada de alcohol) y proponer modificaciones del estilo de vida de la población. No obstante, es necesaria una estrategia individual para lograr una adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial.

La comprensión de las representaciones sociales implicadas en la hipertensión arterial puede remitir a la relación entre la familia y la sociedad, así como revelar las tensiones entre el tradicionalismo y las posturas alternativas que emergen en los contextos de transformaciones en las sociedades contemporáneas. Explorar las creencias, conocimientos y criterios que posea el hipertenso sobre su padecimiento posibilitará confeccionar estrategias más efectivas para la prevención y control de la enfermedad, en especial en los servicios de atención. A su vez, ayudará a modificar la percepción de riesgo de la hipertensión arterial, tanto en la población vulnerable como en los que la padecen.

[1] Adaptación del artículo original, publicado en Revista Finlay. 2018; (4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/591

Con el presente artículo se pretende presentar una revisión de estudios cubanos de representaciones sociales en salud, sobre todo acerca de la hipertensión arterial.

Desarrollo

En un primer momento se abordará de manera breve la teoría de las representaciones sociales, seguido de una visión panorámica de la hipertensión arterial. Posteriormente, se exponen los hallazgos de investigaciones de representaciones sociales sobre salud, esencialmente aquellos vinculados con la hipertensión arterial.

Teoría de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales, muy vinculada con la psicología social, la antropología y la sociología, fue creada en 1961 por el psicólogo social rumano Serge Moscovici, quien declara que, la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos:

> Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios (…) son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo.[1]

En años posteriores, readecuó la conceptualización al afirmar que las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Los presupuestos de este autor están influenciados por el concepto de representaciones colectivas del sociólogo Emile Durkheim, pionero de la noción de representación.

En su obra *Las formas elementales de la vida religiosa* plantea:

> Las representaciones colectivas son resultado de una cooperación inmensa, que no solo penetra en el espacio, sino que también en el tiempo; para que surjan se han asociado una multitud de mentes, que unieron y combinaron sus ideas y sentimientos; para lograrlas muchas generaciones han acumulado sus experiencias y conocimientos.[2]

Este investigador acuñó el concepto de representaciones colectivas para designar el fenómeno social a partir del cual se construyen las diversas representaciones individuales, que son variables y efímeras, sujetas a todas las influencias externas e internas que afectan al individuo. Las representaciones colectivas son universales, impersonales y estables; corresponden a entidades tales como mitos, religiones y arte, entre otras. Para Durkheim, constituyen una especie de "ideación colectiva" que las dota de fijación y objetividad. Se imponen a las personas con una fuerza constrictiva, ya que poseen ante sus ojos la misma objetividad que las cosas naturales. Por lo tanto, los hechos sociales —por ejemplo, la religión— se consideran independientes y externos a las personas, quienes, en esta concepción, son un reflejo pasivo de la sociedad.[3]

La noción de Durkheim revela importantes diferencias conceptuales con las representaciones sociales de Moscovici, para quien los individuos, las representaciones y la sociedad son construcciones sociales, donde esta última no es un ente que se le impone desde fuera al individuo, por tanto, los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa (social) que hace impacto sobre los sujetos que la componen.

Según Durkheim, las representaciones colectivas son concebidas como formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos. Las representaciones sociales, por el contrario, son generadas por los sujetos sociales. Moscovici, al establecer una clara distinción entre representaciones colectivas y sociales, expone que, las primeras, son un mecanismo explicativo y se refieren a una clase general de ideas o creencias, son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Es para enfatizar esta distinción que subraya lo social y minimiza el concepto de colectivo, lo cual hace mucho más abierta su propuesta, en la que también incluye la comunicación, como parte de la formación y entendimiento de esa realidad. Para él, las representaciones sociales son un constructo elaborado por los sujetos, producto de sus interacciones, a medida que van viviendo sus distintas realidades, es decir, resultado de interacciones de subjetividades humanas.

Otra contribución a la teoría de las representaciones sociales lo constituye el trabajo de los sociólogos Peter L. Berger y Thomas Luckmann,[4] quienes aportan elementos esenciales para la propuesta de Moscovici: en primer lugar, el doble carácter del conocimiento en la vida cotidiana, el ser constructivo y creativo a la vez, o sea, que nuestro conocimiento no se limita a reproducir lo que nos antecede, sino al contrario, es producto inseparable de los objetos sociales que conocemos. En segundo lugar, el origen social de dichos elementos; y el último, la repercusión del lenguaje y la comunicación como mecanismos que crean, transmiten y dan sentido a la realidad.

Una de las más importantes continuadoras de la obra de Moscovici, que incorpora nuevos elementos a la definición de representaciones sociales, es la psicóloga Denise Jodelet, que concibe la representación social como:

> Imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver (…). Una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social, un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual.[5]

Esta autora ahonda en una forma de conocimiento específico: el del sentido común. Alude a los condicionamientos sociales que dan lugar a la representación social como un conocimiento socialmente elaborado y, además, compartido, una forma de pensamiento social. Desde su propuesta, los significados, conceptos y estilos de vida se recrean debido a las representaciones, y a estos les asignamos una serie de signos cuando los representamos. De ahí que afirme que, la representación es un soporte figurativo en el cual reposa un significado abstracto.

La perspectiva asumida por Jodelet resulta más eficaz, pues presenta el concepto de representación social como un proceso donde interviene la naturaleza de lo psíquico y el contexto social, y a través de su devenir histórico adquiere un mayor grado de complejidad. Lo asume como una forma de pensamiento colectivo, que permite dotar de cierto orden a los eventos sociales y ofrecer un marco interpretativo de la realidad, que posibilita interactuar con el medio y orientar la conducta.

Si se sintetizan los preceptos teóricos hasta aquí expuestos, se evidencia que, la representación social tiene un carácter simbólico y es producida colectivamente, puesto que es elaborada por un sujeto social sobre un objeto real, abstracto o mítico. De este bagaje teórico se desprenden significativos aportes para el acercamiento a la noción de representación y a su proceso de construcción, de ahí que, para lograr su aprehensión, se debe comprender su constitución: estructuras y contenidos que se organizan jerárquicamente y se interrelacionan.

La literatura especializada revela, que toda representación social es una unidad funcional estructurada. En términos de contenido está integrada por otras formaciones subjetivas o dimensiones como: actitudes, opiniones, creencias, informaciones y conocimientos. Moscovici es uno de los autores que explica las dimensiones de las representaciones sociales:

> La representación social se muestra como un conjunto de proposiciones (…) y de evaluaciones referentes a puntos particulares (…) organizadas de manera diferente según las clases, culturas y los grupos, y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas y grupos. Cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación o la imagen.[1]

La dimensión actitud es una estructura particular de orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción; es una dirección global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. En tanto, la dimensión información concierne a la organización de los conocimientos de la persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir la cantidad de información como su calidad, ambas mediadas por el acceso que se tenga a la información. Además, posee un carácter estereotipado o prejuiciado, que revela la presencia de la actitud en la información. Su origen es un elemento a considerar, pues la información que surge de un contacto directo con el objeto y de las praxis que una persona desarrolla, posee propiedades diferentes de las que presenta la información recogida por medio de la comunicación social. Además, el uso de la información va a depender del lugar funcional que ocupe el sujeto dentro del grupo y la sociedad en sentido general.

Finalmente, el campo de representación describe el ordenamiento y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación. Se trata concretamente del tipo de organización interna que adoptan esos aspectos, al quedar integrados en ella. El campo de representación se organiza alrededor de un núcleo o esquema figurativo, formado por términos, significados, conceptos o imágenes simbólicas que simplifican y esquematizan el objeto representado. Lo antes expuesto es el aporte de Jean Claude Abric[6] a la propuesta de Moscovici (tres dimensiones), quien desarrolla una concepción estructural de la teoría de la

representación social conocida como la teoría del núcleo central, propuesta enriquecedora y con una contribución, tanto teórica como metodológica.

Según este autor, la identificación de los contenidos representacionales no basta para determinar su núcleo. El núcleo central como subconjunto de la representación, implica la existencia de otras instancias estructurales como los elementos periféricos que tienen un papel funcional complementario al núcleo. En este sentido, los elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central y se relacionan directamente con él, es decir, que su presencia, ponderación, valor y función están determinados por el núcleo. Dichos elementos constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Estos elementos están jerarquizados, pueden ser cercanos a los elementos centrales y constituyen la interface entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación.

Según los postulados de Jean Claude Abric, las representaciones sociales desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales, porque responden a cuatro funciones esenciales:

- Funciones de saber. Permite entender y explicar la realidad, así como facilitar la comunicación social. El saber práctico de sentido común permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren.
- Funciones identitarias. Posibilita la salvaguarda de la especificidad de los grupos sociales, además de elaborar una identidad personal y social compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados.
- Funciones de orientación. Conduce los comportamientos y las prácticas. Este proceso de orientación de las conductas por las representaciones resulta de tres factores esenciales. Primero, la representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación, determinando así, *a priori*, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, pero también, eventualmente, en una situación en la que una tarea está por efectuarse, el tipo de gestión cognitiva que se adoptará. En segundo lugar, produce, igualmente, un sistema de anticipaciones y expectativas. Es así, pues, una acción sobre la realidad: selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con el objetivo de volver a esa realidad conforme a la representación. En tercer lugar, es prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado.
- Funciones justificadoras. Permite justificar, *a posteriori,* las posturas y los comportamientos, o explicar una acción asumida por los participantes de una situación.[6, 7]

En cuanto a la hipertensión arterial, el reconocimiento de dichas funciones puede ayudar a comprender por qué algunas personas siguen o no los tratamientos y recomendaciones indicadas para su control. Es previsible que las representaciones sociales influyan en sus acciones y respuestas, tanto a nivel individual como social. Especial interés merece la función justificadora, que permitiría a las personas hipertensas excusar acciones que van en contra

de las recomendaciones recibidas en las instituciones de salud y difundidas por los medios de comunicación, como no tomar la medicación, fumar o beber licor en exceso, entre otras.

De manera general, de todo este bagaje teórico se desprenden significativos aportes para el acercamiento a la noción de representación social y su proceso de construcción. Los autores clásicos sentaron las bases de esta teoría, fertilizadas por los investigadores actuales mediante su contribución en el terreno de los instrumentos o técnicas y demostrado, desde la investigación empírica, el valor de la teoría mediante la obtención de resultados concretos.

Las propuestas de Moscovici y de Jean Claude Abric aportan, esencialmente, al concepto de representación social, el rescate de lo social compartido en la subjetividad. En este sentido, las representaciones sociales son reconocidas como fenómenos psicosociales condicionados histórica y culturalmente. Sus particularidades están determinadas por las características de los grupos sociales que las elaboran y utilizan, además de que se transforman por la interacción social y la realidad contextual.

La salud desde una perspectiva social

Lamentablemente, no ha perdurado la fuerza del enfoque social en salud que han construido diversas disciplinas, y hoy se siente débil ante la sobrevaloración del papel de las tecnologías, el olvido del método clínico, la invisibilidad del paciente en la consulta, el enfoque economicista de la salud y el diagnóstico médico centrado en la biología.[8]

En correspondencia, resulta necesario exponer el espacio meritorio de las ciencias sociales en el ámbito de la salud. A partir del siglo XX se fortalece la influencia de las ciencias sociales en la salud, y fue Henry Sigerist uno de los primeros en definirla como un sentido social en su libro sobre medicina y bienestar humano, planteando que:

> Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo.[9]

Para esa época, este catedrático visualizaba a la salud más allá de la ausencia de enfermedad. Años posteriores, la Organización Mundial de la Salud declara una concepción integradora de la salud, que se ha sostenido en el tiempo. Su conceptualización ha servido como punto de referencia, tanto para las ciencias sociales como para las médicas, en aras de comprender mejor a los sujetos que la vivencian. Según esta organización:

> La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.[10]

Definir la salud a partir de un enfoque integrador revela que el sector de la medicina no puede actuar sin el acompañamiento de otros sectores y entidades, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud provienen del contexto social. Por ello se ha enriquecido su acepción con un enfoque intersectorial:

> La salud no es un estado estático y absoluto, es un fenómeno psicobiológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico-fisiológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social.[11]

El concepto de salud plantea que es un término amplio y complejo y lleva en sí mismo una pluralidad de definiciones, según la disciplina que lo estudie (la antropología, la sociología, la medicina, la historia, la filosofía o la religión). En resumen, la salud es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones de él, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quién lo defina y de quién lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no en dependencia del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción).[12]

Todo lo expuesto refleja las diferentes nociones teóricas y representaciones científicas de la salud. Sin embargo, es necesario abordar estudios de representaciones sobre hipertensión arterial mediados por lo cotidiano, el sentido común, las experiencias vividas y la influencia del contexto, en aras de explorar las ideas que tienen los hipertensos de su enfermedad.

> Un conocimiento popular de la salud humana, constantemente enriquecido con elementos sobre una base científica, que muestre una visión clara y optimista de la realidad, permitirá avanzar notablemente en la salud y bienestar de la población, pues se convierte en un ente activo que dinamiza y modifica la conducta de los hombres.[13]

La salud, devenida como un concepto social y realidad psicosocial, no puede desvincularse del contexto y de las condiciones sociales en que tiene lugar y se desarrolla. Abordar el estudio de la salud humana desde la teoría de las representaciones sociales ofrece un marco teórico adecuado para ello, ya que alude al conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido, que orienta las respuestas de los sujetos ante la salud. La representación social que posean las personas de la salud mediará su comportamiento respecto a ella.

La hipertensión arterial en el contexto actual

En el año 2015, se estimó que, 40 millones de muertes ocurrieron debido a enfermedades no transmisibles (ENT), o sea, el 70 % del total global de 56 millones de defunciones. Entre las ENT que generan esos fallecimientos están las enfermedades cardiovasculares, causantes de 17,7 millones de muertes y responsable del 45 % de todas las muertes por ENT.(7) Un reporte reciente de la American Heart Association[14] establece que la hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo poblacional porcentual para las enfermedades cardiovasculares, con el 40,6 %, seguido por el consumo de tabaco (13,7 %), la alimentación poco saludable (13,2 %), la inactividad física (11,9 %) y los niveles de glucemia anormales (8,8 %).

La HTA es una enfermedad de prevalencia creciente, que frecuentemente genera complicaciones de carácter invalidante, por lo que constituye un serio problema de salud y una pesada carga socioeconómica para la sociedad. Sus complicaciones causaron 9,4 millones de muertes y el 7 % de la carga de morbilidad —expresada en AVAD— en 2010.[15] En el mundo, se ha diagnosticado como hipertensos aproximadamente el 40 % de los adultos mayores de 25 años (alrededor de 1000 millones de personas afectadas). El máximo predominio se registra en la región de África, con el 46 % de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la región de las Américas, con el 35 %. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35 %) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40 %.[16]

Existen varios factores que aumentan la morbimortalidad de esta enfermedad:

- En la mayoría de los países un alto número de personas desconocen de su enfermedad y, por ende, no se tratan.
- Entre el 20 y el 30 % de las personas que conocen su enfermedad no cumplen con ningún tipo de tratamiento.
- Alrededor del 10 % de los casos de HTA se diagnostican de forma casual, generalmente a consecuencia de la manifestación clínica de alguna de sus complicaciones. Por lo tanto, alrededor de dos tercios de la población con HTA tiene o está en riesgo de sufrir complicaciones, como la enfermedad isquémica cardiaca y el accidente cerebrovascular, así como otras, no menos importantes, derivadas del mal control de la presión arterial, como la insuficiencia cardiaca, las arritmias, la insuficiencia renal y la ceguera.

La incidencia de la hipertensión se ha duplicado en los últimos 5 años en todos los estratos sociales. Se estima que entre el 20 y el 40 % de la población adulta en la región de Las Américas padece hipertensión. A nivel mundial, de las personas que padecen la enfermedad, el 57 % conoce su condición, el 40,6 % recibe tratamiento farmacológico antihipertensivo, pero solo el 13,2 % logra cifras de presión arterial controladas.[17] Esta brecha entre el número de hipertensos, el acceso a tratamiento y el logro del control se acentúa en los países de medianos y bajos ingresos, que es donde se produce el 80 % de la carga atribuida a enfermedades cardiovasculares.

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud 2016,[18] se elevó el reporte de la prevalencia por la dispensarización para la hipertensión arterial, cuya tasa fue de 219,4 por cada 1000 habitantes; en tanto se reportaron 3784 defunciones por causa de enfermedades hipertensivas. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha elaborado la Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial,[19] que constituye una herramienta esencial para todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, principalmente en la atención ambulatoria, donde la hipertensión arterial constituye una de las primeras demandas de asistencia. Este programa está actualmente en fase de actualización.

En la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Trasmisibles, realizada en Cuba entre 2010 y 2011[20] se reportó una prevalencia global de hipertensión arterial de 2,6 millones de personas mayores de 15 años, lo que representa el 30,9 % de la población (IC 95 % 26,9-32,2). Esta cifra es inferior un 2 % a lo reportado en la

Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgos de Enfermedades no Transmisibles de 1995 y la segunda del 2001.

Disímiles son los factores modificables que inciden en las altas tasas de prevalencia mundial de HTA. Figuran entre ellos el consumo de alimentos que contienen demasiada sal o grasa, la ingestión insuficiente de frutas y verduras, el sobrepeso y la obesidad, el uso nocivo del alcohol y tabaco, la inactividad física, el estrés psicológico, los determinantes socioeconómicos y el acceso inadecuado a la atención sanitaria. A nivel mundial, la detección, el tratamiento y el control son insuficientes, debido a la precariedad de muchos sistemas de salud, particularmente en el nivel de atención primaria.

Para alcanzar la meta mundial propuesta por la Organización Mundial de la Salud (reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25 %, o contención de su prevalencia, en función de las circunstancias del país para 2025), se requieren políticas e intervenciones poblacionales que permitan hacer frente a estos factores de riesgo modificables. Además, es necesario establecer programas integrales en la atención primaria para potenciar la eficiencia y eficacia de la detección y el tratamiento de la hipertensión, así como de otros factores de riesgo cardiovasculares, mediante un enfoque que abarque la totalidad de los riesgos.[15]

Estudios de representaciones sociales sobre salud en Cuba

Entre las principales instituciones y centros que han realizado estudios sobre representaciones sociales se encuentran las facultades de sociología-filosofía, psicología y comunicación social pertenecientes a la Universidad de La Habana, el Centro de Estudios de la Juventud (CESJ), el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), el Centro de Estudios de Migraciones Internacionales y el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS).

En la historia de estudios sobre representaciones sociales en Cuba se menciona la existencia de dos momentos: el primero se inicia a principios de los años 90 y se corresponde con la introducción del tema en un contexto de crisis socioeconómica, de acercamiento general y asunción de sus propuestas teóricas. Los primeros reportes de investigaciones realizadas desde este referente, son conservados en las bibliotecas de las facultades de psicología de las universidades de La Habana y Villa Clara.[21]

Un segundo momento se abre a inicios de 1998 y llega hasta la actualidad, caracterizado por una mayor aproximación y conocimiento de la teoría. Las investigaciones cubanas se han centrado, fundamentalmente, por ser de corte exploratorio y descriptivo de objetos de representación social y, en menor medida, se han realizado estudios como procesos relacionados con determinados fenómenos sociales. La tendencia de estudios sobre representaciones sociales y salud se orientan hacia líneas temáticas como cáncer, VIH/sida, alcoholismo, drogas y aborto.[21]

El estudio de la representación social posibilita acceder a aquellos conocimientos, creencias y opiniones que surgen de la interacción grupal acerca de los objetos socialmente significativos. Ejemplo de ello es la investigación realizada por Knapp y colaboradores,[20] centrada en la constatación de la existencia de la representación social de la salud; caracteriza a dicha representación en una muestra de 10 sujetos entre 17 y 61 años, con el fin de buscar aspectos comunes y diferenciadores entre los grupos etarios.

> Los resultados obtenidos muestran la existencia de una representación social de la salud humana que se caracteriza por centrarse en el bienestar, como contenido que conforma el núcleo más sólido y estable de la representación, así como aquellos elementos que se encuentran en su periferia, formando parte del campo representacional, en este caso, la institución, personal y práctica médica, así como calidad de vida; el origen de la información sobre la salud se centra en la TV, médicos, etc. También se analizó la responsabilidad de los sujetos en torno a su salud.[20]

Otras investigaciones se refieren a una comunidad del municipio Boyeros, con el objetivo de precisar cómo representaban las personas algunas enfermedades crónicas. La investigación se desarrolló a partir de un grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud. Pudo precisarse que, el cáncer fue identificado con el dolor y la muerte, y es entre las enfermedades estudiadas la más objetivamente definida. La lepra es prácticamente desconocida por la mayoría de los encuestados y acerca de ella apenas se emitieron criterios. La epilepsia resultó ser la afección de la que más criterios erróneos y prejuicios se emitieron, lo que prueba que su poder estigmatizante es superior. Del resto de las enfermedades se emitieron criterios que demuestran un nivel de información aceptable y ausencia de estigmas. Ellos definen conceptualmente y evalúan sus posibles causas y consecuencias de forma precisa.[22]

Otro estudio es el realizado por Rodríguez ME, González M, León L, Representación social de la salud y la enfermedad, que trata sobre la representación social que tenían un grupo de estudiantes y trabajadores del área de la salud acerca de los conceptos salud y enfermedad. En esta investigación el núcleo figurativo de la representación social de salud estuvo conformado por la categoría bienestar, y el campo representacional, básicamente, por las categorías calidad de vida, estados emocionales positivos, estilo de vida saludable y prevención.

En Santiago de Cuba se investigó a jóvenes de un área de salud de la provincia, para de determinar sus representaciones sociales sobre la consulta estomatológica. Los principales resultados indicaron que la representación social de la consulta estomatológica en este grupo poblacional estaba conformada por un núcleo figurativo, que comprendió el reconocimiento de la importancia y necesidad del mencionado servicio, mayormente influenciado por los familiares de los encuestados, así como la existencia de estados emocionales, como la tensión y el miedo. El campo representacional estuvo asociado a las molestias ocasionadas por los procedimientos estomatológicos, a la presencia de caries dental como motivo principal de visita a la consulta y a la demanda de asistencia en el cuerpo de guardia de estomatología.[23]

No abundan investigaciones que aborden el criterio, conocimiento o percepciones que tenga el hipertenso respecto a su enfermedad. Los estudios realizados sobre hipertensión arterial en el país van encaminados a comprobar la existencia de pacientes hipertensos no diagnosticados,[24] así como la presencia de factores de riesgo asociados a esta enfermedad.[25] Por otra parte, la escasez de artículos de tipo cualitativo[26] refleja la insuficiente información, por parte

del personal sanitario, acerca de la visión que tienen los hipertensos de su enfermedad, lo que complejiza el poder perfilar una intervención adecuada para su autocuidado.

> No se puede intentar conocer y transformar las prácticas de las personas, sin antes indagar sus representaciones acerca de la hipertensión. Por ello es necesario desde la Teoría de la representación social acercarse a las creencias, opiniones, actitudes y conocimientos cotidianos que la población estudiada tiene sobre la hipertensión y en torno a las cuales, actúan, se orientan y toman decisiones.[26]

Conclusiones

La teoría de las representaciones sociales se ha convertido en un instrumento importante para estudiar las enfermedades y la salud. Las representaciones que posean las personas acerca de la hipertensión arterial son de suma importancia, pues determinarán, en gran medida, la manera en que asuman su autocuidado. La certeza del incremento de las cifras de la hipertensión arterial en Cuba, así como las consecuencias de su significado sociocultural, justifican el desarrollo de investigaciones que aporten evidencias sobre temas tan importantes como los determinantes socioeconómicos y culturales de esta enfermedad, las intervenciones poblacionales para su prevención y la provisión de cuidado a lo largo de la vida, así como el desarrollo de modelos de atención innovadores y en diálogo con los principales referentes internacionales.

La importancia y novedad del tema reside en las insuficientes investigaciones en la comunidad científica nacional que permitan documentar las representaciones sociales sobre la hipertensión arterial. Indagar esta temática abrirá un espacio significativo para los especialistas del sistema de salud. De ahí que sea fundamental conocerlas e identificar la existencia o no de problemas que pudieran derivar de estos para su análisis, discusión, búsqueda de solución, y comenzar un proceso de intervención en esta área del conocimiento.

Explorar la representación social de la enfermedad permite tener una visión integradora y holística de la que de ella se tiene, lo que posibilitaría proponer acciones para su prevención y manejo adecuado. Por lo que se debe profundizar en cada contexto para conocer cómo las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo determinan las diferencias y similitudes culturales relacionadas con la visión de cómo las personas hipertensas comprenden y actúan en relación con su enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979
2. Durkheim E. Las formas elementales de la vida religiosa. México: Ediciones Coyoacán S.A; 1995.
3. Araya S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.
4. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1991.

5. Jodelet D. La representación social: Fenómenos, conceptos y teorías. En: Moscovici S. Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 1986: p.70-92.
6. Abric JC. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En: Abric JC. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán;2001: p. 10-23.
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas mundiales de salud 2017: monitoreo de la salud para los ODS. Desarrollo de metas. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://acortar.link/vNEKFX
8. Fleitas R. Investigación socioantropológica en salud. Enfoque de Género. La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 2015 9. Sigerist HE. A History of Medicine. New York: Oxford University Press; 1961.
10. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud 45 Edición. Ginebra: OMS; 2005.
11. Fariñas AT. La evolución de la Epidemiología en Cuba: una reflexión. 1995. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.
12. Feito L. La definición de la salud. Diálogo Filosófico. 1996;1(34):[aprox. 5p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=104381
13. Knapp E, León I, Mesa M, Suárez MC. Representación social de la salud humana. Rev Cubana Psicol. 2003;20(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n2/07.pdf
14. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(3):28-292. DOI: https://doi.org/10.1161/01.cir.0000441139.02102.80
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: https://acortar.link/VgBc8a
16. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1
17. Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión. Washington D.C: OPS; 2015. Disponible en: http://www.rima.org/Noticia.aspx?IdNota=3362
18. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
19. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2008. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/hipertension-arterial-guia-para-el-diagnostico-evaluacion-y-tratamiento/
20. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010 –2011. La Habana: ECIMED; 2014. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/iii-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-y-actividades-preventivas-de-enfermedades-no-trasmisibles-cuba-2010-2011/

21. Perera Pérez M. A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. La Habana: CIPS; 2003. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
22. Iglesias S, Fabelo JR, Miranda R. Representación social de algunas enfermedades crónicas a nivel comunitario. Anales de Psiquiatría. 2005;21(4):[aprox. 100p].
23. Vázquez Garay F, Moncada Santos MC, Cano Reyes V, Falcón Salmón H. Representación social de la consulta estomatológica en jóvenes de un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2015;9(11):[aprox. 11 p]. Disponible en: https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/527/pdf_168
24. Rodríguez MA, Páez M, Rodríguez L. La hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo. Mediciego. 2013;19(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc131d.pdf
25. Milian Martínez M, Acosta González A, González Velázquez AR, Hernández Rodríguez YC, Román Collazo CA. Factores de riesgo, conocimiento y percepción de riesgo de la hipertensión arterial en adolescentes. EDPG, 2010. Disponible en: https://acortar.link/0zdEgA
26. Balaguer Pallares I, Llagostera Reverter I, Sanchis Rico P, Aymerich Palomar R, González Peris R, Barrué García P, et al. Autocuidados y educación terapéutica en hipertensión. Una revisión integradora. RECIEN. 2015;10(1):[aprox. 23 p]. Disponible en: https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/ef066e54-304c-4277-8bef-f8db62a3977d/content

PARTE 5

Salud materno infantil

6 artículos

Coordinador de temas: Dr. Mireya Alvarez Toste

Determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja, Cuba 2022

Roxana Pineda Citalán, Yanet Pardo Molina,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez,
Maite Más Gómez

Introducción

Estudiar el bajo peso al nacer adquiere pertinencia social, ya que es conocido como el índice más crucial para la estimación de la probabilidad que tiene el recién nacido de sobrevivencia y un adecuado crecimiento. Este aspecto precisa más del 75 % de mortalidad perinatal. El bajo peso al nacer, según define la OMS desde hace más de 50 años, en que acuñó este término, para identificar a todo recién nacido menor de 2500 g. Junto con la prematuridad es el factor predictivo más fuertemente asociado a mortalidad infantil.[1, 2, 3, 4]

Parte esencial que marca la pauta del estudio de la determinación social del bajo peso al nacimiento es la comprensión de ella como proceso. Esta investigación considera que es de vital importancia que los diferentes actores en los distintos sectores de la sociedad, llámese salud, economía, política y sociedad, tienen que actuar de manera conjunta para poder entender el complejo proceso y se puedan hacer las intervenciones pertinentes sobre este sensible problema de salud.

En 2022, según la OMS, se estima que ocurren alrededor de un millón de muertes de niños como consecuencia de complicaciones del nacimiento prematuro. Se estima que cada año, alrededor de 15 millones de niños nacen antes de las 37 semanas de gestación, equivalente a más de 1 de cada 10 nacimientos. La prematuridad es la principal causa de muerte en menores de 5 años y uno de los factores principales asociados al bajo peso al nacer. Dentro de los principales factores de determinación social de la salud se encuentran los ambientes de ingresos bajos; la mitad de los niños que nacen antes de las 32 semanas de gestación fallecen por falta de medidas de atención costo-eficaces y viables, como el apoyo a la lactancia materna, aportación de calor, atención para el tratamiento de infecciones y dificultades respiratorias.[5]

Se considera como bajo peso al nacer cuando el producto de la concepción nace con un peso inferior a 2500 g (5 libras y 8 onzas). El bajo peso al nacer (BPN) suele tener relación con factores de muy alto riesgo intrauterino, como problemas a nivel de la placenta, hemorragias y anomalías congénitas. Aquellos nacidos vivos a término, pero que tienen bajo peso, están relacionados con factores socioeconómicos, tales como: déficit nutricional de la madre antes y durante el embarazo, infecciones del tracto urinario, así como la sinergia entre las deficiencias nutricionales materna y las infecciones.[5, 6, 7, 8, 9]

En el año 2015, la prevalencia de bajo peso al nacimiento fue de 8,7 % en América Latina y el Caribe, sin mostrar variaciones significativas entre los años 2000 y 2015. Pese a que no se presentó ningún avance con respecto a la meta propuesta por la Asamblea Mundial de la Salud de disminuir la insuficiencia ponderal al nacimiento en el 30 % para el 2025, cabe recalcar que el promedio general regional es inferior al promedio mundial (14,6 %).[10]

Dentro de los países con mayor prevalencia de insuficiencia ponderal o bajo peso al nacer en la región de Las Américas y el Caribe se encuentran: Guyana (15,6 %), Suriname (14,7 %), Jamaica (14,6 %), Bahamas (13,1 %) y Trinidad y Tobago (12,4 %), en tanto Cuba y Chile ocupan una de las tasas regionales más bajas con un 7 %. Estos datos son la última actualización de las Américas.[11]

En Cuba, el número de niños con bajo peso al nacer en 2021 y 2022 fue de 5836 y 6506, con un índice del 5,6 y 6,6 % respectivamente. Para el año 2022, las tres primeras provincias, teniendo en cuenta la residencia de la madre y ocurrencia del nacimiento son Pinar de Río, Artemisa y La Habana, con un índice de bajo peso al nacer de 5,0; 6,0 y 7,0 en orden de ocurrencia. En La Habana, se tuvo un índice de ocurrencia de bajo peso al nacer en el 2018 de 5,64, que desciende en el 2019 a 5,62, pero luego incrementa en 2020 a 5,99, en 2021 a 6,77 y en 2022 el índice de bajo peso al nacer es de 7,23 por cada 100 nacidos vivos. Dentro de los municipios de La Habana, el índice más alto al cierre del año 2022, según informes del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) es La Habana Vieja, con un índice de bajo peso al nacer de 8,96 por cada 100 nacidos vivos.[12, 13]

La presente investigación se llevó a cabo en el municipio La Habana Vieja, por identificarse como uno de los municipios con mayor contraste entre indicadores de salud, bajo peso al nacer, envejecimiento poblacional y desarrollo socioeconómico territorial; además de que no se encuentra documentado el proceso de determinación social del bajo peso al nacer en el contexto local.

El municipio limita al norte con el malecón habanero, al sur con los municipios de San Miguel del Padrón y Diez de Octubre, al este con el municipio Regla y la Bahía de La Habana, al oeste con los municipios de Centro Habana y Cerro. Cuenta con una extensión territorial de 4,32 km^2, dividido su territorio en 7 consejos populares, llamados: Prado, Catedral, Plaza vieja, Belén, San Isidro, Jesús María y Talla Piedra. Contiene al centro histórico de la ciudad, que territorialmente abarca el 50 % de la superficie municipal (2,14 km^2), en población albergó para 2021 el 66,1 % de residentes municipales.[14]

Múltiples son los trabajos que abordan la problemática del bajo peso al nacer en Cuba, estas investigaciones coinciden en su génesis multicausal asociada a factores demográficos, conductuales, de calidad de los servicios de salud, antecedentes prenatales, maternos, fetales y ambientales. El efecto de esos factores varía de un lugar a otro y, al parecer, guarda una relación directa con el desempeño económico. La comprensión de la determinación social del bajo peso al nacer como problema de salud va más allá de la identificación y recuento de los riesgos o de sus factores determinantes en un momento dado. Su análisis exige de una reelaboración teórica de las explicaciones tradicionales y de insertar una aproximación multidimensional que articule los distintos planos de la realidad en el territorio estudiado.[14, 15, 16]

Por lo antes mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las condiciones y factores presentes en el proceso de determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja en el año 2022?

Método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio se encuentra representada por 54 niños nacidos con bajo peso de las 5 áreas de salud pertenecientes al municipio La Habana Vieja durante el año 2022. Igualmente son considerados como población de estudio los 35 directivos y trabajadores del gobierno, del sector salud y de otros sectores que de alguna manera estuvieron involucrados con el funcionamiento del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI). Las variables referentes al proceso de determinación social fueron seleccionadas en base al modelo estructural de trabajo desarrollado por el grupo de expertos en determinación social de la salud (DSS) del Instituto Nacional de Higiene Epidemiologia y Microbiología (INHEM). Para la obtención de la información se realizó la revisión de historias clínicas y entrevistas semiestructuradas a las pacientes y se aplicó el cuestionario para evaluar la percepción de la población sobre la determinación social de la salud en su territorio, por medio de la herramienta DeterminaMe, en la cual, mediante una escala de Likert, se le otorga un valor a cada determinante, que va desde 7 (totalmente favorable) hasta 1 (totalmente desfavorable).

El instrumento fue confeccionado y validado como parte del proyecto "La determinación social de la salud en Cuba y territorios seleccionados en el periodo 2022" y. además. está inscrito en el Registro Nacional de Derecho de Autor. Para el procesamiento de la información se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se representan mediante gráficos de series de tiempo, gráficos de barras y otros. Se utilizaron elementos de estadísticas descriptivas, tales como porcentaje y frecuencia absoluta e índice. Para el procesamiento de la información a analizar se empleó el paquete informático Excel 2019.

Aspectos éticos

Como toda investigación con seres humanos se guardan los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia. Se les explica a las participantes el objetivo de la investigación, sus beneficios y se solicita su consentimiento informado para participar. Sus datos personales no serán divulgados.

Resultados y discusión

Al cierre de 2022, el área de salud en el municipio La Habana Vieja, que tuvo el mayor índice de bajo peso al nacer, fue el Policlínico Docente Roberto Manuel Zulueta Cayol con 11,68 (n=16), seguido del Policlínico Universitario Angel Arturo Aballí con 10,27 (n=15) (fig. 23.1).

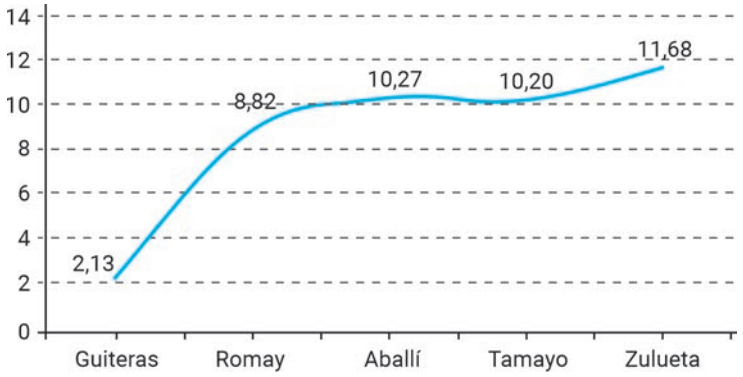


Fig. 23.1. Comportamiento del índice de bajo peso al nacer. *Fuente*: Registro de estadísticas vitales.

El bajo peso al nacimiento es uno de los determinantes que desempeñan un papel fundamental en la situación de salud de una población, ya que sus efectos influyen en todos los ciclos de la vida. Investigaciones sobre esta sensible temática refieren que, el bajo peso al nacer tiene la probabilidad de incrementar 20 veces la muerte en los primeros años de vida. En la niñez guarda una estrecha relación con el retardo en el crecimiento y desarrollo, así como aumenta el riesgo de recurrencias de enfermedades respiratorias e infecciosas. En el primer año de vida tiene relación con enfermedades diarreicas frecuentes considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial; en la adultez la problemática se ha comprobado por investigaciones, las cuales demuestran que tiene consecuencias en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedades cardiovasculares.[17, 18]

Hay evidencias de que el bajo peso al nacer es posiblemente el indicador de salud pública más sensible para las condiciones socioeconómicas de un territorio, ya que existen determinantes sociales que impactan en el desarrollo de los niños con bajo peso, donde el macro ambiente socioeconómico está inmerso en múltiples daños a la salud.[18]

Como se muestra en la tabla 23.1, del total de personas entrevistadas acerca de la vivienda (n=54) el mayor por ciento se encontró en aquellas que viven en apartamentos con el 57,4 %, seguido del 24 % que vive en habitación en cuartería y, por último, el 18,5 % que tienen casa propia. EL 75,9 % vive de manera favorable en cuanto al tipo de vivienda (apartamentos y casa propia) lo que sería un factor protector dentro del proceso de la DSS. Para Seperak Hernández, en el 2023, en un estudio descriptivo de corte transversal, de 904 recién nacido con bajo peso en un hospital del Perú, refiere que existen factores sociodemográficos que se relacionan con el bajo peso al nacer, como el tipo, procedencia urbana y la calidad de vivienda en el 58,5 %, educación secundaria en el 66 % y ser ama de casa en el 84,9 %.[19]

Tabla 23.1. Tipo de vivienda. Municipio La Habana Vieja. 2022

Tipo de vivienda	No.	%
Apartamento	31	57,4
Habitación en cuartería	13	24,1
Casa	10	18,5
Total	54	100,0

Fuente: Entrevista individual.

Acceso al agua potable. Según entrevistas individuales e historias clínicas familiares, las familias (n=54) disponen de un 51,9 % con agua potable de forma diaria e intermitente, el 22 % con días alternos, el 14,8 % diaria continua, y un 11 % de forma irregular (tabla 23.2), lo que es, no solo un factor que contribuye en el proceso de DSS, sino que también, al no tener una regularidad en la cobertura de agua, existe acumulación en recipientes no adecuados con alto riesgo biológico de proliferación vectorial o de enfermedad de transmisión alimentaria.

Tabla 23.2. Cobertura de agua. Municipio La Habana Vieja. 2022

Cobertura de agua	No.	%
Diaria intermitente	28	51,9
En días alternos	12	22,2
Diaria continua	8	14,8
Irregularmente	6	11,1
Total	54	100,0

Fuente: Entrevista individual.

Recinos Méndez[20] en su estudio menciona, que la pobreza es multidimensional y compleja, ya que dificulta el acceso a recursos básicos para satisfacer las necesidades básicas, las cuales influyen en la calidad de vida de las gestantes como: la adecuada alimentación, la vivienda, la educación, el acceso al agua potable, entre otros factores, pero que todos inciden en una mayor probabilidad de tener niños bajo peso.

En la tabla 23.3 se demuestra que en los casos procedentes de familias con disfunción se encontró que el 87 % y el 13 % eran funcionales. Cabe señalar que en la totalidad de las familias investigadas, según su ontogénesis familiar, son del tipo nuclear, según la historia clínica familiar.

Tabla 23.3. Funcionamiento familiar. Municipio La Habana Vieja. 2022

Funcionamiento familiar	No	%
Disfuncional	47	87,0
Funcional	7	13,0
Total	54	100,0

Fuente: Historia clínica familiar y entrevista individual

En la bibliografía revisada está suficientemente documentada la relación entre la disfuncionalidad familiar y el bajo peso al nacer como en el estudio realizado por Rebolledo Rudas (2021) en madres venezolanas y colombianas (5708 y 3205 respectivamente), donde además, se describe como el curso de una gestación en este tipo de familias puede generar mayor estrés y ansiedad, tanto para las gestantes como para el producto, ya que ambos enfrentan condiciones emocionales y autoperceptivas que condicionados por otros factores pueden acarrear incrementos de niños bajo peso o prematuros.[21]

De acuerdo con la figura 23.2, el hábito de fumar y la ingesta habitual de bebidas alcohólicas correspondieron al 20,2 y 40,4 % respectivamente. Llama la atención que en el caso de la ingestión de bebidas alcohólicas más el hábito de fumar, fue declarada por el 39,3 %, un porciento que no debe pasar inadvertido. Del total de mujeres entrevistadas ninguna refirió consumo de drogas ilícitas.

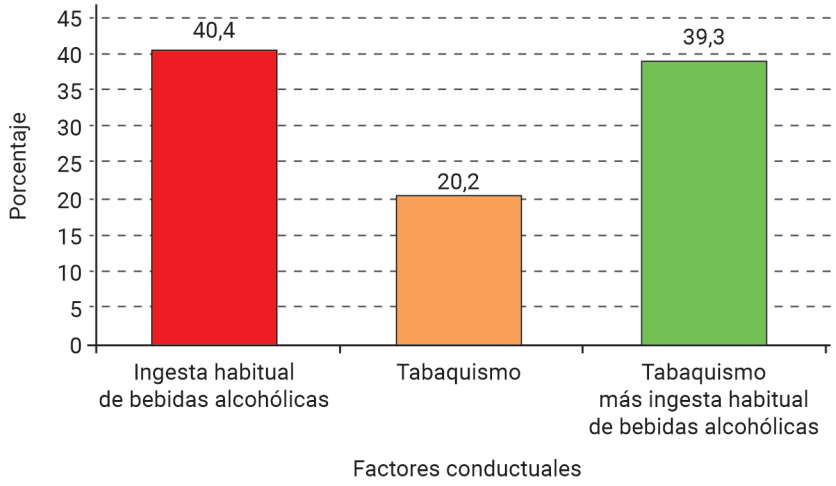


Fig. 23.2. Adicciones comportamentales de madres de niños BPN, municipio La Habana Vieja, 2022
Fuente: Entrevista individual

El hábito de fumar y las adicciones guardan una estrecha relación con el peso deficiente al nacimiento, según numerosas investigaciones. En España, un estudio por Roca y colaboradores concluye, que los neonatos expuestos a drogas de abuso durante el embarazo tienen mayor riesgo de malformaciones congénitas, bajo peso o prematuridad.[22]

Herrera Lazo y Cobo Álvarez[23] en un estudio analítico de 212 gestantes en Ecuador observaron relación estadísticamente significativa en madres gestantes y bajo peso al nacer con relación al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, con una p<0,001.

Palomo M y colaboradores,[24] en un estudio analítico en México, demuestran que existe una mayor tendencia en aquellas embarazadas que consumieron alcohol, tabaco y cannabis y el riesgo de bajo peso al nacimiento, con una p=0,16 y 0,17.

De acuerdo con la figura 23.3, el 59 % de las madres estudiadas, según lo dicho en sus entrevistas individuales, expresan que no tienen conductas de riesgo, y el 41 % reporta haber mantenido una conducta sexual de riesgo durante el embarazo. Lo que se traduce en conductas sexuales de riesgo, como tener sexo sin protección o anticoncepción (métodos anticonceptivos de barrera) como profesión, múltiples parejas, compañero con ITS. Aunque el mayor por ciento es dirigido a no conductas de riesgo, un porciento no despreciable tiene conductas sexuales de riesgo.

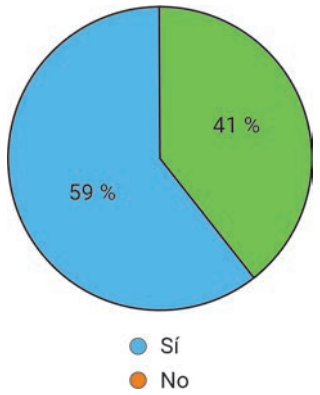


Fig. 23.3. Conducta sexual de riesgo de madres de niños BPN, municipio La Habana Vieja, 2022.

Mestre-Mestre y Escobar Velásquez,[25] en un estudio transversal en Colombia, observaron que las conductas sexuales de riesgo tienen una significancia estadística, si se trata de gestantes con bajo nivel escolar y pobreza, predictor de vulnerabilidad para bajo peso al nacer.

En cuanto a paridad, según historia clínica individual de las madres con hijos bajo peso, el 85,2 % tiene de 1 a 2 hijos, seguido de 9,3 % nulíparas y el 5,6 % con más de tres hijos (tabla 23.4).

Tabla 23.4. Comportamiento de la paridad. Municipio La Habana Vieja, 2022

Paridad	No.	%
Nulíparas	5	9,3
1 a 2 hijos	46	85,2
3 o más hijos	3	5,6
Total	54	100,0

Fuente: Historia clínica individual.

La investigación hace énfasis en el tema, ya que este fenómeno de baja paridad se tendría que estudiar en otro contexto, donde existen ciertos diferenciales que determinan el accionar de esta problemática; sin embargo, en el escenario del proceso de determinación del bajo peso es de vital importancia tener en cuenta esta variable, ya que, aunque los resultados de la investigación no coinciden con lo que se demuestra en Lima, Perú.

Llenque J.[26] en un estudio de corte transversal de 17 253 gestantes, señala que, la paridad (p=0,031), así como un control prenatal deficiente (p<0,001 OR 2,681, IC 95 %) tiene asociación estadísticamente significativa con el bajo peso al nacer.

Marreros Santiago y colaboradores,[27] en un estudio de casos y controles en Perú, de una muestra de 104 gestantes en el grupo de casos (n=104) el 65 % de las embarazadas identificadas como multíparas, en el grupo control (n=103) 35 % fue la frecuencia de multiparidad, por lo que se presentó una relación estadísticamente significativa con un chi-cuadrado p<0,001, demuestran que una gestante multípara tiene mayor riesgo, 5,09 veces más de tener productos con bajo peso.

Se observó que el 67 % de la captación precoz por historia clínica individual se captaron antes de las 12 semanas de gestación, en comparación con el 33 % que fue captada en el segundo trimestre del embarazo (fig. 23.4). Sin embargo, es de vital importancia que el 100 % de las gestantes sean captadas dentro del primer trimestre, ya que se podría mejorar este indicador, en el que las autoridades locales, junto con la participación comunitaria, deben actuar.

De acuerdo con Lichám, en Lambayeque, Perú, el que en un estudio correlacional demuestra que existe relación con las embarazadas que tienen deficiencias en su captación precoz y control prenatal asociada al bajo peso al nacer en un 57,4 %.[28]

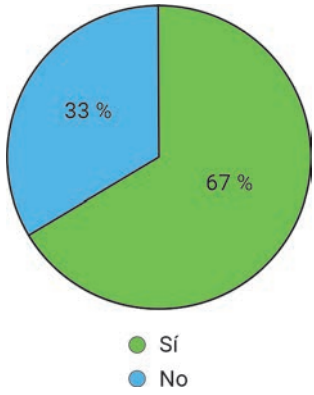


Fig. 23.4. Captación precoz de madres de niños BPN, municipio La Habana Vieja, 2022.

En la figura 23.5 se observa que, del total de las madres estudiadas y por historia clínica individual, el 57 % asistió a menos de diez consultas durante la gestación, y el 43 % acudió a 10 consultas o más. Es de vital importancia que el control prenatal se lleve en el 100 % de todas las gestantes, lo ideal sería de 10 consultas o más durante los tres trimestres del embarazo. Chara R., en un estudio de casos y controles, señala que el inadecuado control prenatal y la amenaza de parto prematuro se asocia con el bajo peso al nacimiento.[29]

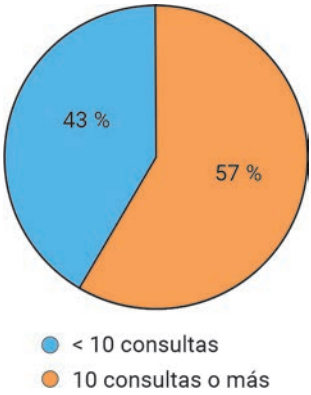


Fig. 23.5. Control prenatal de madres de niños BPN, municipio La Habana Vieja. 2022. *Fuente*: Historia clínica individual.

En la tabla 23.5 se observa que el mayor porcentaje de madres desarrolló el embarazo normo peso (61,1 %) y 18,5 % con sobrepeso, pero, un porciento no despreciable (13 %) eran obesas, solo el 7,4 % eran bajo peso. Se observa que los pesos inadecuados suman un total de 38,9 %, lo cual constituye factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. Un alto porcentaje tenían hábitos nutricionales no saludables (66,7 %).

Tabla 23.5. Estado nutricional de gestantes con niños bajo peso, municipio La Habana Vieja, 2022

Estado nutricional	No	%
Bajo peso	4	7,4
Normopeso	33	61,1
Sobrepeso	10	18,5
Obesidad	7	13,0
Total	54	100,0

Fuente: Historia clínica individual

Bizuayehu y colaboradores,[30] en un estudio de cohorte en recién nacidos australianos, señalan que las gestantes con un estado nutricional deficiente tienen dos veces más riesgo de tener niños con bajo peso. Minaya Valladares[31] en el Perú encuentra que, el peso es un factor que predispone a niños con bajo peso, ya sea por déficit o por exceso.

De acuerdo con la figura 23.6, las enfermedades más frecuentes durante la gravidez fueron las infecciones vaginales con 61,1 % y las urinarias (22,2 %), el 7,4 % con anemia y el 2 % con diabetes gestacional, el 7 % de ellas no presentó ninguna enfermedad durante el embarazo. En la investigación realizada en Perú, Curichimba Gonzales[32] encuentra asociación entre las infecciones vaginales y las infecciones del tracto urinario con el bajo peso al nacer.

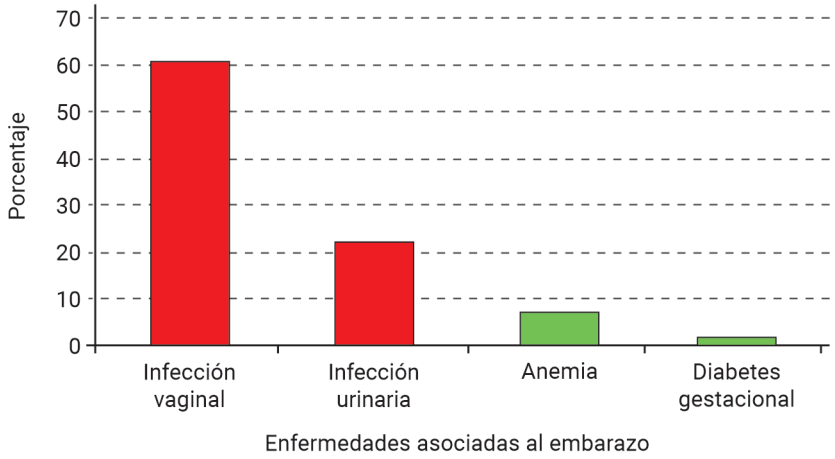


Fig. 23.6. Enfermedades asociadas en el embarazo de madres con niños bajo peso, municipio La Habana Vieja. 2022. *Fuente*: Historia clínica individual.

Morandi y colaboradores,[33] en un estudio de casos y controles, señalan que, enfermedades asociadas al embarazo conllevan una alta probabilidad (3 veces más) de presentar productos con bajo peso. Hierrezuelo N y colaboradores,[34] en un estudio de casos y controles en Cuba, demuestran que las infecciones urinarias y vaginales tienen tres veces más riesgo de tener niños con bajo peso.

El 37 % del ingreso económico per cápita familiar fluctúo entre 1500 y 1999 pesos, seguido del 33 % que señaló ingresos entre 2000 y 2999 pesos, el 20 % fluctuó en más de 3000 pesos y el 9 % con ingresos de 1000 a 1499 pesos (fig. 23.7).

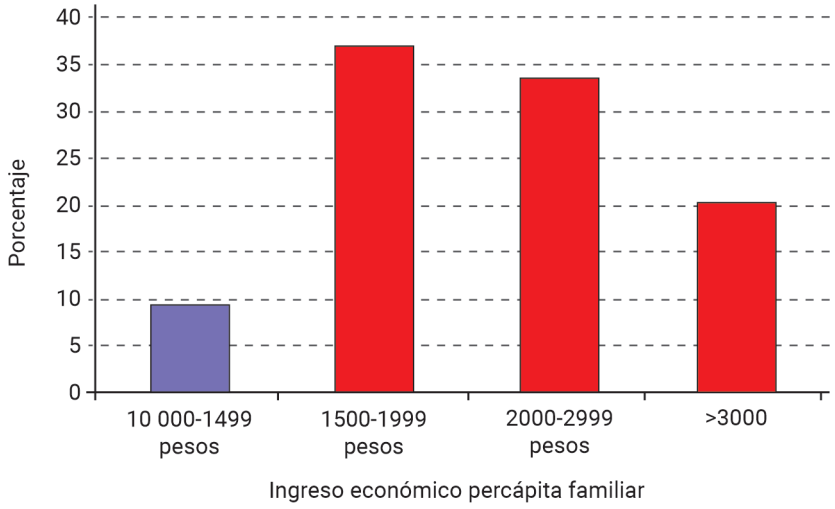


Fig. 23.7. Ingreso económico per cápita mensual familiar con hijos bajo peso, municipio La Habana Vieja, 2022.

Pabón Salazar y colaboradores[35] señalan que, el bajo peso al nacer y variables como el ingreso económico, tipo de trabajo y grado escolar aumentan el riesgo de niños prematuros; 5,10 veces en aquellas gestantes que perciben ingresos económicos deficientes, así como el nivel de educación tiene mayor fuerza de asociación, cuando el grado no es completado en comparación con la de educación superior y se mantiene una estabilidad laboral, donde se toma como factor protector (OR=0,78; IC 95 %).

Fuentes Basaldúa[36] en el Perú, en un estudio observacional transversal, encuentra que, el ingreso socioeconómico per cápita en una familia de bajos recursos tiene asociación con bajo peso al nacer.

El grado escolar que predominó fue el de la enseñanza media superior, con el 48,1 %, seguido del 46,3 % con un nivel universitario y un 5,6 % con secundaria vencida (tabla 23.6). Cabe señalar que ninguna de las madres tenía menos de un nivel de escolaridad secundaria, si bien en la presente investigación estuvieron incluidas adolescentes es de 14 años con presencia de niños bajo peso. Danet Alina y Bote Marcos[37] en España demuestran que el grado escolar, la edad en extremos de la vida tienen significancia estadística para tener niños con bajo peso al nacimiento. En esta investigación se observa, que en la mayoría de los países se priorizan los determinantes estructurales como uno de los grandes condicionantes para el bajo peso, y como estratificadores se tiene el factor social, económico y laboral y que lo antes mencionado determina el bajo peso al nacer.

Tabla 26.6. Nivel de escolaridad vencido de madres con niños bajo peso, municipio La Habana Vieja, 2022

Nivel escolar	No.	%
Media superior	26	48,1
Universitario	25	46,3
Secundaria	3	5,6
Total	54	100

En la figura 23.8 se observa, que el color de la piel que dominó fue negro y mestizo, con un 41 y un 31 % respectivamente. Estudios realizados por Iza Aquieta y Bustillo Solórzano[38] en Ecuador demuestran que las mujeres de origen étnico, y específicamente de color de piel negra, son un factor de riesgo para bajo peso al nacer. Dotinga Randy[39] encuentra, en un estudio de cohorte de 5759 mujeres, de las cuales 1158 son de color de piel negra (23 %, IC 95 %: 1,03 a 1,42). Los partos fueron inducidos mediante cesárea en comparación con las mujeres de piel blanca, con un porciento de 17,6 % (p <0,001 IC 95 %).

Falcãoy colaboradores,[40] en un estudio de regresión logística multivariante, demuestran que gestantes de color de piel negra tienen 1,2 veces más probabilidad de parir a un bajo peso al nacimiento. El fenotipo de piel negro se asocia, no solo con el bajo peso al nacer, sino que existen otros factores que determinan, la mayor predisposición en las gestantes de color de piel negra, como son el control prenatal inadecuado, el peso en la gestación en extremos, por deficiencia o por exceso, consumo excesivo de sustancias como alcohol y tabaco, mayor riesgo de padecer enfermedades en el embarazo.

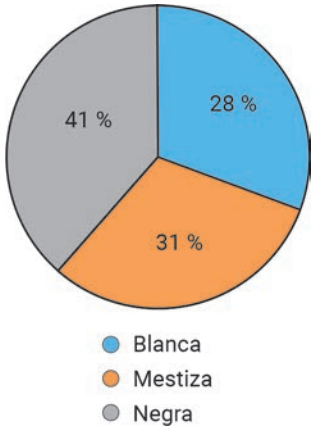


Fig. 23.8. Color de la piel de madres con hijos bajo peso, municipio La Habana Vieja, 2022.

Por medio de avances en técnicas moleculares se han realizado múltiples estudios para comprobar la asociación entre el color de piel negra y el bajo pesos al nacer. Reeves, en 2014, demuestra que, en gestantes afrodescendientes existen polimorfismos asociados al fenotipo de piel negra y el riesgo de desarrollar niños prematuros. Govender, en 2012, encuentra distintos factores angiogénicos en mujeres afrodescendientes y el riesgo de complicaciones como la preeclampsia, según la patogénesis de factores de crecimiento endotelial y placentario. Otros autores han encontrado mutaciones en el gen ERAP2 (*endoplasmic reticulum aminopeptidase 2*) en mujeres afroamericanas y el riesgo de enfermedad hipertensiva en el embarazo, así como prematuridad.[41, 42, 43]

En resumen, en esta investigación no se trata de crear disparidades étnicas, sino encontrar aquellos factores y condiciones que determinan el bajo peso al nacimiento. Por si misma, el color de piel negro es un factor independiente para desarrollar prematuridad, sin embargo, se suman factores genéticos hasta ambientales, los cuales incrementan el riesgo de parir niños con bajo peso.

Como se ha observado, la relevancia que posee el conocimiento del proceso de la determinación social del bajo peso al nacer es compleja. Esta problemática y las desigualdades en salud se expresan por medio de la vulnerabilidad de los individuos y poblaciones, existen factores, condiciones y premisas que son protectoras y que pueden conllevar al bienestar de las poblaciones, no solo para el bajo peso al nacimiento sino para un sinfín de problemas en salud. Bien decía William Osler "No hay que saber qué enfermedades tiene este paciente, sino qué paciente tiene esta enfermedad", es allí donde radica la importancia de encontrar las causas de las causas y la mejor forma de intervenir es por medio de la promoción y prevención en salud.

Conclusiones

La determinación social del bajo peso al nacer es compleja y abarcadora, las inequidades en salud se expresan por el grado de vulnerabilidad que tienen las madres gestantes, por

su diferencia en cuanto a la exposición al daño y por sus consecuencias en el proceso de tener niños con bajo peso al nacer. Así como se observó, en el trayecto de esta investigación, existen factores, condiciones y premisas que favorecen la respuesta de las gestantes para no tener niños con bajo peso.

Es imprescindible que en el accionar de esta problemática en salud se aborden primordialmente aquellos factores y premisas que van a contrarrestar el bajo peso al nacimiento, si bien, en el contexto cubano se tiene como premisa al Programa de Atención Materno Infantil, que prioriza el tema y trabaja de conjunto con otros sectores, antes de la gestación, para que se vean beneficiadas las mujeres cubanas.

En el territorio cubano existen políticas locales y estrategias sanitarias, sin embargo, estas deben de estar encaminadas a la solución de las causas de las causas de este problema, eliminando las brechas de equidad que le impactan.

Referencias bibliográficas

1. Alvarez Pérez AG, Alegret Rodríguez M, Luis Gonzálvez IP, Leyva León Á, Rodríguez Salva 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. 2011;49(2):[Aprox. 18 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007
2. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/determinacion_social/determinacion_social_salud.pdf
3. Alvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá AJ, Sosa Lorenzo IA, Bonet Gorbea MH, De Vos P, et al. Contribución de los servicios de salud a la situación de salud en Cuba entre los años 1989 y 2000. INFODIR. 2011; 7(12). Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/277/0
4. Méndez Brito EC, Guisado Milanés SR, Barrero Rodriguez D. Factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. Multimed. 2023;61(1): [Aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182023000100031
5. Organización mundial de la salud. La OMS recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros. Ginebra: OMS;2022. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies
6. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Indicadores nutricionales adicionales de la Asamblea Mundial de la Salud. FIDA, PAHO, Unicef. 2019.
7. Acosta Ramírez JH. Factores relacionados con el bajo peso al nacer en un hospital de alta complejidad. IJEPH. 2019;2(2):[Aprox 3 p]. Disponible en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/download/5195/8471

8. Pabón-Salazar YK, Eraso-Revelo JP, Bergonzoli-Pelaez G, Mera-Mamián AY. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital universitario del departamento de Nariño. Univ Salud. 2021;23(3):Aprox 5p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000300179
9. Aparicio-Meneses LM, Hernández-Méndez O, Drivas-Morales Y. Bajo peso al nacer en el contexto de las determinantes biológicas y sociales de salud. Infomed. Archivo Medico Camaguey. 2022;2(2):[Aprox 10 p]. Disponible en: https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9216/4500
10. Leal Soliguera MC. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. Revista Cubana Salud Pública. 2007;34(1): [Aprox 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100016
11. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OECD; 2020. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/2020/06/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020_4f138987.html
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Anuario estadístico de salud 2021. En: Ministerio de salud pública, dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana;2022
13. Programa de Atención Materno Infantil. Estadísticas sobre bajo peso al nacer en Habana Vieja 2022. Nov 2022. La Habana: PAMI;2022
14. Escobar Escobar MB, Montoya Zuluaga D, Hernández Rodríguez V, Burgos Serna LJ, Londoño Orrego MA. Factores de riesgo y determinantes sociales en el bajo peso al nacer. Revista Venezolana de enfermería y ciencias de la salud. 2019;12(1): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/3157
15. Castro Delgado OE, Salas Delgado I, Acosta Argoty FA, Delgado Noguera M, Calvache JA. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. Pediatría. 2016;49 (1): [Aprox. 8 p.]. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.02.002
16. Pereira Solla JJS, Guimarães Pereira RA, Medina MG, Pinto LS, Mota E. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en El Salvador, Bahía. Rev Panam Salud Publica. 1997;2(1): [Aprox. 6 p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v2n1/1-6
17. Mancebo BW, Linares RT. Determinantes biológicas de salud asociadas al bajo peso al nacer en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2022;38(1):1-17. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2022/cmi221m.pdf
18. Pérez Martínez M, Basain Valdés JM, Calderón Chappotín GC. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica del Centro. 2018;12(3):369-382 Disponible en: https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/885/1177
19. Seperak Hernandez M. Factores asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital Regional de Ica – 2022. (Tesis de pregrado de Medicina Humana). Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023. Disponible en: https://repositorio.unica.edu.pe/items/a18e0672-7476-4f5a-88bc-80ffab9d6987
20. Recinos Méndez YE. Desnutrición materna, bajo peso al nacer, pobreza y sociedad. Revista Naturaleza, Sociedad y Ambiente. 2018;5(1): 41-49. Disponible en: https://revistacunsurori.com/index.php/revista/article/download/30/30
21. Rebolledo Rudas J. Factores sociodemográficos y prenatales relacionados con el bajo peso al nacer de los recién nacidos de madres colombianas y migrantes venezolanas

atendidas en la ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla de enero del 2018 a diciembre del 2019. [Tesis Maestría Investigativa en Epidemiología]. Barranquilla, Colombia. Universidad del Norte;2021.
22. Roca A, Jarque P, Gomila I, Marchei E, Tittarelli R, Elorza MA, et al. Características clínicas y factores de riesgo asociados a la exposición prenatal a drogas de abuso. Anales de Pediatría. 2021:95(5):307-320. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-caracteristicas-clinicas-factores-riesgo-asociados-articulo-S169540332030285X
23. Herrera Lazo Z, Cobo Álvarez DA. Asociación del bajo peso al nacer con el consumo materno de tabaco, alcohol o drogas. Rev Cubana Inv Bioméd. 2024;43. Disponible en: https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3272
24. Palomo García M, Álvarez Villalobos NA, Feria Sosa AL. Asociación entre el grado de consumo de alcohol, tabaco, sustancias ilícitas y el desenlace obstétrico adverso. Ginecol obstet Méx. 2024;92(8):326-340 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024000800326&lng=es
25. Mestre-Mestre MA y Escobar Velásquez KD. Bajo peso al nacer en Colombia según condiciones socioeconómicas de la madre. Duazary. 2023;20(2):40-47. DOI: https://doi.org/10.21676/2389783X.5366
26. Jacinto Llenque L. Factores maternos asociados con bajo peso al nacer, en mujeres de 18 a 45 años en el Perú, según datos ENDES 2020 [Tesis Medicina Humana]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/96bfe70e-e527-497f-9b67-a80fd8b28798
27. Marreros Santiago AAP y Peréz Benites JC. Relación entre multiparidad y bajo peso al nacer en recién nacidos. [Tesis Médico Cirujano]. Perú: Universidad Nacional del Santa; 2024. Disponible en: https://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4532
28. Lichám Lainez J. Factores maternos asociados a neonatos a término pequeños para la edad gestacional del Hospital Belén de Lambayeque, 2021 [Tesis Médica Cirujana]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2022. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10437
29. Chara Chara R. Factores de riesgo asociados al recién nacido de muy bajo peso en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2011-2020. [Tesis Médico Cirujano]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_8e23bc6d09639e36a4bf0d2b3f91f38f
30. Bizuayehu HM, Harris ML, Chojenta C, Forder PM, Loxton D. Low birth weight and its associated biopsychosocial factors over a 19-year period: findings from a national cohort study. Eur J Public Health. 2021;31(4):776-783. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab033
31. Minaya Valladares CA. Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos a término, hospital regional de Huacho, 2018-2021 [Tesis Médico Cirujano]. Perú: Universidad Nacional José Faustino Sanchez Carrión; 2022. Disponible en: https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/655
32. Curichimba Gonzáles MA. Factores determinantes a recién nacido de bajo peso en un hospital del tercer nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2022. [Tesis Título Profesional Obstetra]. Perú: Universidad Científica del Perú; 2022. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCPI_2ded5936c423213592c91c096bf2ad3a/Details

33. Moradi G, Zokaeii M, Goodarzi E, Khazaei Z. Maternal risk factors for low birth weight infants: A nested case-control study of rural areas in Kurdistan (western of Iran). J Prev Med Hyg. 2021 Jul 30;62(2). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8451353/
34. Hierrezuelo Rojas N, Hernández Magdariaga A, Ávila Vázquez M, Velázquez Ferreira L, Sotera Torres R. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer en un policlínico de Santiago de Cuba. Medisan. 2022;26(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000500004
35. Pabón Salazar YK, Eraso Revelo JP, Bergonzoli Pelaez G, Mera Mamián AY. Factores al bajo peso al nacer en un hospital universitario del departamento de Nariño. Univ Salud. 2021; 23(3):179-188. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000300179
36. Fuentes Basaldúa DJ. Embarazo adolescente asociado al bajo peso al nacer, según datos ENDES 2020. [Tesis pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_83e77732da778462917deaebacda1283
37. Danet Danet A, Bote M. Las madres jóvenes en España. explorando los condicionantes de la edad a la primera maternidad desde la perspectiva de género. Revista clepsidra. 2022;23: [Aprox. 225 p]. DOI: https://doi.org/10.25145/j.clepsydra.2022.23.12
38. Iza Aquieta LI, Bustillos Solórzano ME. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. Revista científica mundo de la investigación y conocimiento. 2022; 6(3):393-408. DOI: https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408
39. Dotinga Randy. Más cesáreas en mujeres saludables hispanas o de raza negra que en mujeres de raza blanca. Medscape. 2022. Disponible en: https://espanol.medscape.com/verarticulo/5908388
40. Falcão IR, Ribeiro-Silva RC, de Almeida MF, Fiaccone RL, Dos S Rocha A, Ortelan N, et al. Factors associated with low birth weight at term: a population-based linkage study of the 100 million Brazilian cohort. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7491100/
41. Reeves IV, Bamji ZD, Rosario GB, Lewis KM, Young MA, Washington KN. Vitamin D deficiency in pregnant women of ethnic minority: a potential contributor to preeclampsia. J Perinatol. 2014;34(10):767-73. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24854625/
42. Govender L, Mackraj I, Gathiram P, Moodley J. The role of angiogenic, anti-angiogenic and vasoactive factors in pre-eclamptic African women: early- versus late-onset pre-eclampsia. Cardiovasc J Afr. 2012;23(3):153-9. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3721863/
43. Hill LD, Hilliard DD, York TP, Srinivas S, Kusanovic JP, Gomez R, et al. Fetal ERAP2 variation is associated with preeclampsia in African Americans in a case-control study. BMC Med Genet. 2011;12:64. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2350-12-64

Diferenciales del proceso de determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja, 2022

Roxana Pineda Citalán, Yanet Pardo Molina,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez,
Isabel Pilar Luis Gonzálvez

Introducción

La determinación social de la salud (DSS), en lo individual y en lo colectivo, ha creado disparidades de forma continua y en repunte a nivel mundial, es un tema sujeto a debate por organismos internacionales y por sectores de áreas en salud en las agendas durante los últimos años. Si bien hay convicción documental, demostrada desde siglos pasados y en el trascurso del tiempo, de que las desigualdades en salud tienen múltiples causas, así como que una gran parte de las que afligen a los seres humanos son de índole social, se conoce que, en una gran parte de los casos de intervenciones sanitarias, estas no están encaminadas a resolver el problema social de la enfermedad.[1]

Por ello, diversos estudios latinoamericanos, canadienses y europeos, pretenden demostrar los enigmas en materia de salud de las poblaciones y las múltiples perspectivas de sus determinantes. Se esbozan modelos para explicar y descifrar, desde el enfoque de la epidemiologia anglosajona, como factores o como un proceso complejo, desde los paradigmas latinoamericanos; se permite aminorar y atender, lo más efectivo posible, las situaciones de salud en distintos escenarios y contextos.[1, 2]

En el contexto cubano, pese a la voluntad política para soslayar las desigualdades sanitarias y sociales, existen brechas; aun cuando el acceso a los servicios de salud es gratuito y universal se encuentran diferenciales en las variables que determinan el proceso salud enfermedad entre las provincias de Cuba y entre sus municipios. Por esto y por otros argumentos válidos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) otorgan asesorías y sugerencias, en conjunto con otros estudios realizados en distintos países, sobre la lucha por la justicia en inequidades en salud y en el mejoramiento de estrategias de políticas públicas acorde al contexto sanitario de cada país miembro de estas organizaciones.[3]

Diversos estudios en Cuba, que abordan la determinación social de la salud, dirigidos por un grupo de expertos del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), han implementado un modelo adaptado a las particularidades de la población cubana, de conjunto con otros sectores y en concordancia con el departamento de salud pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica y el programa de líderes en salud internacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).[1, 2]

La variedad de las distintas actuaciones en los indicadores de salud pública, no solo se ve reflejada en el país y las provincias, sino también en pequeñas localidades geográficas, áreas de salud dentro del mismo municipio, donde el individuo nace, crece, trabaja, vive y envejece; por lo que es pertinente la aplicación de la determinación social de la salud como proceso.

La determinación social del bajo peso al nacer se encuentra como principal factor de riesgo en los países en vías de desarrollo, que conlleva a consecuencias negativas en muchos ámbitos, como la educación y la productividad, como condicionantes importantes de los recursos en salud. Otros factores, como la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, un entorno estable, igualdad y justicia social, impiden que poblaciones vulnerables puedan conseguir la salud máxima que son capaces de alcanzar.[4]

Dentro de los municipios de La Habana, el índice más alto al cierre del 2022, según informe del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) es La Habana Vieja, con un índice de bajo peso al nacer de 8,96 por cada 100 nacidos vivos.[5]

Investigaciones en Cuba, que abordan este sensible problema del bajo peso al nacer, coinciden en que la génesis de este fenómeno es multicausal, asociada a factores de tipo demográfico, cultural, social y económico, que actúan como estratificadores de las condiciones y estilos de vida, biología humana y acceso a los servicios sanitarios. Antecedentes de la madre y el feto, así como el entorno ambiental varían el efecto en cada municipio, provincia y área de salud, las cuales tienen una relación directa con el desempeño económico. Por lo antes mencionado, la existencia de diferenciales en el comportamiento del bajo peso al nacer entre las distintas áreas de salud identifica que la determinación social del bajo peso al nacer va más allá de reconocer los factores que llevan al bienestar o a la vulnerabilidad.[6, 7, 8, 9, 10, 11, 12] El objetivo de esta investigación es identificar los diferenciales presentes en el proceso de determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja en el año 2022.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal, tomando como unidad de análisis 54 madres con niños nacidos con bajo peso en las cinco áreas de salud pertenecientes al municipio La Habana Vieja durante el año 2022, mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Con uso del instrumento ya validado por expertos se utilizó la herramienta DeterminaMe.

Variables de estudio: situación socioeconómica, acceso y satisfacción a los servicios de salud, necesidades básicas, responsabilidad individual y colectiva en salud, participación social.

Los resultados del estudio fueron analizados siguiendo el modelo del INHEM realizado por Alvarez y colaboradores.[1, 2] Para el procesamiento de la información se construyó una base de datos en Excel y Access del paquete informático Office 2019 y se creó un gráfico radial.

Aspectos éticos. Como toda investigación con seres humanos, se guardan los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia. Se les explica a las participantes el objetivo de la investigación, sus beneficios y se les solicita su consentimiento informado a participar en ella. Sus datos personales no serían divulgados.

Resultados y discusión

El bajo peso al nacer es uno de los indicadores de salud pública más sensibles a las condiciones socioeconómicas de un territorio, según estudios a nivel mundial. La apreciación que las madres tienen en sus respectivas áreas, en el lugar donde se desarrollan los niños bajo peso, es fundamental.

En el municipio investigado, las puntuaciones (en promedio), obtenidas en cada uno de los acápites y por cada una de las áreas en cuestión, muestran que existen diferenciales entre cada una de ellas (fig. 24.1).

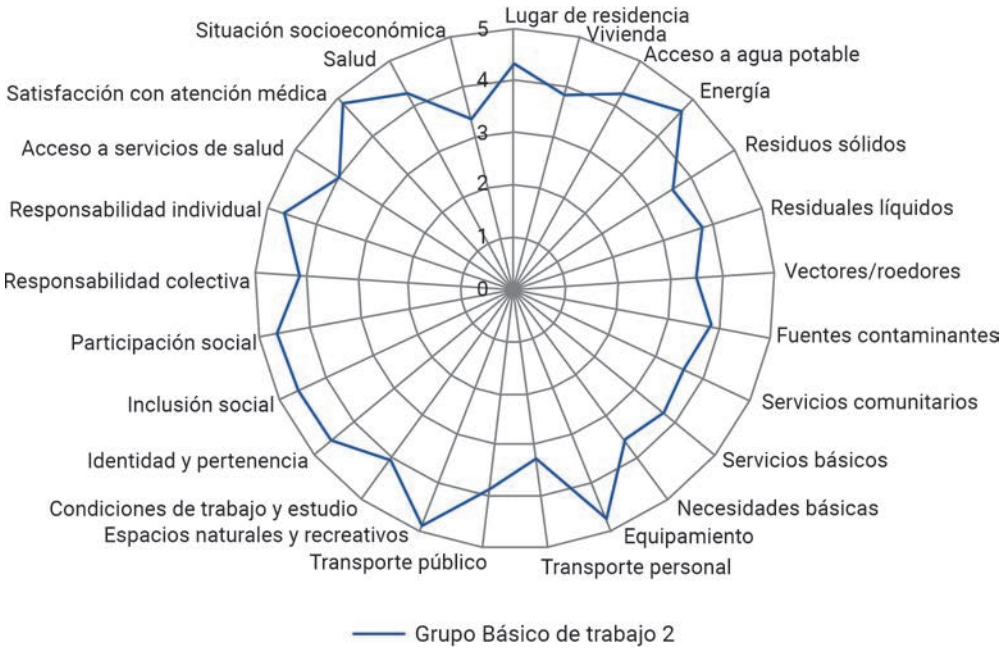


Fig. 24.1. Diferenciales del proceso de determinación social del bajo peso al nacer en el municipio La Habana Vieja, 2022.

A nivel de municipio, en la percepción de las madres predominó el transporte público y personal, evidentemente, el poseer un transporte privado facilita la vida, principalmente en estos tiempos de gran dificultad con el transporte público, sobre todo para la transportación de las madres con niños bajo peso al nacer hacia el servicio de salud, principalmente para aquellos servicios de atención secundaria. Sin embargo, existe un elemento fundamental en cada una de las áreas de salud, que existe atención pediátrica y de ginecobstetricia por consulta externa para la atención pediátrica dentro del municipio. El mayor porcentaje de la población, de forma obligatoria, utiliza transporte público para su traslado en caso de atención secundaria. De los 120 países que presenta el Banco Mundial, Cuba se encuentra en el lugar 100, con un 42 % de vehículos por 1000 habitantes. Los países tienen un promedio en cuanto a vehículos por 1000 habitantes, Estados Unidos y la Unión Europea con 872,51 y América Latina con 351,66.[13]

En esta investigación se observó una estrecha relación entre los ingresos económicos per cápita familiares. Aumentan de 1500 a 1999 y de 2000 a 2999 pesos, lo que impacta hacia el interior del municipio, en la situación socioeconómica en que se encuentran las madres con niños bajo peso, lo que determina que los factores, condiciones y premisas pueden conducir a esta situación de vulnerabilidad, con un mayor riesgo de tener bajo peso al nacimiento.

Las poblaciones, tienen un riesgo diferente de enfermar y morir según espacio, tiempo y grupos poblacionales. Se conoce que aquellas personas que residen en lugares donde no exista lo básico para llevar una vida plena tienen mayor probabilidad de que su salud empeore. Un factor protector que privilegia en cuanto a la atención de la gestante y del producto, es que en todo el territorio cubano el Programa de Atención Materno Infantil es uno de los programas priorizados, lo que se traduce en que las madres tienen acceso y cobertura garantizada a los servicios de salud, y su percepción de satisfacción en salud sea una de las mejores y que conlleve a proteger a las gestantes y no parir niños bajo peso.

Dentro de otros factores, condiciones y premisas que lleva a la mitigación de tener niños con bajo peso se encuentra la responsabilidad individual y colectiva en salud y, por lo tanto, a un proceso de bienestar que viene a determinar la salud de las madres.

En el contexto del bajo peso al nacer y la determinación social de la salud de la familia cubana, los logros se asocian más a la organización social y al desarrollo permanente de los servicios de salud. Los niveles de salud de la población cubana son considerados elevados, la salud es un derecho humano universal el cual es prioridad de la política del estado cubano. Esta política hace realidad cuatro ejes importantes: la inversión en desarrollo social, los servicios de salud, la formación del capital social y humano, desarrollo permanente del sistema, aspectos muy relacionados con los factores determinantes claves (estilo de la persona, redes sociales y comunitarias, condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas).

La determinación social del bajo peso al nacer es compleja y multicausal, esta problemática y las inequidades en salud se expresan por medio de la vulnerabilidad de las gestantes con niños bajo peso al nacimiento, por su diferencia en cuanto a la exposición al daño o por las consecuencias del proceso de enfermar en los diferentes estratos sociales.

La determinación social del bajo peso al nacer se encuentra como principal factor de riesgo en los países en vías de desarrollo, con consecuencias negativas en muchos ámbitos como educación y productividad, condicionantes importantes de los recursos en salud. Otros factores, como la vivienda, la educación, la alimentación, la paz, los ingresos, un entorno estable, igualdad y justicia social, impiden que poblaciones vulnerables puedan conseguir la salud máxima que son capaces de alcanzar.

Hacia el interior del municipio se observan diferenciales entre los factores, condiciones y premisas estudiadas entre las áreas de salud, estas diferencias determinan socialmente las situaciones de bienestar y vulnerabilidad presentes en ellas, de ahí la importancia de estudiar las causas de las causas (fig. 24.2).

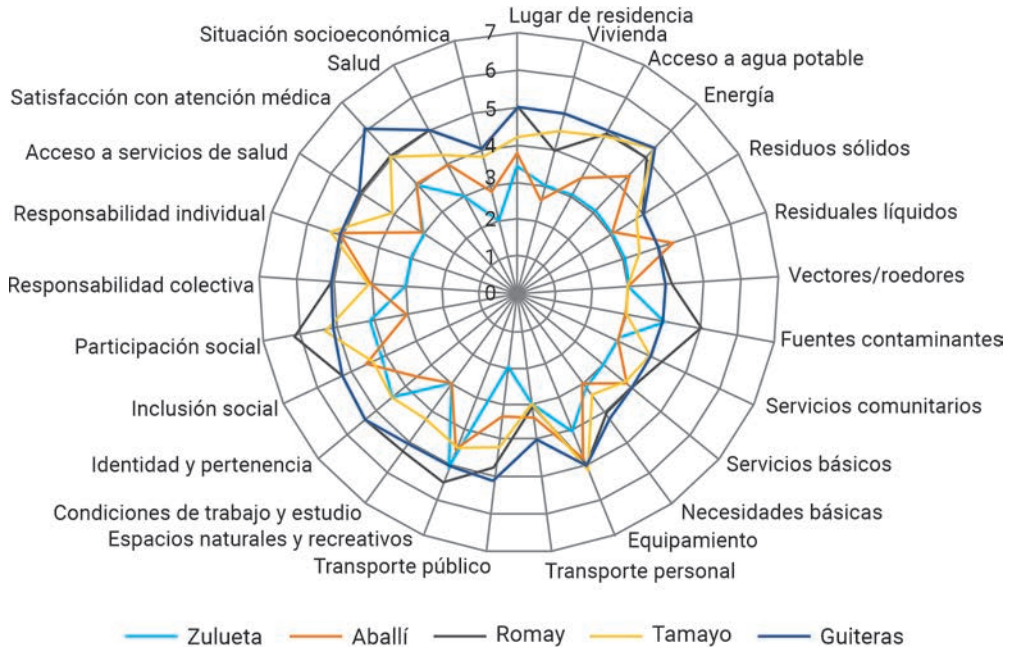


Fig. 24.2. Diferenciales del proceso de determinación social del bajo peso al nacer, por áreas de salud en el municipio La Habana Vieja, 2022.

Las áreas de salud Zulueta y Aballí son pertenecientes al municipio La Habana Vieja con las puntuaciones más deficientes, siendo la más baja las referidas al transporte público, lo que determina que en este municipio la gran mayoría de la población no cuenta con un transporte privado propio. Evidentemente, el poseer un transporte privado facilita la vida, principalmente en estos tiempos de gran dificultad con el transporte público, sobre todo para la transportación de las madres con niños bajo peso al nacer para acudir a un servicio de salud, primordialmente aquellos servicios de atención secundaria. Sin embargo, existe un elemento fundamental en cada una de las áreas de salud, y es que existe atención pediátrica y ginecobstétrica por consulta externa. A pesar de ello, para la atención pediátrica dentro del municipio el mayor porcentaje de la población utiliza transporte público de forma obligatoria para su traslado en caso de atención secundaria.

La percepción es deficiente en cuanto a residuales líquidos, vectores y desechos sólidos en el área del Policlínico Roberto Manuel Zulueta Cayol y del Policlínico Universitario Angel Arturo Aballí, no obstante, en las del Policlínico Docente Dr. Tomás Romay, el Policlínico Universitario Antonio Guiteras Holmes y el Policlínico Docente Dr. Tomás Romay también tienen deficiente percepción en estos factores y condiciones, los cuales tienen relación con el medio ambiente en donde los individuos se desarrollan. A su vez determinan la salud de la población, pues son factores de riesgo para propagar enfermedades trasmisible como las de tipo vectorial y de trasmisión por vía digestiva como las enfermedades diarreicas agudas (EDA).[14]

Las arbovirosis, como el dengue, y las EDA son una de las enfermedades trasmisibles que mayormente inciden en la población, en la que los determinantes impactan de forma negativa. Sin embargo, la percepción negativa sobre las enfermedades trasmisibles (ET) no

son las únicas que inciden, también lo están el estrés y la incomodidad, que pueden conllevar al desarrollo de factores de riesgo psicosocial, como agresividad, por tener a poca distancia de las viviendas macro- y micro vertederos con un índice vectorial alto. Sin duda tienen implicación en las no transmisibles, que son la primera causa de muerte en Cuba con un 85 %.

Las relaciones familiares se encuentran correlacionadas con el bajo peso al nacer. Se sabe que la familia es la célula de una sociedad, en ella el ser humano nace y se desarrolla, pero de ello depende la correcta función de la salud materno infantil. Una familia funcional promueve un entorno integral del binomio madre-hijo, una familia disfuncional incrementa el riesgo del binomio, ya que da pautas para trastornos psicológicos del comportamiento y, por ende, mayor riesgo de enfermar y de parir niños bajo peso.

Para formar una familia, se estima como un papel fundamental las condiciones donde se encuentran sus viviendas, las que van a ser valoradas por la pareja en varios aspectos: si están cercanas a escuelas, agromercados, entre otras condiciones que les sean mínimamente indispensables. El entorno, dentro del concepto integral, debe dar esa armonía en las esferas físico y social y la vivienda, deberá estar en concordancia con el estado estructural, tipo, higiene y número de personas que la habitan, ya que puede ser un factor que determine la salud o el riesgo de enfermar, según sean las condiciones.

Estudios han descrito que existe una correlación entre la salud física y la situación de la vivienda. En la actualidad, alrededor del 55 % de las personas a nivel mundial viven en ciudades, según informes de las Naciones Unidas existe una alta probabilidad de que esta proporción crezca un 13 % más para el año 2050, por lo que el desarrollo sostenible depende cada vez más de las gestiones adecuadas en cuanto al crecimiento urbano, especialmente en países de ingresos medios y bajos.[15]

En Cuba, alrededor del 76 % de la población vive en las ciudades, se estima que en los próximos años aumenten estas proyecciones nacionales. En cumplimiento al objetivo 11 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para lograr ciudades y asentamientos humanos seguros, inclusivos, sostenibles y resilientes, es de vital importancia para hacer cumplir el plan de acción global y para su implementación en la Nueva Agenda Urbana. Según datos de la ONU-Hábitat la población cubana está estabilizada a 11,2 millones de habitantes desde hace más de 20 años, según proyecciones para este 2025 comenzará a decrecer, con una evolución en la pirámide poblacional hacia la contracción demográfica (envejecimiento poblacional), con una estimación del 30 % de la población para el 2035, que tendrá entre 60 o más años.[15]

Hace algunos años se realizó una estrategia de intervención educativa sobre vivienda saludable en una población rural de Cuba, donde se demostraron de forma significativa cambios positivos en las estructuras de las viviendas, manejo de desechos sólidos, agua para consumo humano, esto explica que la conducta de los individuos puede modificar estos factores y no solo aquellas políticas públicas gubernamentales, si bien deben complementarse. En aquellas viviendas donde no hay significancia positiva puede ser por factores de riesgo principalmente de tipo económico, de ahí la importancia de reconocer a las familias más desfavorecidas. Aquellos sistemas de viviendas vulnerables generan estratificaciones que empeoran las diferencias sociales. Estos aspectos mencionados sobre la vivienda y los

servicios básicos, así como los dos factores que marcan diferencias pueden estar determinadas por factores culturales, ecológicos o de índole socioeconómica.[16]

En cuanto al abastecimiento de agua, en la mayor parte de las viviendas entra de forma intermitente, motivo por el cual se ven en la necesidad de almacenar agua, en algunos casos en condiciones insalubres, lo que trae como consecuencia la creación de criaderos de mosquitos y de contaminación del agua. No obstante, existen mecanismos para que el agua sea apta para consumo humano, estas no incluyen aquellas fuentes de abastecimiento ni de almacenaje, sino la manera de tratar el agua para consumo.

Aunque en el municipio y sus diferentes áreas, algunos hogares tienen dificultad para hervir el agua, ocasionalmente se consigue hipoclorito de sodio para tratarla, de no hacerse, lo toman directo del grifo o del agua estancada, lo que da paso a enfermedades del tipo parasitaria y digestivas.

Es lógico, que aquellas viviendas que cuentan con abastecimiento por acueducto tienen mayor probabilidad de beber agua segura. Pero, viendo el agua desde el punto de vista de niños con bajo peso, no parece tener importancia, cabe mencionar que este sí determina cuando está aunado a otros factores.[17, 18]

El ambiente incluye los desechos sólidos. Es uno de los factores con una estrecha relación con la salud. Aquellas gestantes que no valoran todo lo que tiene relación con vivienda y entorno saludable, sobreviene la necesidad de crear conciencia de que este sea uno de los tantos escenarios prioritarios a la hora de hacer intervenciones en salud pública, para mejora de las viviendas o su construcción, todos estos aspectos de requisitos de urbanización y planificación física son uno de los factores principales para encaminar las políticas públicas de manera diferencial, si de disminución en la tasa del bajo peso al nacer se trata.

Los factores y condiciones que más inciden se evidencian en las cinco áreas: las relacionadas con el medio ambiente, específicamente desechos sólidos (según el tipo de recolección de basura que se realiza, frecuencia y calidad con que se hace), residuales líquidos, en cuanto a la importancia para la salud de su manejo adecuado. Es fundamental la educación a la familia, en cuanto a la forma de almacenamiento, el uso de envases seguros y tapados, su ubicación y sacarla de la vivienda diariamente. Obviamente, si la recogida no tiene la frecuencia adecuada, se forman macro- y microvertederos con todas las consecuencias negativas que esto trae a la salud.

Conclusiones

Existen múltiples condiciones, factores y premisas que se asocian al bajo peso en el nacimiento, entre los más estudiados se encuentran los sociodemográficos, económicos y culturales. Otros factores relacionados con la calidad de los servicios son la cobertura, el acceso y su utilización.

La determinación social del bajo peso al nacer es compleja; esta problemática y las desigualdades en salud se expresan por medio de la vulnerabilidad de los individuos y las poblaciones, por su diferencia en cuanto a la exposición al daño y por sus consecuencias en el proceso de enfermar, o bien por medio de factores protectores, los cuales determinan el estado de bienestar en salud.

Es primordial que el diseño de las políticas locales y estrategias sanitarias estén encaminadas a la solución de las causas de las causas de este problema, eliminando las brechas de equidad que impactan en él.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
2. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord.. Adolfo Gerardo Alvares Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
3. World Health Organization. Declaration on Social Determinants of Health. Rio Political. 2011 Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. OMS. 2019. Disponible en: https://acortar.link/mKKEB3
5. Programa de Atención Materno Infantil. Estadísticas sobre bajo peso al nacer en Habana Vieja 2022. La Habana: PAMI;2022
6. Hierrezuelo Rojas N, Hernández Magdariaga A, Ávila Vázquez M, Velázquez Ferreira LM, Sotera Torrez RA. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer en un policlínico de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2022;26(5): [Aprox. 17 p.]. Disponible en: https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4190/html
7. Rojas C y León E. Frecuencia de malnutrición y complicaciones asociadas en gestantes atendidas en Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Abril 2019-2020. [Tesis Médico Cirujano]. Perú, Lambayeque Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2021. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9211
8. Rebolledo Rudas J. Factores sociodemográficos y prenatales relacionados con el bajo peso al nacer de los recién nacidos de madres colombianas y migrantes venezolanas atendidas en la ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla de enero del 2018 a diciembre del 2019. [Tesis de grado Maestría Investigativa en Epidemiología]. Barranquilla, Colombia. Universidad del Norte;2021. Disponible en: https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/10245#page=1
9. Della Fontana, FD, Singh, VC, Goyechea JS, Zimmer Sarmiento MC, y Contreras, NB, Peso de recién nacidos y su relación con factores maternos sociodemográficos, obstétricos y del proceso de atención durante el control prenatal. Salta Capital, Argentina. Antropo. 2022;47: 17-27. Disponible en: http://www.didac.ehu.es/antropo/47/47-03/Fontana.pdf
10. Curichimba Gonzáles MA. Factores determinantes a recién nacido de bajo peso en un hospital del tercer nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2022. [Tesis Título Profesional Obstetra]. Perú: Universidad Científica del Perú; 2022. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCPI_2ded5936c423213592c91c096bf2ad3a/Details

11. Tuñon SA, Delgado AA, Villarino PN, Carná SR, Nocita SD, Trave FP, Bollo ARB, et al. Relación entre factores maternos y el bajo peso al nacer de recién nacidos a término en un Hospital Materno Infantil de Baja Complejidad de La Matanza, Buenos Aires, Argentina. Revista de Investigaciones del Departamento de Ciencias de la Salud. 2023;2(1):4-12. Disponible en: https://repositoriocyt.unlam.edu.ar/bitstream/123456789/1487/1/ReDSal%202-1-1.pdf
12. Pabón Salazar YK, Eraso Revelo JP, Bergonzoli Pelaez G, Mera Mamián AY. Factores al bajo peso al nacer en un hospital universitario del departamento de Nariño. Univ Salud. 2021; 23(3):179-188. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0124 71072021000179&lng=en
13. Grupo Banco Mundial. Transporte; Panorama general. 2024. Disponible en: https://www.bancomundial.org/es/topic/transport/overview
14. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas en Salud. Anuario estadístico de Salud 2023. 2024. La Habana. p. 30-72.
15. Organización Panamericana de la Salud. La vivienda: elemento esencial para hacer realidad la equidad en salud. 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2024-vivienda-elemento-esencial-para-hacer-realidad-equidad-salud
16. Valbuena-Durán LD, Vanegas Rueda J, Castro LC, Valenzuela JA, Celis Santos VO, et al. La estrategia de vivienda saludable, una intervención en la población rural. Rev Cubana Salud Pública. 2019;45(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000400003
17. Ganatra S, Khadke S, Kumar A, Khan S, Javed Z, Masir K, et al. Standardizing social determinants of health data: a proposal for a comprehensive screening tool to address health equity a systematic review. Health Affarirs Scholar. 2024;2(12). DOI: https://doi.org/10.1093/haschl/qxae151
18. Martínez Torres YM, Moreno González A, Párraga SA, Santana Suarez I, Fernández Rubio M, Matos Laffita D. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud del municipio de Baracoa- Guantánamo. Revista Multidisciplinaria Voces de América y el Caribe. 2024;1(1):200-215. Disponible en: https://remuvac.com/index.php/home/article/view/16/29

Vulnerabilidad y desventaja social relacionada con el bajo peso al nacer en el municipio Abreus, Cienfuegos, 2023

Hilda María Delgado Acosta,
Esther Yarinely Hernández Dieguez,
Sonia Monteagudo Díaz,
Vanesa Bárbara Fernández Bereau,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

Las investigaciones realizadas acerca de las causas que producen el bajo peso al nacer (BPN), y las consecuencias que provoca de forma individual en el mundo, demuestran que el tema en la actualidad es poco abordado y, cuando ocurre, se hace desde la perspectiva individual y fragmentada que aportan los factores de riesgo.[1, 2, 3]

Este problema de salud se relaciona con la frecuencia de los daños que provoca y su variación geográfica, como expresión de la composición social de los grupos de población y por las propias condiciones de vida, aspectos que se asumen como los factores de riesgo que limitan la compresión y actuación oportuna sobre las inequidades en salud materno-infantil.[1, 2, 3]

En este sentido, en el contexto de América Latina, la problemática se estudia desde otras perspectivas, desde el contexto de la segregación histórica, la estratificación social, la dinámica de apoyo social y los recursos que posee cada comunidad, como expresión de las condiciones de vida, explicadas como determinantes estructurales e intermedios de la vulnerabilidad y por ende de la salud y de la equidad en salud.[1, 2, 3]

El enfoque tradicional de factores de riesgo limita la comprensión y actuación oportuna sobre las inequidades en salud materno-infantil, las cuales deben ser exploradas en los contextos mencionados. Es por eso que se debe asumir la problemática del peso al nacer como expresión de las condiciones de vida de los diferentes grupos poblacionales con enfoque de determinantes sociales de la salud.[1, 2, 3, 4]

En la provincia de Cienfuegos, un estudio publicado sobre determinantes sociales y bajo peso al nacer en el periodo 2003 al 2007 evidenció que, la mayor incidencia de niños nacidos con bajo peso residía en las zonas menos favorecidas socioeconómicamente, y se encontró asociación con algunos determinantes explorados, como edad de la madre, enfermedades crónicas, infección vaginal, malnutrición, hábito de fumar, antecedentes obstétricos, entre otros.[5]

Por su parte, el municipio de Abreus se ha caracterizado por exhibir resultados de bajo peso al nacer por encima de la media provincial y nacional. Es por ello que las autoras de este trabajo consideraron oportuno abordar el bajo peso al nacer como problema de salud con un enfoque de vulnerabilidad social en este municipio, teniendo en cuenta el análisis de documentos de las investigaciones realizadas sobre determinación social de la salud en el territorio y las entrevistas realizadas a los actores sociales y comunitarios.

La finalidad del estudio es orientar a todos (personal de salud, pobladores, gobierno) para el abordaje del problema de salud desde su esencia social, con la participación social que se requiere.

Desarrollo

El bajo peso al nacer (BPN), además de considerarse uno de los indicadores más significativos para evaluar la calidad de vida de la población, es el eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal y otras afecciones del periodo neonatal y problemas de salud en el primer año de vida.

Los determinantes sociales de la salud, por definición, son las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen en su estado de salud.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Su enfoque se centra en identificar factores específicos que afectan la salud, como nivel socioeconómico, educación, acceso a servicios de salud, condiciones laborales, vivienda y entorno físico, discriminación y exclusión social, desde una perspectiva más descriptiva y analítica, buscando entender cómo estos factores contribuyen a las desigualdades en salud o determinan la salud.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Desde las teorías causales, este enfoque tiene una mirada, cuyas relaciones se establecen básicamente desde las teoría unicausal y multicausal, viendo los determinantes de manera aislada y fragmentada, los que bajo una mirada reduccionista terminan convertidos en los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales (tabaquismo, sedentarismo, inadecuada alimentación).[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

La determinación social de la salud, por definición, es un enfoque teórico que va más allá de los factores individuales y analiza, desde una perspectiva de proceso (premisas, condiciones y factores), cómo las estructuras sociales, económicas y políticas generan desigualdades en salud.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Su enfoque se centra en las relaciones de poder y las estructuras que producen y reproducen las inequidades en salud, a partir de las desigualdades sociales. Su perspectiva es más crítica y estructural, buscando entender la producción social de pobreza/vulnerabilidad relativa a salud, o sea, cómo las sociedades organizan la producción, distribución y acceso a los recursos que afectan la salud.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Desde las teorías causales, este enfoque tiene una mirada de proceso, basada en la teoría de la complejidad desde una perspectiva contrahegemónica y diferente de entender la salud y la enfermedad, como derecho humano y social que debe ser garantizado por el Estado mediante políticas públicas que actúen sobre los determinantes sociales, promuevan la intersectorialidad y la universalidad.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

El proceso de determinación social de la salud es de gran importancia para comprender, identificar e intervenir en los factores que afectan la salud de una población y fortalecer aquellos que representan una protección ante el origen y mantenimiento de las enfermedades.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Estos factores incluyen aquellas condiciones donde nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas. El análisis de los problemas de salud con enfoque de determinación social es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministerios de salud y de desarrollo de

varios países, por lo cual deviene en marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

La vulnerabilidad social relativa a salud con enfoque de determinación social es abordada muchas veces desde una mirada reduccionista, en la cual prevalecen, entre otros, los enfoques causales univariante o multivariante y, como diría Oscar Feo: "la determinación social de la salud va mucho más allá de determinantes aislados y fragmentados, que bajo una mirada reduccionista terminan convertidos en los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales".[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

En otras ocasiones, los estudios realizados responden a iniciativas que abordan los determinantes de manera fragmentada, en función de los intereses devenidos en proyectos financiados por organismos internacionales o de sus estructuras organizativas, y es así que están los determinantes culturales, sociales, comerciales, económicos y ambientales; propuestas que carecen del análisis desde una perspectiva causal compleja y todas las bondades que le aportan esas evidencias a la toma de decisiones.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Es importante tener en cuenta la vulnerabilidad social relativa a salud con un enfoque de determinación social al diseñar políticas y programas de salud, para asegurar que los grupos más vulnerables tengan acceso a los servicios de salud necesarios para prevenir y tratar enfermedades. Esto puede ayudar a reducir las disparidades en la salud y mejorar el bienestar de todas las poblaciones.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Cuando se habla de vulnerabilidad social relativa a salud con enfoque de determinación social se refiere a la probabilidad de que ciertos grupos o poblaciones sean más susceptibles a padecer problemas de salud, ya que esta vulnerabilidad se basa en factores como, la edad, el género, la etnia, la clase social, el nivel educativo, la ubicación geográfica y la accesibilidad a los servicios de salud.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

El análisis de situación de salud de la población en situación de vulnerabilidad con un enfoque de determinación social permite identificar las necesidades y problemas de salud de la población, proponer y adoptar alternativas de solución participativa intersectorial y comunitaria, teniendo en cuenta, entre otros, a los activos comunitarios y a la prescripción social. Este enfoque permite promover investigaciones complementarias para explicar y solucionar los problemas del cuadro de salud de la población y establecer un proceso de control al cumplimiento de lo planificado y la calidad de las acciones desarrolladas.[4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Antecedentes de estudios realizados en el municipio. En investigaciones previas realizadas durante el periodo 2012 al 2014, en este municipio se identificaron los determinantes sociales de la salud relacionados con el bajo peso al nacer en diferentes estratos, identificándose inequidades en salud desde la expresión de los determinantes estructurales e intermedios.[4]

Transcurridos varios años del primer estudio, se decide realizar otra investigación en el periodo 2017 al 2018, en el que se incluyeron 35 madres de niños bajo peso que nacieron en el periodo de estudio, pertenecientes a las dos áreas de salud del municipio (Abreus y Yaguaramas).[12, 13]

Los resultados mostraron predominio de mujeres en edades entre 20 y 29 años, de procedencia urbana, sin historia de migraciones, con más de 5 años de permanencia en su zona de residencia, con predominio de color de piel blanca, con bajo nivel educacional, sobre todo en el consejo popular Abreus, madres trabajadoras con solvencia económica mayor al salario mínimo.

La mayoría vivían en casas de estado constructivo regular, con familias extensas y disfuncionales. Tuvieron bajo peso al inicio del embarazo y, dentro de las enfermedades asociadas, se detectaron: anemia, infección urinaria y sepsis vaginal, como las más frecuentes.

La alimentación durante el embarazo fue estable y suficiente, pero no saludable. Todas estaban dispensarizadas en sus consultorios como riesgo reproductivo preconcepcional. Del 2012 al 2021, el bajo peso al nacer en el municipio de Abreus ha mostrado una tendencia ascendente.

El año 2020 cerró con un índice de bajo peso al nacer de 5,9 %, con un notable incremento de 11,2 % en el año 2021, coincidiendo este periodo con la mayor incidencia de casos de COVID-19. La evolución de este indicador compromete el objetivo de la OMS de disminuir para el año 2025 en un 30 % el número de niños con un peso al nacer inferior a 2500 g. Esto supondría una reducción anual del 3 % entre 2012 y 2025. Lo que motivó la realización de otro estudio en el año 2022, donde se actualizó la estratificación de riesgo de este problema a escala de consejo popular.

También se aplicaron los cuestionarios para evaluar el proceso de determinación social de la salud elaborados y validados por el INHEM a madres de niños bajo peso y a directivos y trabajadores del gobierno, del sector salud y de otros sectores que de alguna manera estuvieron involucrados con el funcionamiento del programa materno-infantil. Se realizaron grupos focales en los que se recogieron sus opiniones y puntos de vista. Quedaron representados los diferentes posicionamientos socialmente relevantes para el estudio.

Los resultados mostraron que, de los 7 consejos populares 3 se identificaron como de alto riesgo (Abreus, Cieneguita y Juraguá), dos de mediano riesgo (Horquita y Constancia) y dos de bajo riesgo (Yaguaramas y Charcas).

En los consejos populares de alto riesgo están ubicados la mayoría de los asentamientos urbanos del territorio, con una población de 12 566 habitantes, que representan el 41,1 % de la población del municipio. Tienen una mayor diversidad de fuentes de empleo por los servicios propios de la urbanización, con la tendencia a realizar tareas concretas y acudir a otros para satisfacer el resto de las necesidades, con una economía monetaria encaminada a la producción.

En el estrato de bajo riesgo predominaron los asentamientos rurales, con una población de 6246 habitantes, que representan el 20,4 % de la población del municipio. Yaguaramas es un consejo popular ubicado en el oeste del municipio, favorecido por su cercanía a la carretera principal, que conecta al territorio con la cabecera provincial y otros municipios aledaños, como Aguada de pasajeros, que en reiteradas ocasiones suple varias necesidades de estos pobladores.

Aunque impera la actividad agrícola, existen varios servicios públicos que propician fuentes de empleo, con una economía familiar que media entre vender y producir para su autoconsumo. Charcas fue el otro consejo de bajo riesgo que es eminentemente rural y agrícola.

Al analizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública en el municipio, durante el periodo de estudio, se observan debilidades en la gobernanza local en salud. El desempeño del sistema de salud fue evaluado de bien, aunque la función de desarrollo de personal es la segunda función peor evaluada.

Las funciones peor evaluadas fueron las relacionadas con la participación de la población, el desarrollo de políticas y gestión en salud, el análisis de situación de salud y la regulación e inspección sanitaria. El cumplimiento inadecuado de estas funciones dificulta el ejercicio

de una buena práctica de salud pública, por lo que deben ser fortalecidos para mejorar el desempeño del área de salud y su práctica como autoridad sanitaria local (fig. 25.1).

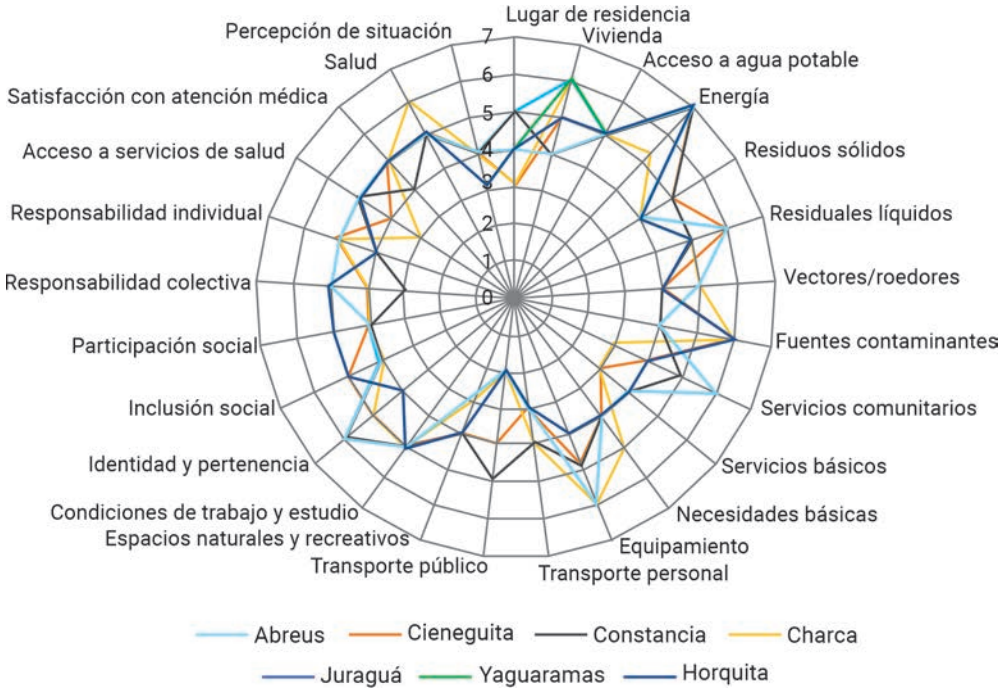


Fig. 25.1. Evaluación del proceso de DSS, según consejos populares en el municipio Abreus, 2022.

Calificación de cada ítem:

- Totalmente favorable: 7.
- Parcialmente favorable: 6.
- Poco favorable: 5.
- Muy poco favorable: 4.
- Poco desfavorable: 3.
- Parcialmente desfavorable: 2.
- Totalmente desfavorable: 1.

Al analizar los cuestionarios de las madres de niños bajo peso, seleccionadas en el periodo de estudio, se evidencia que, aunque hubo diferencias entre los consejos populares, la máxima calificación la obtuvo solamente la energía, mientras que el determinante peor evaluado fue el transporte público (casi la totalidad de las entrevistadas), seguido por el acceso a los servicios comunitarios, satisfacción de necesidades básicas, transporte personal, disponibilidad de espacios naturales y recreativos; así como la percepción de la situación socioeconómica.

Con estos antecedentes, la revisión de la literatura referente al tema y la opinión de las investigadoras del trabajo, se presenta la siguiente matriz (tabla 25.1), donde se muestra el perfil territorial de la desventaja social relacionada con el bajo peso al nacer en este municipio.

Tabla 25.1. Matriz del perfil territorial de la desventaja social en el municipio Abreus del bajo peso al nacer

Dimensiones de equidad	Sujetos tipos en desventaja	Dimensiones de equidad (factores diferenciales)					Salida
		Economía	Cultura	Política	Espacial	Social y psicológica	Perfiles de personas en desventaja
Género	Mujeres	Ingresos por encima del salario básico, pero que no garantiza las necesidades básicas	Bajo nivel de escolaridad	Licencia de maternidad remunerada que no satisface las necesidades	Viviendas con dificultades constructivas	Madres solteras Machismo Discriminación de género	Mujeres con ingresos por encima del salario básico, pero que no garantiza las necesidades básicas, con bajo nivel de escolaridad que reciben licencia de maternidad remunerada Viven en viviendas con dificultades estructurales con familias disfuncionales y poco apoyo familiar
Etaria	Edad reproductiva de 20 a 29 años, ideal para procrear	Vinculadas laboralmente	Pobre cultura de la salud Relaciones sexuales desprotegidas, deficiente cultura alimentaria	Poca participación en la adopción de políticas públicas relacionadas con la reducción del bajo peso al nacer	Realizan labores en el hogar después de la jornada laboral	Pobre apoyo familiar Convivencia con familias disfuncionales	Están en edad reproductiva, vinculadas laboralmente Tienen pobre cultura y despreocupación por su salud
Color de la piel	Blanca	Acceso a recursos financieros y laborales	Acceso a la educación	Protección de sus derechos constitucionales	Acceso a vivienda	No se afecta por el color de la piel	Predomina el color de piel blanco característico del lugar
Morbilidad	Anemia Bajo peso Sepsis vaginal Riesgos laborales	Dificultades financieras para cubrir las necesidades que garanticen una alimentación saludable	Despreocupación por su salud	Acceso a los servicios de salud Dispensarizadas como grupo de riesgo Atención médica deficiente, pues no se modifica el riesgo reproductivo antes de la concepción. Equipo básico de salud inestable. Poco impacto de hogares maternos	Consejos populares desfavorecidos (Abreus, Cieneguita y Juraguá)	Prioridad de atención hacia otros miembros de la familia, descuidando su salud	Padecen enfermedades relacionadas con dificultades financieras para cubrir una alimentación saludable, despreocupación por su salud y atención médica deficiente

Conclusiones

De manera general, en el estudio realizado se evidenció como las mujeres en desventajas, según el marcador de diferencia económico, por el estatus social, color de la piel, niveles de ingreso, empleo, bajo nivel cultural y de escolaridad; además de que viven en comunidades en situación de vulnerabilidad, constituyen los perfiles de la problemática estudiada (bajo peso al nacer), pues es evidente, como resultado de las entrevistas, que durante el embarazo se diagnostican con esta condición desde el inicio.

Es un reto y un desafío de las instituciones de salud de la provincia de Cienfuegos formar capacidades en los profesionales para realizar este tipo de estudio de manera integral, involucrando a los diferentes sectores y grupos de la comunidad para trabajar con mayor intencionalidad el enfrentamiento a la problemática.

Se debe trabajar con la mujer, la familia y la comunidad, para prepararlos en esta nueva responsabilidad social, pues todos tienen implicación ante las vulnerabilidades (embarazo en la adolescencia, una mujer embarazada que vive en un hogar con bajos ingresos, que tiene un bajo nivel cultural) que demandan de una atención integral, más participativa y comprometida.

Referencias bibliográficas

1. Gómez Mendoza Coralia, Ruiz Álvarez Pedro, Garrido Bosze Ildiko, Rodríguez Calvo María Dolores. Bajo peso al nacer, una problemática actual. AMC. 2018;22(4):408-416. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400408
2. Bertrán Bahades J, Muguercia Silva JL, Verdaguer Pérez L, Morejón Rebelo I, García Kindelán MC. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2019;23(4): 619-631. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000400619
3. Freire-Carrera M, Álvarez-Ochoa R, Vanegas-Izquierdo P, Peña Cordero S. Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en un hospital de Cuenca, Ecuador. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2021;46(3). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2020/cog203a.pdf
4. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM. Coord. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzalvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
5. Delgado-Acosta H, Monteagudo-Díaz S, Rodríguez-Buergo D, Vega Galindo M, Sotolongo-Acosta M. Estratificación del bajo peso al nacer desde un enfoque de determinantes sociales. Rev Finlay. 2013;3(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/171/1473
6. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009. p. 1-31. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084

7. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489
8. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud [Documento de Trabajo]. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, octubre de 2011. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, octubre de 2011. En: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, 19-21 de octubre de 2011. Rio de Janeiro, Brasil. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5
10. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper. "This discussion paper aims to inform procedings at the World conference on social Determinants of Health [Río de Janeiro, Brasil 19-21 october, 2011]" 2011. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241502405
11. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales para 2025 para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño; 2017. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/259190
12. Oficina Nacional de Estadística e Información. Cienfuegos: Censo de Población y Vivienda; 2012.
13. Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. Análisis de Situación de Salud. Cienfuegos: Abreus; 2021.

Determinación social en el aborto inducido. Hospital Universitario Ginecobstétrico Diez de Octubre, La Habana, julio-diciembre, 2020

Yanet Pardo Molina,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez,
Mireya Álvarez Toste

Introducción

La práctica del aborto es tan antigua como la organización social de los seres humanos. El aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es la finalización de la gestación por intervención humana, mediante la eliminación de un embrión o feto antes de que pueda sobrevivir fuera del útero, momento este que aún muestra controversias en el mundo.[1, 2, 3, 4]

Actualmente, su legislación en el mundo es muy heterogénea. Existen países que garantizan el acceso a la IVE como un derecho fundamental de las mujeres y otros donde se penaliza la práctica con prisión para las féminas y sanitarios que practiquen el procedimiento. Entre 2015 y 2019 hubo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas). En este periodo, aproximadamente 47 000 mujeres murieron y se estima que cinco millones de féminas sufrieron discapacidades debidas a procedimientos inseguros.[4, 5, 6]

En Cuba, el aborto voluntario se institucionalizó desde mediados de los años sesenta, a solicitud de la mujer y bajo determinadas condiciones, con bajo riesgo para su salud, y ya en el Código Penal de 1987 (artículo 267) se legisla claramente cuando un aborto es ilícito. Además, la salud es universal y gratuita, por lo que todas las mujeres pueden acudir a las consultas de interrupción de embarazo de los hospitales que cuentan con el servicio, con la certeza de que recibirán atención médica.[2, 7]

En la actualidad, el estado cubano promueve que la pareja planifique el número de hijos deseados, pero es política del Ministerio de Salud Pública el seguimiento desde la etapa preconcepcional y la promoción de salud, incluso en edades tempranas. A través de diferentes medios, se brinda a la población educación sexual para evitar que el aborto sea considerado un método anticonceptivo, y para lograr que se aprovechen los avances respecto a la anticoncepción en la prevención de un embarazo no deseado.[7, 8, 9]

La reproducción humana es un proceso social, resultado de determinadas normas socioculturales existentes en el marco de una formación socioeconómica dada y no puede ser vista meramente como un fenómeno biológico natural. Factores como la religión, la situación socioeconómica, el nivel educacional, la legalidad, las tradiciones y los valores éticomorales de la mujer y la familia influyen de una u otra manera en este fenómeno.[1]

Es importante analizar la problemática del aborto en su dimensión real y concreta, es una situación difícil de afrontar, que involucra muchos aspectos personales de la mujer, la familia y su relación con el medio que la rodea. De ahí que, la decisión final sobre la realización o no del procedimiento, no puede verse como un problema unifactorial, sino como un fenómeno sumamente complejo asociado a múltiples factores que lo determinan.[2, 3]

Abordar el aborto desde la Salud Pública significa considerar su impacto en la salud de las poblaciones, reconociendo también que existen determinantes sociales que construyen desigualdades en la salud sexual y reproductiva. Hay que estudiarlo desde una concepción integral, ya que al final, impacta en las posibilidades y en el poder para ejercer esos derechos. La Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo establece claramente en su declaración final (Consenso de Montevideo), que "la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental".[2]

La familia cubana no está excluida de la influencia de los cambios mundiales, ni de los problemas que tiene como institución a nivel internacional. Las dificultades económicas, de vivienda y de interacción entre sus miembros pueden generar conflictos graves en los hogares, en la decisión y en el momento de incrementar la familia, a lo cual se suman las diferencias generacionales con una población cada vez más envejecida.[4-6]

La longevidad alcanzada en muchos países trae aparejada familias multigeneracionales y, en Cuba particularmente, se convierte ya en algo habitual. El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifras que alcanzan el 21,3 % de la población con 60 años y más. Se espera que para el 2030 este grupo alcance más del 30 % de la población total y que la edad media sea de 44,1 años, por lo que será uno de los países más envejecidos de América Latina.[10, 11, 12, 13]

Y es que el envejecimiento poblacional posee también una incidencia en la baja fecundidad de las mujeres cubanas, uno de los factores que influye en la composición de la población, cuyas tasas, desde 1978, no alcanzan el nivel requerido para garantizar el reemplazo poblacional. Al ser menor el número de nacimientos son menos las mujeres que entran a la edad fértil.[12, 14]

Hace más de 30 años que las mujeres cubanas registraban ya menos de una hija al concluir su etapa reproductiva; han transcurrido muchos años con reducción en la cantidad de nacimientos, y es sabido que una población sin reemplazo envejece, aunque las causas son multifactoriales. En Cuba, la población crece a un ritmo lento, de este modo se intensifica su proceso de envejecimiento.[4, 12]

El estado cubano y el MINSAP se han trazado estrategias dirigidas, tanto al adulto mayor y su calidad de vida, como a estimular el incremento de la natalidad. Entre las medidas enfocadas a este último aspecto se encuentra la de trabajar en el incremento de parejas beneficiadas con técnicas de reproducción asistida de alta tecnología, ya que la infertilidad es una de las causas de que parejas que desean concebir no puedan lograrlo, por lo que se cuenta con un Programa Nacional para la Atención a la Pareja Infértil, desde el 2007.

También existen otras medidas sociales como expresión de la voluntad política del gobierno cubano en este sentido, como las modificaciones en la legislación, que ampara la licencia de maternidad retribuida y que puede incluso ser disfrutada por el padre o la abuela. También en las instituciones hospitalarias con servicio de obstetricia se crean las condiciones para permitir el parto acompañado y, en los últimos planes de vivienda, se priorizan a las madres con tres o más hijos. A pesar de estas estrategias, la incidencia del aborto inducido o voluntario es cada vez mayor.[15, 16, 17]

Los partos deberían al menos duplicar los abortos, sin embargo, esta razón en el Hospital Universitario Ginecobstétrico Diez de Octubre, que brinda atención especializada a la población de tres municipios de La Habana (Diez de Octubre, San Miguel del Padrón y Cotorro), presenta un comportamiento diferente. Al finalizar el año 2019 esta razón se encontraba en 1,2, es decir prácticamente son la misma cantidad de mujeres que deciden parir, que las que deciden abortar. Son numerosos los trabajos que estudian los determinantes de la fecundidad, pero pocos han profundizado en el aborto. Los determinantes sociales cambian y los relativos a la fecundidad y al aborto se modifican cuando lo hace el contexto socioeconómico en el ámbito territorial.

Además, las parejas que planifican una gestación, generalmente, desean hacerlo en un entorno saludable, lo que no solo incluye la vivienda sino el ambiente que la rodea, por lo que se debe también tener en cuenta la experiencia personal de la paciente y su propia percepción sobre los determinantes sociales de la salud en los territorios, entre los que pueden existir diferencias.

En la bibliografía revisada no se encontraron estudios sobre el proceso de determinación social del aborto inducido en el hospital en cuestión, ni en los municipios a los que brinda atención médica, por lo que fue factible su realización y aplicación de sus resultados en este contexto.

A través del estudio se obtendría información útil y relevante sobre el proceso de determinación social del aborto en estas localidades, así como las diferencias entre la percepción de las poblaciones estudiadas de los tres municipios sobre sus determinantes sociales de salud, lo cual permitirá a las autoridades sanitarias, contando con la interrelación estrecha entre el hospital y el nivel primario de atención, así como la participación esencial del gobierno local, del resto de los sectores y de la propia población, trazar estrategias de intervención que puedan ser mucho más efectivas para modificar, en lo posible, los principales determinantes de esta decisión tan importante como es el seguir o no el curso de un embarazo y que, a largo plazo, impactará en la natalidad de estas comunidades, incluso en mayor proporción que lo que se puede lograr con los buenos resultados en la atención a la pareja infértil.

Se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las condiciones y factores que determinaron socialmente que las mujeres acudieran a la consulta de interrupción de embarazo en el Hospital Universitario Diez de Octubre, entre los meses de julio a diciembre del año 2020?

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el hospital ginecobstétrico desde el 1ro de julio al 31 de diciembre del año 2020. Se tomó como universo a todas las pacientes que acudieron a la consulta de interrupción voluntaria de embarazo, que tenían en ese momento residencia permanente en alguno de los tres municipios que reciben atención médica en la institución. Se solicitó consentimiento de participación en el estudio y se seleccionó una muestra de 125 mujeres, para lo cual se tuvo en cuenta la media de asistencia a dicha consulta, en los cinco años previos. Se seleccionaron 5 mujeres por consulta, mediante un muestreo aleatorio estratificado, para garantizar el tiempo y la privacidad de la aplicación de los instrumentos. Las variables referentes al proceso de determinación social fueron seleccionadas en base al modelo estructural de trabajo desarrollado por el grupo de expertos del INHEM.

Para la obtención de la información se realizó la revisión de las historias clínicas y entrevistas semiestructuradas a las pacientes y se aplicó el cuestionario para evaluar la percepción de la población sobre la determinación social de la salud en su territorio, en el cual, mediante una escala de Likert, se le otorga un valor a cada determinante, que va desde 7 (totalmente favorable) hasta 1 (totalmente desfavorable). Este instrumento fue confeccionado y validado como parte del proyecto "La determinación social de la salud en Cuba y territorios seleccionados en el periodo 2017-2021" y, además, está inscrito en el Registro Nacional de Derecho de Autor.

Para procesar el cuestionario, se calcularon los promedios de la evaluación otorgada por todas las encuestadas en cada aspecto evaluado y se compararon los promedios obtenidos en cada ítem entre los tres municipios, identificando dónde se encuentran las mayores diferencias. Los resultados se muestran mediante un gráfico de radar para visualizar con mayor facilidad las menores y mayores puntuaciones otorgadas por cada municipio.

Para determinar dónde están los mayores diferenciales se calculó el coeficiente de Gini en todos los ítems y se grafican mediante la curva de Lorenz, en el caso de los tres ítems que mayor coeficiente de Gini presentaron.

Los resultados o evidencias derivadas de la aplicación de las técnicas cualitativas y cuantitativas fueron sistematizados e integrados por medio del desarrollo de talleres de análisis y síntesis. Durante toda la investigación se respetaron los principios universales de la ética.

Resultados

Aunque en el presente estudio se encontró que el grupo etario que mayor incidencia tuvo fue el de las edades comprendidas entre 16 y 19 años, con 36 pacientes (28,8 %), que ocupó más de la cuarta parte de la muestra estudiada, si se suman las adolescentes, 44 de las pacientes son menores de 20 años, lo cual constituyó el 35,2 % del total de la muestra (fig. 26.1).

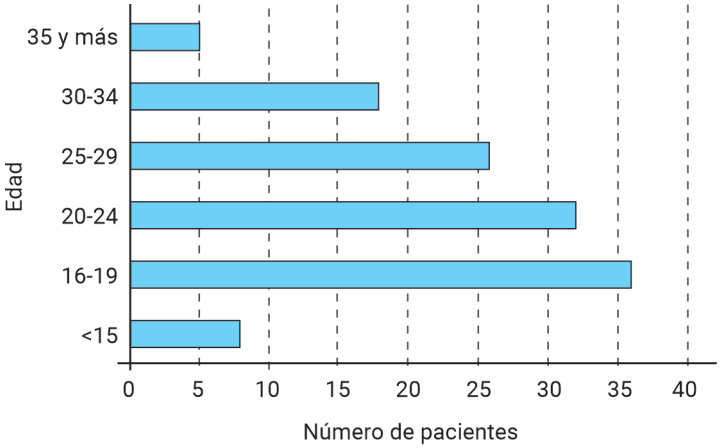


Fig. 26.1. Pacientes según edad.

En la actualidad, la edad para el comienzo de las relaciones sexuales es cada vez menor; en numerosas ocasiones con poca preparación, tanto física como psicológica. Las adolescentes se embarazan y crean una situación difícil para ellas y sus familias. A pesar de que en Cuba los progenitores y maestros, en su mayoría trabajan en la formación de valores con el fin de lograr una sexualidad sana, la incidencia de mujeres en estas edades que acuden a los servicios de aborto se incrementa, encontrándose, detrás de esa decisión de abortar, factores de índole social, tales como el ser madre soltera, la vida estudiantil, que incluye el riesgo del retraso escolar y la ruptura de los planes futuros, sin contar con las facilidades y seguridad que brindan los servicios de salud para el procedimiento en sí mismo.[7, 18]

En general, en la literatura consultada, varios autores señalan que, aunque la adolescencia por sí sola no conduce al aborto, sí es un factor que influye en la incidencia de hoy. Las tasas de aborto inducido son mayores en menores de 20 años en un gran número de países europeos, como Francia, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Italia, Noruega y España, lo que coincide con los resultados de esta investigación; en estos estudios, las mujeres tienden a abortar ante embarazos no deseados, con mayor incidencia de aborto inducido que de nacimientos en este grupo etario.[9, 19]

En investigaciones realizadas en Estados Unidos, cada año se embarazan alrededor de 800 000 a 900 000 adolescentes, y utilizan el aborto cerca de la mitad, con serias consecuencias para su salud. En otros países, que están en vías de desarrollo, alrededor de 200 000 mujeres mueren por aborto y de ellas el 57 % son adolescentes y otras quedan con secuelas importantes que pueden invalidarlas desde todos los puntos de vista, biológico psicológico y social.[20]

Como puede observarse, los resultados del presente estudio coinciden más con los realizados en países desarrollados, gracias a la prioridad que el gobierno cubano ofrece a la atención médica, la educación, así como a la seguridad y atención que se brinda a los niños

y adolescentes, lo cual, al igual que con otros problemas de salud, trae como consecuencia una paradoja en los resultados, según el desarrollo socioeconómico.[10]

Las concepciones sociales y culturales influyen en la forma en que los adolescentes asumen su sexualidad, generalmente no se piensa en la maternidad y paternidad en esas edades, sino en el disfrute placentero de sus experiencias, las cuales no están exentas de riesgos. Riesgos que son más complejos a menor edad de la pareja y, por supuesto, uno de los más importantes es el embarazo no deseado y, como consecuencia, la interrupción de la gestación.

La prevención con una educación sexual precoz desde la infancia y la confianza de los jóvenes en su familia, la información que se les brinde y una adecuada planificación familiar son armas importantes para disminuir los abortos, evitables al máximo, para proteger la futura salud reproductiva y sexual de la adolescente, ya que el hecho de practicar un aborto en las mejores condiciones posibles no elimina todas sus complicaciones.[7, 18, 21]

De las pacientes entrevistadas, 79 refirieron haber alcanzado un nivel educacional medio superior, el 47,2 % de la muestra. Aunque puede pensarse que el tener un elevado grado de escolaridad supone un mayor conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y la forma de evitar un embarazo, la responsabilidad individual juega un papel fundamental. Un grado de escolaridad avanzado permite a la mujer tomar la decisión que más le conviene en el momento y evitar influencias externas, tanto de familiares como de amigos u otras personas que las puedan convencer de lo que realmente no desean hacer.

En un estudio realizado en La Habana, los autores encontraron que, el tener menos de décimo grado de escolaridad es uno de los factores determinantes para el aborto.[2]

En Latinoamérica existe una relación marcada entre el nivel educacional de las mujeres y el nivel de la fecundidad. En estos países, cuando no se analizan otros indicadores, como la ocupación y el ingreso, la educación juega su propio papel en cuanto a la cultura, facilita la socialización y la calificación como fuerza laboral. En estudios realizados en Chile se encontró que las mujeres comienzan a recurrir al aborto al pasar de un nivel educacional más bajo a un nivel medio. Cuando las féminas poseen más educación y participan en la vida económica y social del país adquieren más precaución por el empleo de la contracepción para planificar la familia y recurren al aborto solo en caso de fallas de los métodos contraceptivos.

Ahora, retrasar el deseo de tener un hijo, sobre todo en edades jóvenes, con la idea de superarse es adecuado, pero no es apropiado tener que recurrir al aborto, el cual, en muchas ocasiones, se considera como un método anticonceptivo más. Es necesario un serio trabajo de promoción de salud en estas edades, que proporcione una educación sexual sana, enriquecedora y responsable.[2, 22]

Cuando se analiza la ocupación, puede verse en la figura 26.2, predominó en la muestra del presente estudio, las mujeres amas de casa (44 pacientes) para el 35, 2 % y, por supuesto, en correspondencia con el análisis de la edad, más del 25 % de la muestra (32 féminas) aún estaban estudiando en el momento de someterse al aborto.

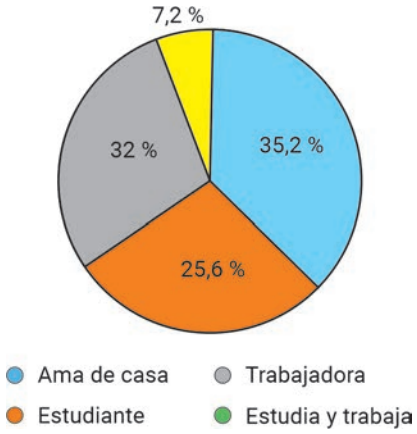


Fig. 26.2. . Pacientes según ocupación (%).

En Cuba, la mujer se inserta en el proceso productivo, en la política de cuadros y participa de manera activa en el desarrollo científico técnico de la sociedad, tiene igualdad de derechos y oportunidades, así contribuye a una relativa estabilidad económica de la familia. El nivel educacional aumenta las oportunidades de empleo y, por ende, los ingresos y seguridad en el trabajo, que proporciona a la mujer un sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida y a las decisiones sobre la maternidad.[3, 23]

Incluso, recientemente se publicó en la *Gaceta Oficial*, el Decreto-Ley 56/2021, donde, como se explicó anteriormente, el estado cubano amplía los beneficios aprobados en materia de maternidad y, por ejemplo, en caso de la madre estudiante, se concede el derecho a disfrutar de la prestación social a los abuelos al cuidado del bebé. Este nuevo aspecto, contribuye a garantizar la continuidad de estudios y la autonomía de la estudiante, también, en caso de que el padre del bebé trabaje, podrá él mismo tener la posibilidad de ser el encargado de cuidar a su hijo, con los mismos derechos de una madre trabajadora.[24]

En el presente estudio, realizado antes de la reforma salarial en Cuba, recientemente como parte del reordenamiento económico, en poco más del 30 % de las familias (43 familias) a las que pertenecen las pacientes estudiadas, el ingreso per cápita solo era de 300 pesos, sin embargo, en 33 familias, más de la cuarta parte, superaba los 1000 pesos, ocupando el segundo lugar.

El factor económico influye en la decisión de acudir al aborto, según la mayoría de los trabajos revisados sobre el tema, y está demostrado que, aunque es importante que la mujer cuente con un trabajo, es posible que la retribución salarial no sea suficiente como para enfrentar la maternidad.

La actividad económica y las formas de propiedad vigentes en cada sociedad conforman las diferentes manifestaciones de conciencia social y el sistema de valores que actúan como reguladores de la conducta humana, esto incluye, por supuesto, la sexualidad y las decisiones respecto a la maternidad.[9]

En la Cuba actual, existe una diversificación del trabajo familiar en base a las diferentes modalidades de trabajo. En una misma familia pueden coexistir trabajadores estatales, por

cuenta propia, algunos miembros desocupados, que viven de lo que suele llamarse "resolver o inventar", lo cual sugiere formas de trabajo ilegales, así como las mujeres amas de casa o estudiantes. También hay miembros de la familia con pluriempleo o que comparten el estudio con el trabajo. La incorporación de la mujer al trabajo ejerce profunda influencia sobre la familia y, específicamente, sobre la educación de los hijos y, a pesar de los logros en cuanto a emancipación de la mujer, ellas mantienen, en la mayoría de los hogares el peso fundamental en cuanto a las tareas domésticas y todo lo relacionado con el cuidado y la educación de los niños, al no ser compartidas estas tareas en igual magnitud por todos los miembros de la familia. Esta situación afecta en muchas ocasiones el funcionamiento familiar, la salud femenina y la posibilidad de la mujer de dedicar su tiempo a otros intereses, de tener nuevas perspectivas o aspiraciones.[4]

En estudios revisados, la falta de autonomía de la mujer está condicionada por su identidad y rol de género como mujer cuidadora del hogar, sin prácticamente derecho para la toma de decisiones; estas féminas quedan recluidas en el hogar, por lo que disminuye la posibilidad de establecer nuevos contactos, sin una red social funcional.[25]

En un artículo sobre los determinantes del aborto en Cuba, la decisión de abortar es mayor en mujeres que no están ocupadas y entre las ocupadas cuando son obreras. Otras publicaciones en Europa, vinculan esta decisión con el desarrollo personal y las expectativas de formación y consolidación laboral. En México, la mayoría de las mujeres entrevistadas, que se realizan una interrupción de la gestación, se dedican en exclusivo al hogar.[3, 7, 25]

Lo cierto es que, ante un embarazo no deseado, un nuevo hijo puede influir o no en las expectativas laborales y económicas a medio y largo plazo, varios factores se imbrican, desde el sistema socioeconómico del país, los aspectos legales en relación con la maternidad, el apoyo familiar, en fin, el cuadro difiere en cada caso. En la mayoría de los países, las exigencias que impone el propio mercado laboral contribuyen a que las mujeres que trabajan fuera del hogar sean más proclives a su interrupción. Sin embargo, se aprecia en la presente investigación que, en Cuba, ante una legislación que cada vez más favorece la natalidad, la lactancia materna y los derechos de forma general en la mujer trabajadora, que le aseguran su puesto laboral y una licencia retribuida desde las 34 semanas de gestación, y 32 si es un embarazo múltiple, hasta que el bebé cumple un año de edad, es más frecuente la determinación de abortar en féminas amas de casa, que en mujeres con un empleo estable.[24, 25]

En Cuba, los tipos de familias que predominan son la ampliada y la extendida, donde conviven varios miembros en la misma vivienda y la forma de manejar la economía es propia de cada hogar; pero en la mayoría de los núcleos se comparten los gastos y se ayuda en la manutención de los niños. En un artículo sobre los determinantes del aborto en Cuba resultó, que las mujeres una vez que se embarazan tienen más riesgo de abortar si residen en familias extendidas y cuando el percápita del hogar es bajo.[3, 26]

Según estudios realizados en Cuba, una razón importante para tener descendencia es la necesidad del individuo de tener familia, para evitarla, el 28,8 % expone dificultades socioeconómicas.[27]

Es conocido que, la situación de salud se deteriora en la misma medida en que disminuyen los ingresos y la capacidad de compra del individuo y su familia. Si los ingresos aumentan, mejoran las condiciones de vida y del bienestar humano, esto incluye el comportamiento en el embarazo y su resultado.

A mayores ingresos económicos, la gestante estará en capacidad de seguir los requerimientos nutricionales recomendados, a la vez que tendrá una gestación más tranquila, con menos estrés, podrá adquirir todo lo necesario para su futuro bebé y, en general, ofertarle mejores condiciones de vida.[4]

En no pocos países, donde la interrupción de la gestación está legalizada, la atención médica para estos casos representa un costo económico, lo cual que no sucede en Cuba. En un estudio reciente, realizado en un país latinoamericano, un aborto legal en una institución de segundo o tercer nivel cuesta entre $ 189 y $ 213, en parte, debido al uso del procedimiento de dilatación y curetaje, así como a barreras administrativas. Si el procedimiento se realiza en instituciones privadas, especializadas de primer nivel, en donde se usa la aspiración manual intrauterina y el aborto con medicamentos, la media del costo de la prestación del servicio es mucho más baja ($ 45). En general, la media del costo directo de la atención de una mujer con complicaciones de aborto fluctúa entre 44 y 141 (dólares estadounidenses), lo que representa un costo directo para el sistema de salud de cerca de 14 millones de dólares anuales.[28]

Está comprobado que, las complicaciones del aborto inducido por medicamentos como el misoprostol son mucho más bajas, pero en estos países, donde los costos son elevados, las mujeres pobres, sobre todo las que viven en áreas rurales, recurren a parteras tradicionales o a autoinducirse el aborto por otros medios, lo que puede llevar a complicaciones entre un 54 y un 65 %.[28]

Indudablemente, al igual que se vio al abordar el nivel educativo, el nivel de ingresos individual y familiar, así como las condiciones del sistema de salud de los países y el apoyo familiar y de las redes sociales, puede influir en el momento de la decisión de acceder o no a un aborto. Una mujer en situación de vulnerabilidad económica, por lógica, le resulta muy difícil enfrentar un embarazo.[8, 25]

La emancipación de la mujer, sus derechos Cuba y muchos otros países, y el comportamiento actual de la sexualidad facilitan que cada día sean más las féminas que son independientes económicamente de sus esposos, incluso, en un número no despreciable, son las máximas responsables de su familia.[29]

De las pacientes entrevistadas, 42 (33,6 %) manifestaron ser jefas de su hogar, aunque no constituyen la mayoría, es una cantidad no despreciable. Respecto a este factor de ser la mujer cabeza de familia y su relación con la decisión de abortar hay muy poca bibliografía escrita, se aborda mejor el tema referente a la importancia de tener pareja, el estado civil y el apoyo familiar.

Llama la atención, que solo 22 pacientes (17, 6 % de la muestra) refirieron estar casadas. Cada día las parejas se deciden más por una unión consensual que por el propio matrimonio. De las mujeres entrevistadas, 66 (más del 50 %) eran solteras (fig. 26.3).

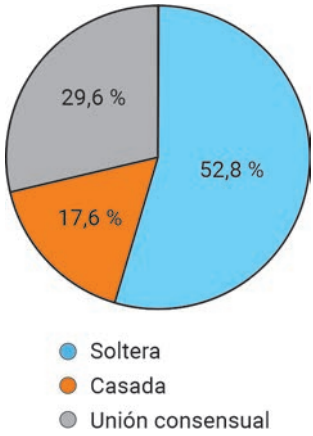


Fig. 26.3. Pacientes según estado civil (%).

La nupcialidad ha ocupado un papel importante en el análisis demográfico clásico, como variable explicativa de la fecundidad, pero, actualmente, su papel regulador se ha modificado y perdido vigencia. En estudios realizados en España, el crecimiento de la fecundidad no matrimonial refleja una disociación creciente entre matrimonio y reproducción. De forma general, se visualiza un nuevo escenario en la toma de decisiones en fecundidad, configurándola al margen del matrimonio.[3]

Este factor debe analizarse de conjunto con otros, como la situación económica, porque no es igual mantener un hogar para una mujer sola que en familias numerosas. Tampoco el ser jefa de hogar es sinónimo de estar solas. Muchas de estas mujeres, de hecho, tienen parejas que viven con ellas, pero es la mujer la dueña de casa, la que, como se dice, tiene la última palabra, y la que, económicamente lleva el mayor peso. También determina en esto el número de hijos, es decir, estos factores, aunque se describen por separado, no pueden verse de forma independiente, sino como un proceso, con varios factores involucrados.

Lo cierto es que, incluso hoy en día, se ve, con no poca frecuencia, mujeres que deciden enfrentar la maternidad sola, que acuden a servicios de fertilización asistida, con la idea de criar su hijo de forma independiente.

Se sabe, que aquellas sociedades que atribuyen a los 2 sexos los mismos derechos y oportunidades de desempeñarse en la sociedad y de ser incluidos en las prioridades y programas de salud, alcanzan mejores resultados de salud y tienen menos inequidades de género. La literatura científica actual, en algunas ocasiones, aborda estos temas en función de la posición social o el género y los roles.[4]

Entre las tendencias más importantes en algunos países del mundo, en lo referente al desarrollo familiar contemporáneo, se encuentra el incremento de la jefatura de hogar y de la monoparentalidad femenina. El ser mujer y jugar un rol fundamental en el sostenimiento del hogar está descrito, por algunos autores, como un factor vinculado con la pobreza, sobre todo en lugares donde se vulneran sus derechos, el pago es inferior al de los hombres, las mujeres no pueden acceder a iguales puestos de trabajo, unido a otros factores como la carencia de vivienda, empleos precarios, menos acceso a la tierra, a los créditos, etc. A esto se unen las

consecuencias de toda esta situación, donde, a la larga, se afecta la salud de mujeres y niños y se incrementa la mortalidad, sobre todo en países en desarrollo.[30]

Autoras como Sylvia Chant concluyen, que no existe relación directa entre pobreza y ser jefa de hogar, al contrario, en hogares con jefatura femenina puede encontrarse una mejor distribución de los ingresos, seguridad económica, menor violencia y mayor equidad en las tareas domésticas.[30]

La autora del presente trabajo considera que esto depende de la exclusión social que por concepto de género exista en los países. En Cuba, no necesariamente una mujer sola, jefa de hogar, está relacionada con una mala situación socioeconómica, muchos factores determinan esta situación. La situación de bienestar o pobreza es heterogénea; sin embargo, en la decisión o no de abortar, sí puede ser un factor a tener en cuenta, junto a otros de forma compleja.

Respecto al estado civil como determinante estructural, en Cuba, al igual que en gran parte del mundo, incide con mayor frecuencia la práctica del aborto en mujeres solteras que en casadas o con una relación estable, a pesar de la independencia de la mujer, la cubana, de forma general, es amante de la vida en familia, aspira a criar su hijo con su padre, y es un factor que por sí solo, en ocasiones, determina la decisión o no de continuar un embarazo.

De las mujeres entrevistadas, más de la mitad eran solteras, por supuesto, no se analiza este factor de forma independiente. Ya se abordaron las edades predominantes, coincide que la mayoría de las pacientes jóvenes, aun no tienen una relación estable, muchas están estudiando aun, superándose y sin ningún plan de formar familia en ese momento de sus vidas.

Llama la atención en el presente estudio la baja incidencia del matrimonio legal. Estos resultados coinciden con otra investigación realizada en Cuba, donde el cuarto factor de mayor importancia en la decisión de abortar lo constituye, específicamente, el ser soltera, por lo que la condición marital sigue jugando un papel preponderante como factor social de la fecundidad.[2]

Al igual que en otras bibliografías revisadas, las mujeres cuyas parejas se involucran activamente, acompañándolas durante todo el proceso, expresan percepciones positivas. Está descrito en varios trabajos, que las que no tienen pareja o apoyo familiar tienen más probabilidades de acudir a un aborto en comparación con quienes sí tienen ese apoyo.[5, 8]

Estos aspectos más generales, ya tratados, van a determinar una mayor o menor equidad social, una distribución social diferente, que de forma relativa hacen más o menos vulnerable a estas mujeres en cada situación particular de vida, y posibilita determinadas condiciones materiales, ambientales, psicosociales, incluso un comportamiento y un estilo de vida diferente, que las llevará a la toma de la decisión de abortar.

El ambiente físico, como la calidad del aire, agua y suelo, en el entorno natural de las poblaciones son influencias claves en su salud, pero no solo lo físico, también los factores en el entorno creado por el hombre, como la seguridad en la vivienda. En la muestra estudiada, como se muestra en la figura 26.4, se encontró que, solo 7 pacientes, el 5,6 %, catalogaron su vivienda con malas condiciones, pero alrededor de la mitad de las encuestadas la clasifica como regular. De forma general, 69 de las mujeres, un 55,2 %, consideraron su vivienda como regular o mala.

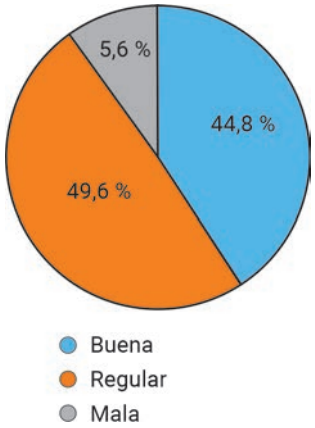


Fig. 26.4. Pacientes según condición de la vivienda (%).

El ser humano es un ser social, vive en comunidades, pero su entorno más próximo es el hogar, donde pasa gran parte de su tiempo, se dice que alrededor del 50 %, donde interactúa con las personas más allegadas. Generalmente, el hombre transita entre los ambientes hasta seleccionar un lugar para acomodar y constituir el asiento de la familia que crea, lo cual no siempre es posible, y en la mayoría de las ocasiones, en Cuba, las parejas comienzan su vida en casa de los padres de uno de los miembros, creándose entonces las familias extendidas o ampliadas, con diferentes generaciones conviviendo en el mismo espacio, pertenezcan o no al mismo tronco de descendencia generacional.[26, 28]

En Cuba, en el 2012, se reportan 3,54 millones de viviendas, de ellas, el 43 % en estado regular o malo.[26] Estos problemas de vivienda no son exclusivos de Cuba; en el mundo, alrededor de 940 millones de personas viven en asentamientos precarios, el 13 % de ellos en la región de Latinoamérica y el Caribe.

La precariedad de la vivienda afecta a las poblaciones más vulnerables, dentro de las que se encuentran embarazadas y niños menores de 5 años. La pareja, para tener su familia, generalmente escoge el momento en que logra garantizar una vivienda digna, con un entorno también saludable y en un lugar donde los niños se eduquen con seguridad. Las personas que habitan en viviendas que reúnen las condiciones domiciliarias y peridomiciliarias que la acreditan como saludable tienen menor riesgo a la salud y también mayores posibilidades de seguir el curso de una gestación. La disponibilidad de una vivienda y de las condiciones mínimas para ser catalogada como saludable ha sido reconocida como una de las principales determinantes de la salud humana y constituye una influencia importante en esta decisión.[31, 32]

Los flujos migratorios hacia las ciudades propician, en algunos de los casos, la aparición de barrios marginales en estas urbes, acompañados de espacios sociales que proliferan sin poseer las condiciones mínimas de salubridad y de habitabilidad de las viviendas, lo cual es un importante riesgo a la salud. Las mujeres que acuden a la consulta de aborto en el Hospital Universitario Ginecobstétrico Diez de Octubre pertenecen a municipios de la periferia, donde existen este tipo de barrios.

Sin embargo, se encontró que, solo alrededor del 5 % catalogó su vivienda como con malas condiciones, pero alrededor de la mitad de las encuestadas la clasifica como regular, cifra ligeramente superior a las ofrecidas en el último censo poblacional del 2012 (43 %). Hay que tener en cuenta que esta cifra corresponde al país. En general, la vivienda no es un factor que se analiza por sí solo, en muchas de las ocasiones se relaciona también con los servicios básicos con que cuenta. En este sentido, más del 90 % de ellas (113 viviendas) cuentan con los servicios básicos.[26]

Los servicios básicos están entre las condiciones mínimas que permiten acreditar una vivienda como saludable y representa, por supuesto, menor riesgo para la salud de la familia. Es menos probable que una mujer que no cuenta en su vivienda con servicio de agua, electricidad o saneamiento lo más adecuado posible, quiera traer al mundo un bebé, no solo por la poca calidad de vida que puede ofrecerle, sino por las mismas dificultades que se van a sumar a su vida y el riesgo incrementado para la salud de ambos.[3, 32]

Aunque cuando se analizan los números fríamente, no resultó ser un porciento elevado el de las viviendas con servicios básicos no adecuados, debe recordarse que el estudio se realiza en municipios de zona urbana, pero existen en estas localidades un número no despreciable de viviendas construidas por esfuerzo propio, a veces de forma ilegal, sin los requerimientos mínimos necesarios para su salubridad y habitabilidad.[13]

Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar, tanto la prestación de servicios de salud a los habitantes, como el saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como garantizar que las viviendas se construyan teniendo en cuenta las normativas establecidas por planificación física.[33]

En los últimos meses del 2021 se comenzó un programa, dirigido por la presidencia de Cuba, para ayudar a los barrios de mayor complejidad en La Habana, en este programa se hace énfasis en garantizar los servicios básicos donde existan dificultades.[34]

Otro factor de importancia relacionado con la vivienda es el hacinamiento. De las pacientes entrevistadas en el presente estudio, 47, el 37,6 % del total, refirieron vivir en viviendas hacinadas. Se esperaba, según los resultados del último censo de población realizado en Cuba, un porcentaje de hacinamiento mayor al obtenido en esta investigación, sobre todo si se tiene en cuenta los municipios que abarca.

En un artículo sobre los determinantes del aborto en Cuba resulta, que las mujeres una vez que se embarazan tienen más riesgo de abortar si viven en condiciones de hacinamiento. Las familias en Cuba, por lo general son numerosas, pero no es un factor que por sí solo determina en el momento de tomar la decisión de abortar o no, en muchas ocasiones. El nivel educacional, la edad, la ocupación y el nivel adquisitivo, las posibilidades de ampliar la vivienda, el ambiente físico del lugar, se interrelacionan de forma compleja.[4]

En parte de la bibliografía consultada, en el tema de la vivienda se hace sobre todo alusión al número de habitaciones, y a este aspecto se le brinda mayor importancia en las condiciones para un embarazo. Al respecto, en un estudio longitudinal realizado en La Habana, continúan el embarazo las mujeres que viven en viviendas con más de 3 habitaciones.[2, 26]

En casos en que la pareja es acogida por personas de edad avanzada con una vivienda amplia, el tipo de vivienda no solo se ve como indicador económico, también de posibilidad

de ayuda familiar en la crianza de los niños, lo que hace desaparecer la inequidad de género según otro estudio.[2]

En investigación realizada en Cuba en un consejo popular, en 2021, el 81,8 % de las adolescentes con problemas de vivienda experimentaron aborto provocado, predominando las adolescentes solteras en un 80 %.[19]

La paridad satisfecha es un factor que llamó la atención de la investigadora, ya que, a pesar del elevado porciento de adolescentes en el estudio, 64 féminas, un 51,2 % de las mujeres que decidieron abortar, refirieron haber alcanzado ya el número de hijos que deseaban tener.

Sin embargo, más de la cuarta parte de las pacientes (32) se habían realizado tres o más abortos inducidos antes, y más del 47 % de las entrevistadas (59 mujeres) refirieron dos o más abortos provocados anteriores. Solo 30 de las entrevistadas, un 24 %, acudían por primera vez a realizar el procedimiento, en su mayoría adolescentes (fig. 26.5).

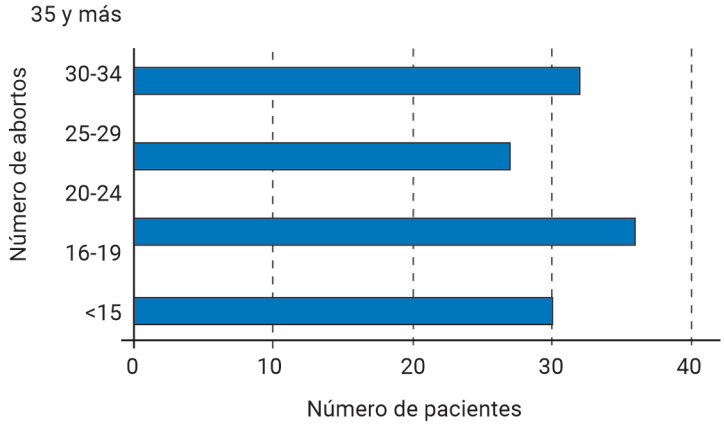


Fig. 26.5. Pacientes según abortos anteriores

El nivel de instrucción de la mujer cubana, sus posibilidades de desarrollo determinan que la mayoría de ellas tengan decidido cuántos hijos tendrán, incluso desde jóvenes, a veces en convenio con la pareja, pero incluso por ellas mismas. Esto se contradice con el número de mujeres que, aunque consideran que ya alcanzaron el número deseado de hijos, quedan embarazadas y acuden una y otra vez a los servicios de aborto. Se podrán ver otros factores que tienen que ver directamente con esta situación, en resultados posteriores.

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con otros, donde la mayoría de las mujeres que abortan tienen hijos anteriores, y de éstas, una de cada dos tiene al menos dos hijos y no desean más.[35]

Como se refiere anteriormente, dadas las posibilidades que se ofrecen en Cuba para interrumpir la gestación, hasta una determinada edad gestacional, la seguridad y gratuidad de los servicios de salud, las aspiraciones de las féminas, entre otros aspectos, tienen que ver de cierto modo con el número elevado de pacientes en las consultas de aborto. Pero el problema va más allá, acuden una y otra vez, se les explican los riesgos del procedimiento, ya sea por vía farmacológica o por legrado de la cavidad y, a pesar de ello, regresan, a veces en poco tiempo, a interrumpir otro embarazo.

En estudios realizados anteriormente, tener menos de tres abortos previos, influye en que las mujeres decidan continuar su embarazo.[2] En otra investigación, se describe el no uso de métodos anticonceptivos como factor principal encontrado en la repetición de los abortos, lo cual coincide con la presente investigación.[17] En un estudio revisado, el autor incluso considera que el aborto puede ser una conducta patológica en sí misma, cuando se lo procura en forma reiterada pudiendo recurrir a otros métodos de control de la natalidad.

En ese estudio en cuestión, se concluye que, aunque se respete la autonomía de la mujer en cuanto a sus derechos de salud y se le eduque para el consentimiento informado, se le debe dar prioridad a la educación de ellas y sus acompañantes. Todo con el objetivo, a largo plazo, de aprender, entender y relacionarse con la vida de estas mujeres, conocer su comportamiento individual y poder dedicar mayor tiempo a lograr un cambio en sus conductas. En la investigación, una de cada cuatro mujeres entrevistadas refiere haber tenido la experiencia de un aborto anterior. La investigación también hace referencia a una Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica realizada, que indica que el 18,6 % de las mujeres en edad fértil, que admitieron haber estado embarazadas alguna vez, había tenido al menos un aborto, provocado o espontáneo, en su vida reproductiva.[28]

En otro estudio realizado en grupo de adolescentes, el 71,1 % de la muestra estudiada refiere abortos anteriores, donde el mayor porciento de las pacientes manifiesta haberse realizado más de uno.[19]

El uso o no de anticoncepción, sí fue un factor que sorprendió de cierta manera, y más analizándolo de conjunto con otros factores, como la frecuencia de abortos anteriores. Pero es un factor que requiere de un análisis más profundo, ya que, más que el no uso de un método anticonceptivo, se detecta, en las entrevistas realizadas a las pacientes que sí refirieron el uso regular de anticoncepción, el poco conocimiento acerca de ellos, la forma de usarlos y el difícil acceso a ellos, que provoca que cambien de método con relativa frecuencia y no haya una estabilidad real en su uso, lo cual ha causado, en muchos de los casos, el fallo de la anticoncepción y, como consecuencia, el embarazo no deseado.

Específicamente, se detectaron estas dificultades en el uso de los anticonceptivos orales, debido a la poca disponibilidad pasan algunos días sin tomar las tabletas, hasta que encuentran otra, incluso diferente, y comienzan nuevamente el ciclo, por lo que existen periodos de riesgo y, además, ponen en peligro su salud al no tener estas tabletas la misma composición hormonal. En otros casos se usaron condones vencidos, también por la poca disponibilidad en farmacias, por lo que su rotura constituyó un factor importante.

En pocos casos, que expresaron estar usando de forma habitual un método anticonceptivo, se utilizó el coito interrupto, uno de los métodos más inseguros, que para nada debe ser el recomendado, debido, como se conoce, a la presencia de espermatozoides en el líquido preseminal.

En los estudios revisados, existe en Cuba una tendencia a que la pareja tome una decisión activa en cuanto a la planificación del número de hijos, y se habla mucho de las consultas de planificación familiar que, históricamente, con el plan del médico de la familia, han beneficiado a la pareja con el desarrollo de la tecnología anticonceptiva; se utiliza cada día menos la contracepción natural, que es la más ineficaz para evitar un embarazo. La planificación familiar responde a las políticas de salud, que tienen como base el desarrollo armónico de

la familia, la que, por supuesto, no está desprovista de los intereses económicos, políticos y culturales de cada país.

Pero es una realidad, las dificultades económicas por las que atraviesa Cuba en el presente y que afectan, al igual que otros medicamentos, la disponibilidad de anticonceptivos que en épocas pasadas estaban totalmente garantizados en consultorios médicos, farmacias, y consultas de planificación familiar.[7]

En un análisis de panel realizado sobre el tema se describe que, aunque en muchos países hay acceso a la sanidad pública, el costo de los anticonceptivos no está cubierto en todos los territorios, incluso los gastos del aborto inducido corren a cargo de la mujer. En este estudio, se encuentra que, las mujeres con mayor nivel de instrucción presentan perfiles de renta superior, mayor accesibilidad y conocimiento de técnicas anticonceptivas y menores dificultades ante la materialización de embarazos no deseados.[3]

La anticoncepción y sus métodos no son infalibles y en un estudio realizado en Chile se expresa que no están al alcance de todas las mujeres cuando los requieren, especialmente cuando se trata de la necesidad urgente frente a relaciones no protegidas, como es el caso de la anticoncepción de emergencia.[36, 37]

En países como México, el uso de métodos anticonceptivos en mujeres solteras es bajo, se utiliza en solo una de cada tres entrevistadas, las cuales declaran el método del ritmo y del coíto interrumpido como los más comunes. En este estudio se demuestra que la falta de preparación y promoción de salud son factores claves, algo que se abordará también en la presente investigación.[25]

A pesar del no uso de métodos anticonceptivos en 28 pacientes (22,4 %), lo cual no constituye una cifra despreciable, y de 86 haber acudido al aborto reiterado como método anticonceptivo, el 68,8 % de las mujeres entrevistadas se consideran autorresponsables respecto a la planificación familiar, por el simple hecho de no traer al mundo un hijo no deseado. Aquí, por supuesto, hay varios factores que se imbrican para que se vean a sí mismas como tal, además de la edad, el nivel educacional alcanzado, la falta de información sobre los métodos de planificación familiar, la falta de apoyo y preocupación en el entorno familiar, también se percibe falta de seriedad e interés en el asunto.

En algunos estudios revisados, hay países donde respecto a la sexualidad todo vale, donde se comercia el sexo, se maneja la cultura de la imagen en el entorno virtual, se vive un estrés importante y existen conceptos confusos respecto a estas conductas y entre lo bueno y lo malo, lo fisiológico y lo sociocultural, donde se describe la conducta autorresponsable como causa del aborto, pero más desde el concepto de lo inmoral.

No obstante, reconocen que la maduración social, por su parte, se hace más compleja, que las personas adquieren desarrollo pleno de la adultez a mayor edad e invierten un mayor promedio de años de escolaridad para lograr una preparación científica y técnica adecuada, es decir, se relaciona de cierta forma la autorresponsabilidad respecto a la planificación de un embarazo, con la edad y el nivel educacional.[36]

Está suficientemente documentado que los hábitos personales de salud y la autorresponsabilidad, el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas, así como las aptitudes de adaptación (resiliencia) para enfrentar la vida de manera

saludable son influencias clave en la salud y, por ende, también para la salud reproductiva y el comportamiento hacia una sexualidad responsable.[6]

En cuanto a la promoción de salud sobre el tema, 105 pacientes (84 %) sí refieren haber recibido orientaciones e información respecto a la anticoncepción, la forma de evitar un embarazo no deseado, los riesgos del aborto inducido y otros temas relacionados, a partir de diferentes fuentes, donde nuevamente la familia jugó un papel fundamental, siendo señalada por 76 mujeres, el 72,4 % de las entrevistadas.

Casi el 80 % de las entrevistadas en la presente investigación refirieron contar con apoyo familiar, no siendo este un factor determinante en su decisión de abortar, sino más bien se sintieron acompañadas y apoyadas para la realización del procedimiento, además de haber sido la familia la de mayor peso en la promoción de salud.

En estudios realizados sobre los factores en el aborto, la falta de redes de apoyo y la presión de la familia o la pareja son factores decisivos. En algunos, se plantean dentro de las situaciones que aumentan el riesgo de que una mujer decida practicarse un aborto, la coerción para abortar, ya sea por parte del padre, de la madre, ambos padres o la pareja, el abandono o expulsión del hogar, los hogares monoparentales, entre otras situaciones que no se encontraron en el presente estudio. Aunque, en el caso de las muchachas jóvenes, sobre todo estudiantes, su familia sí les aconsejó la interrupción, sobre todo con argumentos relacionados con su superación, planes futuros y falta de preparación fisiológica para enfrentar una gestación.[27, 38]

En Cuba, la atención a la familia como institución ha sido privilegiada por el estado, dada la gran influencia que tiene en la formación de valores, la ejemplaridad, los principios ético-morales, el desenvolvimiento de los individuos dentro de la sociedad y en el ejercicio de una sexualidad plena y responsable. En el apoyo familiar está en gran parte la posibilidad de transformar los comportamientos en cuanto al aborto, redundando en el beneficio de la salud de las mujeres, en su calidad de vida y en el incremento de la natalidad.[7]

La familia como institución básica de la sociedad, además de las relaciones de consanguinidad, se basa en las relaciones de afecto entre sus miembros, y su influencia es clave en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros, sobre todo de los más jóvenes. Una comunicación familiar efectiva influye en la transmisión de valores y, por ende, en las concepciones y comportamientos en este tema de la sexualidad, el embarazo y el aborto. De hecho, en estudio realizado sobre aborto y sus factores determinantes, en el factor familia el principal elemento que aparece es el miedo a los padres.[12, 27]

Internacionalmente, es reconocida la importancia de la familia como determinante de la salud. Una vida familiar armoniosa es fuente de salud y bienestar y, por el contrario, la existencia de conflictos y tensiones tiene una influencia negativa sobre la salud de los miembros de la familia.[4, 5]

Algunos estudios, donde el aborto es penado por la ley, muestran que la educación está centrada en la represión y el repudio radical en cuanto al aborto en la crianza de los hijos, y se transmiten determinados mitos acerca de la utilización de los anticonceptivos, lo cual favorece el sentimiento de culpa y al secreto que rodea la situación. La forma en que se ve la sexualidad, aun hoy en esas sociedades, hace que, una vez producido el embarazo, resulte

difícil saber qué hacer o con quién hablar y, empujadas por el temor y la vergüenza, muchas veces estas adolescentes o mujeres se someten a abortos en condiciones de riesgo.[28, 39]

En Cuba, los progenitores y los maestros laboran en la educación de los niños y adolescentes, para lograr una sexualidad más sana, incluido además en los planes de estudio desde la enseñanza primaria. En estos programas se hace énfasis en los riesgos del embarazo en la adolescencia y en el uso de anticonceptivos para evitarlo, así como el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual.[9, 19]

El hecho es que, aunque la familia y los medios de difusión, así como la escuela, desempeñen un papel importante, la influencia del personal de salud para promover, educar y lograr una planificación familiar adecuada, que tenga en cuenta el riesgo preconcepcional, permitirá que se embaracen realmente las mujeres que lo deseen, se evite el uso indiscriminado del aborto inducido y menos como método de anticoncepción, y que la gestación ocurra en condiciones adecuadas desde todos los puntos de vista: físico, socioeconómico y ambiental, donde no se afecte la salud de la madre ni la de su futuro bebé.

La percepción que tienen las pacientes sobre las condiciones donde viven en sus municipios y donde supuestamente va a nacer, crecer y desarrollarse la nueva criatura que gestan en su vientre, es vital a la hora de tomar la decisión de interrumpir o no su embarazo. Las puntuaciones promedio obtenidas en cada uno de los determinantes sociales de la salud por los municipios en cuestión, muestran que, no son los mismos determinantes los que reciben mejor o peor evaluación en los tres municipios (fig. 26.6), aunque cuando se analicen los resultados del coeficiente de Gini se verá que no hay grandes diferenciales entre ellos.

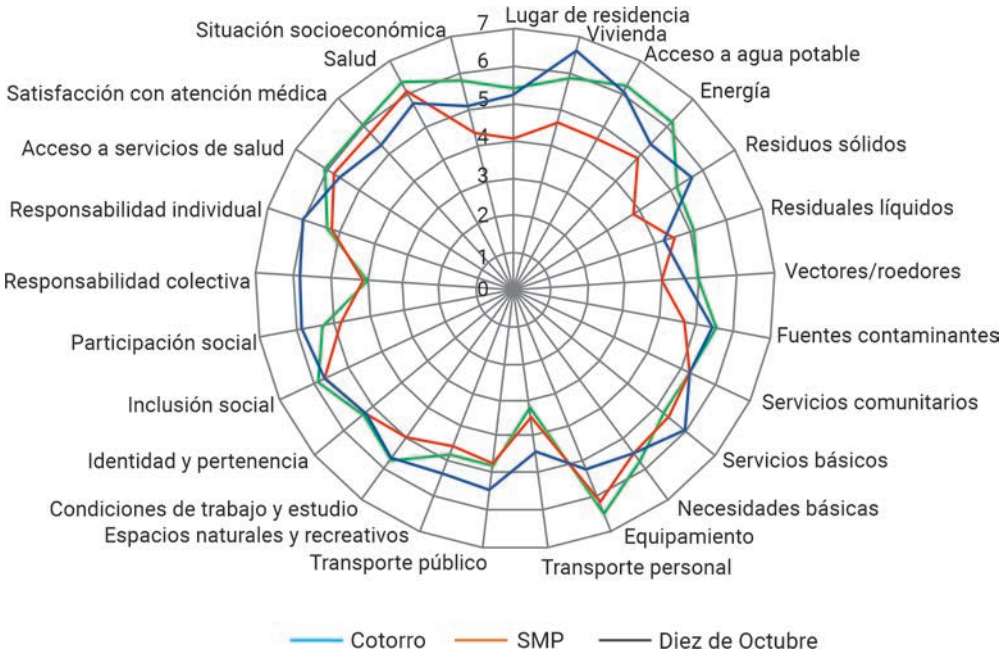


Fig. 26.6. Percepción de la población sobre determinantes sociales de la salud.

Comportamiento de los determinantes por municipio

Se puede determinar que es el municipio San Miguel del Padrón el que, de forma general, otorga las peores puntuaciones. En este caso, las más bajas son referentes al transporte personal (3,4 puntos, lo que equivale en la escala de Likert a una evaluación poco desfavorable). Este determinante es evaluado con puntuaciones muy bajas en la mayoría de las pacientes de los tres municipios. Le siguen el manejo de residuales sólidos (3,7 puntos) y la presencia de vectores (3,9 puntos), ambas también evaluadas como poco desfavorables. En este municipio de forma general, las puntuaciones otorgadas por las mujeres encuestadas resultaron desfavorables en casi todos los ítem del cuestionario, solo se obtuvo una evaluación parcialmente favorable (6,1 puntos) en el equipamiento básico para el hogar.

En el municipio Diez de Octubre, también se evalúa como de poco desfavorable el transporte personal (3,1 puntos), seguido por la responsabilidad colectiva con la salud, con una evaluación muy poco favorable (4,0 puntos).

Se conoce que, en Cuba, el porciento de población que cuenta con un transporte privado es muy bajo, por lo que es entendible que este sea un ítem dentro del cuestionario que obtenga bajas puntuaciones en los tres municipios en estudio. Por supuesto, el tener un transporte privado facilita la vida, sobre todo en estos tiempos donde existen grandes dificultades en el transporte público, no solo para llevar a un niño a un servicio de salud, principalmente los servicios de atención secundaria. De los tres municipios que forman parte del estudio, solo uno (San Miguel del Padrón) cuenta con un hospital pediátrico dentro del municipio y, aunque así sea, gran parte de la población tiene obligatoriamente que utilizar transportación para trasladarse hasta él.

No solo en el tema de salud, hasta para las actividades de esparcimiento, recreativas, en casi todos los municipios existe la tendencia a trasladarse al centro de la ciudad o a los parques recreativos principales, que como puede observarse, también es un determinante con evaluaciones muy poco favorables en los municipios San Miguel y Diez de Octubre y poco favorable en el municipio Cotorro.

La existencia de vectores y el manejo de los residuales sólidos, los otros dos ítem de peor puntuación en San Miguel del Padrón, son dos determinantes relacionados con el medio ambiente donde se desarrolla la vida de estas personas, ampliamente documentada su relación con la salud. Se encuentran entre los principales factores de riesgo para la propagación de enfermedades transmisibles, fundamentalmente de transmisión digestiva y vectorial. Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y el dengue son de las enfermedades que mayor incidencia tienen entre las transmisibles, en los que estos determinantes influyen de forma negativa, no solo en las infecciosas. Como ya se ha explicado, para decidir tener hijos, no solo son valorados por la pareja las condiciones de la vivienda, también el lugar donde esta se encuentra, donde van a jugar los niños, el lugar donde se ubican los círculos infantiles y escuelas; es el ambiente en su concepto integral, físico y social.[31, 32, 39]

Se puede ver en Cuba, al igual que en otros países, viviendas en mal estado, ubicadas en barrios con algunas condiciones de insalubridad, pero con todas las condiciones dentro del hogar en cuanto a equipamiento, lo que explica que este sea el aspecto con mejores puntuaciones otorgadas en el municipio San Miguel del Padrón, donde la mayor parte de los determinantes son valorados de desfavorables. Se viven momentos en que el tener equipos que faciliten la vida es una prioridad para la mayoría de las personas, incluso, en ocasiones, se les otorga mayor importancia que tener una nutrición adecuada.

A diferencia de San Miguel del Padrón, las pacientes de Diez de Octubre otorgan las evaluaciones más altas, de parcialmente favorable no solo al equipamiento (6,4 puntos), también al agua potable (6,2 puntos), la energía (6,1 puntos), el acceso a los servicios de salud (también con 6,1 puntos) y la satisfacción con ellos (6,0 puntos).

El acceso al agua potable, como se puede observar en el gráfico de radar, resultó ser uno de los determinantes que mayores diferenciales ofreció entre los municipios.

La participación social insuficiente en la salud de la población resultó ser uno de los problemas en el municipio Diez de Octubre, donde resalta la pobre intersectorialidad y la escasa autorresponsabilidad de la población.

En la situación del aborto en cuestión, es de vital importancia tanto la responsabilidad individual como la colectiva con la salud, la prevención de un embarazo no deseado y una adecuada planificación familiar.

En este sentido, la influencia de la familia, el grupo, las instituciones educacionales, el sistema de salud, las organizaciones políticas y de masa, los líderes formales e informales, la sociedad en general y no solo los servicios de salud, desempeñan un papel fundamental, y cada vez es mayor la importancia que se le brinda a las estrategias locales.

Determinantes como el agua potable, la energía, el acceso y la satisfacción con los servicios de salud serían favorecedores de la natalidad, si se trabaja en ellos en este municipio. La población cubana valora mucho la atención médica a la hora de enfrentar un embarazo y garantizar buenos resultados. La confianza en los servicios médicos es vital, se conoce que el Programa Materno Infantil es un programa priorizado en Cuba.

Las pacientes del municipio Cotorro evalúan los residuales líquidos y los vectores con las peores puntuaciones, de muy poco favorable (4,2 y 4,5 respectivamente). Las puntuaciones mayores, el Cotorro las otorgó a la vivienda (6,6 puntos, parcialmente favorable), la responsabilidad individual y familiar para con la salud y al agua potable, ambos con una evaluación de 6,0 puntos, también parcialmente favorable. A pesar de ser el municipio más periférico, a larga distancia del hospital, se caracteriza por tener viviendas confortables de forma general, por lo que la evaluación al determinante vivienda recibió puntuaciones favorables y no tienen grandes problemas con el abasto de agua potable. Por otra parte, se caracteriza por ser un municipio que se organiza en temas de salud y contribuye de forma colectiva con los buenos resultados. De hecho, fue expresión de ello, el comportamiento en la capital, de la epidemia de dengue de 1981.

También el trabajo del gobierno local, la distribución del presupuesto y la intersectorialidad contribuyen, pero se puede ver que hoy, factores que en momentos anteriores no constituían un problema, como los vectores y los residuales líquidos, son de los peor evaluados por las pacientes a las que se les aplicó el cuestionario, al igual que los determinantes relacionados con el medio ambiente, de gran valor para futuras madres cubanas, a la hora de planificar su gestación y decidir su continuidad. Toda mujer desea tener su bebé en un entorno favorable para su salud, agradable a la vista, sin olores desagradables y con la menor cantidad de factores de riesgo de enfermedades para sus bebés.

Ahora, el coeficiente de Gini, medida de desigualdad, mostró valores relativamente bajos, ni siquiera llegan a 0,1 en ninguno de los determinantes evaluados, por lo que se aprecia que no existe mucha diferencia en su percepción entre los municipios. No obstante, los determinantes que más diferenciales muestran entre Diez de Octubre, San Miguel del Padrón y Cotorro son los relacionados con el medio ambiente, particularmente:

- Los residuales sólidos: según el tipo de recogida de basura que se realiza, así como su frecuencia y la calidad con que se hace. Coeficiente de Gini de 0,090 (fig. 26.7),
- La vivienda: de acuerdo al tipo de vivienda, al estado en que se encuentra estructuralmente, al número de personas que duermen en una habitación y la higiene. Coeficiente de Gini de 0,077 (fig. 26.8)
- El agua potable: acorde con el acceso al agua potable, determinado por el tipo de abasto, la continuidad del servicio, la necesidad de almacenaje y la calidad, Coeficiente de Gini de 0,070 (fig. 26.9).

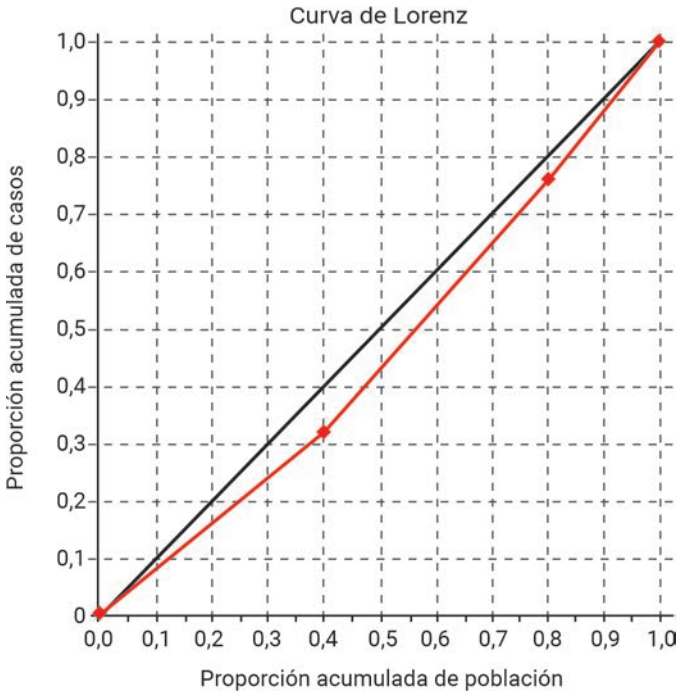


Fig. 26.7. Curva de Lorenz. Residuales sólidos. Coeficiente de Gini: 0.090.

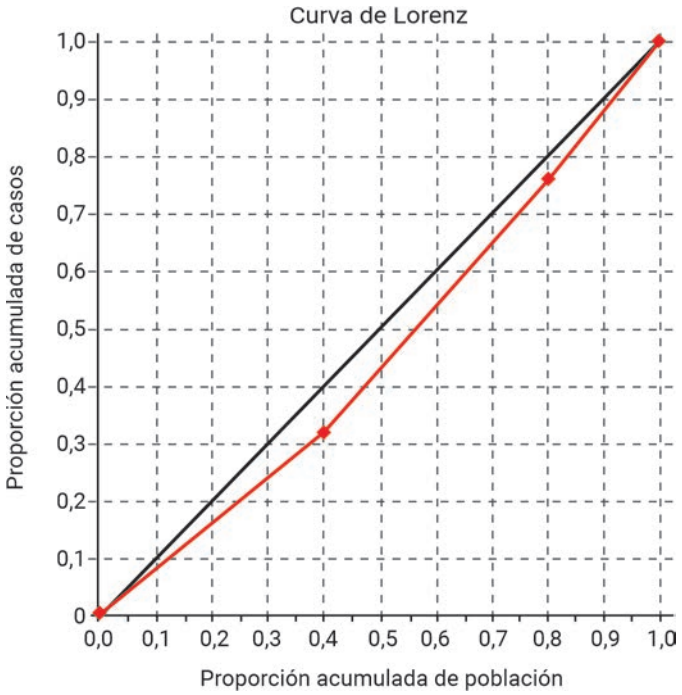


Fig. 26.8. Curva de Lorenz. Vivienda. Coeficiente de Gini: 0.077.

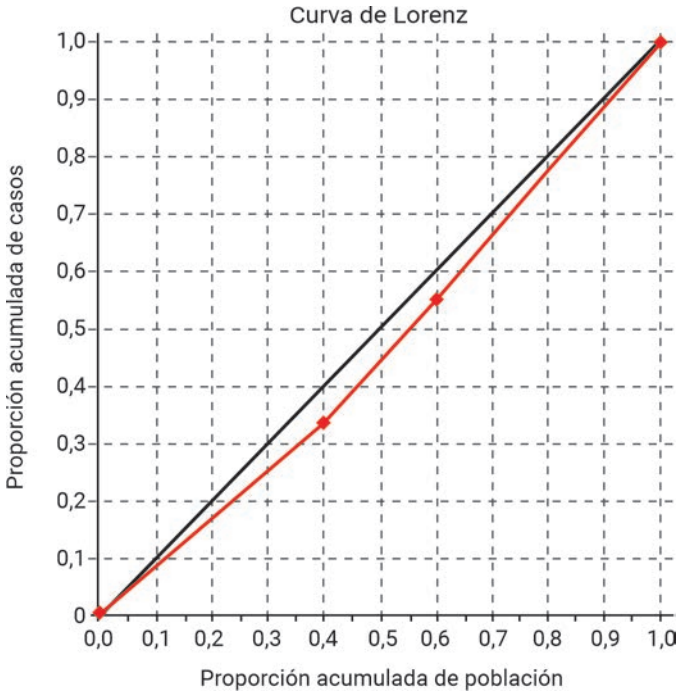


Fig. 26.9. Curva de Lorenz. Agua potable. Coeficiente de Gini: 0.070.

La vivienda, microhabitat de la especie humana, puede ser un determinante favorecedor o perjudicial a la salud y, en dependencia de sus condiciones, existe una estrecha relación entre la situación de la vivienda y la salud física, mental y social de sus ocupantes.[31, 32, 39]

El objetivo número 11 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contempla el logro de ciudades y asentamientos humanos inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.[40] Según datos de United Nation Habitat (2001), de 940 millones de personas residentes en asentamientos precarios, 128 millones se encuentran en América Latina, más de 20 millones de familias carecen de vivienda y solo se dedica el 1 % del PIB a este tema en la región. En el caso de Cuba es más frecuente el hacinamiento, la presencia de familias extensas o ampliadas, lo cual también hace difícil la situación.

Recientemente, se aplicó la estrategia de vivienda saludable en una intervención educativa en un poblado rural cubano, la que demostró cambios positivos en la estructura de las viviendas, en el agua para el consumo humano y en el manejo de los residuales sólidos, es decir, la conducta de las personas también puede modificar estos determinantes, y no solo las políticas públicas gubernamentales, aunque estas deben ir de la mano.[31]

En las viviendas donde no se muestran cambios positivos, puede deberse, fundamentalmente, a factores de tipo económico, por lo que es importante identificar familias vulnerables y la atención debe ser diferenciada. Un sistema de viviendas inadecuado provoca segregaciones y estratificaciones que agravan las diferencias sociales.

En el aspecto de la vivienda, así como en el de los servicios básicos, factores donde se encontraron mayores diferencias, intervienen tanto factores de índole socioeconómicos, culturales, así como ecológicos.[31]

En cuanto al abasto de agua, en la mayoría de las viviendas este no es de forma contínua, por lo que se ven obligados a almacenarla, a veces en condiciones inseguras, facilitando, no solo la formación de criaderos de mosquitos, sino la propia contaminación del agua. Por otra parte, los mecanismos para consumir agua, sanitariamente apta para beber, no solo incluyen la fuente de abasto y el almacenaje, sino las formas de tratarla.

En los municipios del estudio investigativo que se presenta, se dificulta el hervirla, por el tipo de combustible que utilizan. En los municipios Cotorro y San Miguel del Padrón y parte de Diez de Octubre el gas es licuado, por lo que no es suficiente el que se recibe para hervir el agua, en ocasiones consiguen hipoclorito de sodio para clorarla, pero en la mayoría de los casos la toman directamente del grifo, incluso estancada. En viviendas que cuentan con servicio de acueducto, la posibilidad de beber un agua más segura, aumenta, no así en los que no reciben este servicio.

El factor agua, aunque parezca no tener importancia en la decisión o no de abortar, sí determina en dicha decisión. Recordar que, no solo se utiliza el agua para beber, también para el aseo, la cocción de alimentos, el lavado de la ropa y la higienización en general. En el caso de los bebés, el comportamiento de la madre cubana tiende a ser diferente, se hierve el agua de beber, la ropa, que incluye los pañales, el agua para el baño durante cierto tiempo, en los primeros meses, los biberones. En fin, la conducta histórica de la madre cubana incluye una serie de hábitos higiénicos para proteger la salud del bebé que están

arraigados en la población, transmitidos de generación en generación y que involucran el recurso agua.

En el caso de los residuales sólidos, ya se explicó la importancia para la salud de su manejo adecuado, igual en este caso es importante la educación a la familia en cuanto a la forma de almacenamiento, utilizar envases seguros y tapados y sacarlos de la vivienda diariamente, pero lógicamente, si la recogida de los desechos no tiene la frecuencia adecuada, se formarán microvertederos con todas las consecuencias negativas que esto trae a la salud.

El ambiente es un factor fuertemente relacionado con las condiciones de salud, las mujeres toman en serio todo lo relacionado con la vivienda y su entorno a la hora de decidir su número de hijos, ya que las personas permanecen en la vivienda no menos del 50 % de su tiempo diario, por lo que se hace necesario que la vivienda sea un escenario prioritario en la gerencia de riesgo en salud pública, la promoción de salud, la distribución de recursos que faciliten a las personas mejorar sus viviendas o su construcción, teniendo en cuenta todos los aspectos de planificación física y los requisitos urbanísticos, pero sí es uno de los factores fundamentales hacia donde se deben dirigir las políticas públicas, de forma diferencial, si de incremento de la natalidad y de reemplazo poblacional se trata.

Conclusiones

Los determinantes estructurales, como la adolescencia, el nivel educacional medio superior, ser mujer, ama de casa, soltera y dependiente económicamente de terceros, junto a los determinantes intermedios, como condiciones regulares de las viviendas y su ambiente; los antecedentes de varios abortos inducidos anteriores y una falsa percepción de autorresponsabilidad fueron elementos esenciales dentro del proceso de determinación social del aborto inducido.

El municipio San Miguel del Padrón muestra la peor percepción de la población sobre los determinantes sociales de la salud. Los principales diferenciales estuvieron en los referentes al medio ambiente, como los residuales sólidos, la vivienda y el agua potable, lo cual requiere mayor potencial de la intersectorialidad como factor determinante del estado de salud de la población.

Referencias bibliográficas

1. Macías, Andrea L, editores. Igualdad en la atención de mujeres en situación de aborto en Argentina: un abordaje desde los obstáculos culturales. Buenos Aires; 2019. Disponible en: https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/02/19/igualdad-en-la-atencion-de-mujeres-en-situacion-de-aborto-en-argentina-un-abordaje-desde-los-obstaculos-culturales/
2. Díaz Díaz E, Álvarez Vázquez L, Farnot Cardoso U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. Rev Cubana Salud Pública. 2001;27(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100004
3. Llorente Marrón M, Díaz Fernández M, Dema Moreno S,Méndez Rodríguez P. El Aborto inducido y sus determinantes sociodemográficos. Un estudio en 27 países europeos Anales

de ASEPUMA. 2016;24: [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6004593.pdf
4. Berenguer Gouarnaluses MC, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN. 2017;21(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es
5. Alvarez Pérez AG, Luis Gonzalvez 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. Revista Cubana Hig Epidemiol. 2010;48(2). [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es
6. Alvarez Pérez AG, Luis Gonzalvez IP, Maldonado Cantillo G, Romero Placeres M, Bonet Gorbea MH, Lage Dávila C, et al, Los Determinantes Sociales de la Salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2009;18(17):69-79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272009000200005&script=sci_arttext
7. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Revista Cubana Med Gen Integr. 2010;26(1): [aprox. 7 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lng=es
8. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). Estud demogr urbanos. 2016;31(3): [aprox. 30 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833
9. Martín Alfonso L, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200014&lng=es
10. Martínez Calvo S, et al. Análisis de la Situación de Salud, una nueva mirada. 3ra ed. La Habana: Editorial de ciencias médicas; 2020. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/
11. Espelt A, Continente X, Domingo Salvany A, Domínguez Berjón MF, Fernández Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2016;30 (Supl 1): [aprox. 25 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301017
12. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en cuba. Gac Méd Espirit. 2015;17(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025
13. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: ONEI; 2021.
14. Beltrán Álvarez A. Cuba, el reto del envejecimiento demográfico. La Habana. Asociación Cubana de Noticias; 2019. Disponible en: http://www.adelante.cu/index.php/es/noticias/noticias-de-cuba/16423-cuba-el-reto-del-envejecimiento-demografico
15. Resolución sobre los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. Informe final del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. La Habana. 2011. Disponible en: https://www.granma.cu/file/pdf/PCC/6congreso/Resoluci%C3%B3n-Sobre-los-Lineamientos-de-la-Pol%C3%ADtica-Econ%C3%B3mica-y-Social-del-Partido-y-la-Revoluci%C3%B3n.pdf

16. Domínguez Cruz AM. Banco de semen en Cuba: un camino para tratar la infertilidad masculina. La Habana: Juventud Rebelde; 2018. Disponible en: https://www.juventudrebelde.cu/cuba/2018-11-03/cuando-los-suenos-necesitan-ayuda
17. González Ramos R M, Hechavarría Puente G, Batista González NM, Cueto Salas A. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Rev Cubana Estomatol. 2017;54(1): 60-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es
18. Malcolm Suárez A, Rodríguez Cañete A.Aborto provocado en la adolescencia. Multimed. 2018;19(4): [aprox. 14 p.]. Disponible en: https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/download/365/580
19. de-la-Rosa-Santana J, Calás-Torres J, Pérez-Mola K, Martínez-Barreiro L, Vázquez-Gutiérrez G, Fernández-Pérez S. Caracterización del aborto provocado en adolescentes de un consultorio médico. Revdosdic. 2021;4(2) Disponible en: https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/148
20. Cofiño Fernández R. Los determinantes sociales y el bienestar de nuestra comunidad: las narrativas de los barrios en nuestros cuerpos. Revista española de drogodependencia. 2017;42(4): [aprox. 13 p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6264288
21. Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro. Articulación Feminista por la Libertad de Decidir: Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Voces sobre el aborto Ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía. Santiago de Chile; 2020. Disponible en: https://clacai-digital.info/handle/123456789/1334?show=full
22. Peñas-Defago MA. "Las 17". Estrategias legales y políticas para legalizar el aborto en El Salvador. Rev Bioética y Derecho. 2018;(43):91-107. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200008&lng=es
23. Llorente Marrón M, Díaz Fernández M, Méndez Rodríguez P. Determinantes contextuales del aborto inducido: un análisis panel. Rev Cubana de Salud Pública. 2016;50(8): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/es_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005917.pdf
24. Decreto-Ley 56/2021 de la República de Cuba. gaceta no 145. 2021. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/decreto-ley-562021-de-la-maternidad-de-la-trabajadora-y-la-responsabilidad-de-las-familias
25. Erviti J. El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM;2005. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/Abortomujpobres.pdf
26. Informe nacional. Censo de población y viviendas. Cuba (2012). Disponible en: https://www.onei.gob.cu
27. Salomón Prado LI. Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado [tesis]. San Marcos: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_0d858f307f402754055803d0447a057e
28. López Gómez A. Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a las mujeres en situación de aborto. Rev Salud Colectiva. 2016;12(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/857/916

29. Anteproyecto, código de las familias versión 23. 2021.
30. Chant S. Jefatura femenina de hogar, pobreza urbana y exclusión social. Una perspectiva desde la subjetividad en el contexto cubano. 1ra ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; 2009. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120518123225/arguelles.pdf
31. Valbuena-Durán LD, Vanegas Rueda J, Castro LC, Valenzuela JA, Celis Santos VO, et al. La estrategia de vivienda saludable, una intervención en la población rural. Rev Cubana Salud Pública. 2019;45(4): e1062. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000400003&lng=es
32. Barceló Pérez C, González Sánchez Y, compiladores.Vivienda saludable medioambiente salud.Editorial Científico-Técnica: La Habana; 2016.
33. Resolución No 60 de 30-10-20. Gaceta ordinaria no 81; 2020. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/resolucion-60-de-2020-de-instituto-de-planificacion-fisica
34. Presidencia de Cuba. Vamos a apoyar los barrios, no a intervenirlos; 2021. Disponible en: https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/vamos-a-apoyar-los-barrios-no-a-intervenirlos/
35. Ortega Larrea S, García Orellán R, Ortega Larrea A. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. Index Enferm. 2016;25(4):243-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300005&lng=es
36. Recoleta S. Por los derechos sexuales y reproductivos. Miles Chile; 2019.
37. Guttmacher Institute. Aborto inducido en Chile. 2016. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_abortion-chile-sp.pdf
38. Murillo Bustamante PA, Gallego Ocampo MA, Botero Yepes CV. Efectos del aborto en la salud mental de la mujer. Revista Electrónica Psyconex. 2017;9(14): [aprox. 8 p.]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328510
39. Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el abortoprovocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Sindicato médico del Uruguay;2002. Disponible en: https://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf
40. Barceló Pérez C. Vivienda saludable: Un espacio de salud pública. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012;50(2):131-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200001

La vigilancia a la morbilidad materna extremadamente grave con enfoque de determinación social de la salud

Mireya Álvarez Toste,
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez

Introducción

La morbilidad materna comparte múltiples riesgos y enfermedades que condicionan complicaciones graves y son amenazadoras para la vida de la mujer. Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde las diferentes sesiones de trabajo, incorporan en sus informes técnicos la importancia de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, a partir del estudio de la morbilidad que se relaciona con las complicaciones que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio y que ponen en peligro la vida de la mujer si no se interviene oportunamente.[1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]

Hasta el 2011, la literatura refleja una variabilidad importante de criterios utilizados para identificar los casos. Después de esta fecha la OMS[7] establece el término *near miss,* desde criterios basados en el manejo y la disfunción clínica y orgánica que permiten estandarizar los procesos para la recolección sistemática de datos en todos los países.

La morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), o *near miss* es el término que se emplea para referirse a una mujer que sobrevive a las formas más graves y con mayor compromiso del estado de salud, debido a las condiciones potencialmente peligrosas que pueden tener para generar un desenlace fatal si no se interviene a tiempo. Puntualmente, la OMS la define como aquella mujer que casi muere, y que sobrevive a una condición amenazadora para la vida [7] En el año 2019, la OPS establece una línea base en la región de América Latina y el Caribe para el desarrollo de nuevas investigaciones desde estos criterios, en la que Cuba participa y se adhiere a la definición.

La experiencia acumulada en el tema aún no es suficiente, pero sin lugar a dudas, la literatura refleja un mayor número de países en la región que se incorporan y muestran preocupación por investigar la MMEG para reducir la mortalidad. Entre los países que más destacan está Colombia, México, Perú, Argentina, Brasil.[6, 7, 8, 9, 10]

La morbilidad materna extremadamente grave es un indicador asociado a la muerte materna de gran utilidad para evaluar la calidad de los cuidados maternos. La implementación

de su vigilancia, como proceso sistemático, requiere de una visión integral desde el enfoque de la determinación social de la salud para establecer y atender las prioridades en salud y evitar nuevas muertes maternas.

La vigilancia es una actividad sistemática, periódica y oportuna de recolección, procesamiento, análisis e interpretación de datos relacionados con la salud, que incluye la difusión de los resultados y las recomendaciones que complementan la investigación para la acción.[8, 9]

Los determinantes sociales de la salud, por definición, son las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen en su estado de salud. Su enfoque se centra en identificar factores específicos que afectan la salud, como nivel socioeconómico, educación, acceso a servicios de salud, condiciones laborales, vivienda y entorno físico, discriminación y exclusión social, desde una perspectiva más descriptiva y analítica, buscando entender cómo estos factores contribuyen a las desigualdades en salud o determinan la salud. Desde las teorías causales, este enfoque tiene una mirada determinista, cuyas relaciones se establecen básicamente desde la teoría unicausal y multicausal, viendo los determinantes de manera aislada y fragmentada, los que bajo una mirada reduccionista terminan convertidos en los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales (tabaquismo, sedentarismo, inadecuada alimentación).

La determinación social de la salud por definición es un enfoque teórico que va más allá de los factores individuales, y analiza desde una perspectiva de proceso (premisas, condiciones y factores) cómo las estructuras sociales, económicas y políticas generan desigualdades en salud. Su enfoque se centra en las relaciones de poder y las estructuras que producen y reproducen las inequidades en salud a partir de las desigualdades sociales. Su perspectiva es más crítica y estructural, buscando entender la producción social de pobreza/vulnerabilidad relativa a salud, o sea, cómo las sociedades organizan la producción, distribución y acceso a los recursos que afectan la salud. Desde las teorías causales, este enfoque tiene una mirada de proceso basada en la teoría de la complejidad, desde una perspectiva contrahegemónica y diferente de entender la salud y la enfermedad: como derecho humano y social, que debe ser garantizado por el estado, mediante políticas públicas que actúen sobre los determinantes sociales, promuevan la intersectorialidad y la universalidad.

El proceso de determinación social de la salud es de gran importancia para comprender, identificar e intervenir en los factores que afectan la salud de una población y fortalecer aquellos que representan una protección ante el origen y mantenimiento de las enfermedades. Estos factores incluyen aquellas condiciones donde nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas.[11, 12] El análisis de los problemas de salud con enfoque de determinación social es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministerios de salud y de desarrollo de varios países, por lo cual, deviene en marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.[13, 14]

La vigilancia en salud, sustentada en el enfoque de determinación social de la salud (DSS) permite articular múltiples campos para reconocer, describir e intervenir adecuadamente sobre las premisas, condiciones y factores que determinan el proceso salud-enfermedad de manera diferencial, impactando negativamente en la salud de las poblaciones. La mayoría de los sistemas de vigilancia en salud pública recogen poca información sobre los determinantes

sociales de la salud, por lo que se requiere una vinculación con diversas fuentes de datos e incorporar a los procesos de toma de decisiones el diseño de intervenciones efectivas, basadas en sistemas de información integrales que incorporen información acerca de las desigualdades sociales devenidas premisas, factores y condiciones que determinan socialmente la salud de las poblaciones. Desde este punto de vista, el monitoreo de indicadores de determinación social de la salud debe ser incluido en los sistemas de vigilancia de la salud pública.[15, 16]

Teniendo en cuenta todos los criterios considerados por la comunidad científica sobre el tema se realizó una investigación con el objetivo de caracterizar la vigilancia de la MMEG en la atención hospitalaria, desde el enfoque de la determinación social de la salud, lo que permitirá actuar oportunamente sobre la morbilidad, que supone un riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante el periodo 2018 al 2020, en Cuba. Se estableció la definición de casos, considerando todas aquellas gestantes o puérperas que fueron diagnosticadas como MMEG en los hospitales maternos y servicios ginecobstétricos de hospitales generales de todo el país, para un total de 162 casos. Se utilizó la definición y clasificación de MMEG dada por la OMS,[7] en guía resumida para estandarizar los criterios para el manejo de los casos, desde algunas complicaciones fatales como la hemorragia grave posparto, la preeclampsia grave, eclampsia, sepsis o infección sistémica grave, y la rotura uterina. Se consideraron también los criterios de *near miss* para las disfunciones o fallas orgánicas (respiratoria, cardiaca, renal, hematológica de la coagulación, hepática, neurológica y uterina) como aquellas condiciones amenazadoras para la vida.

Para la identificación de las condiciones y factores de determinación intermedia y estructural de la MMEG se tuvo en cuenta el modelo propuesto por investigadores del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM).[11, 12]

Se estudiaron, desde el proceso de determinación social de la MMEG, el daño en salud, según criterios de la OMS; desde las condiciones de morbilidad potencialmente fatales, los antecedentes patológicos personales en el momento del diagnóstico y la discapacidad como consecuencia de una complicación .Como determinantes intermedios, los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y las variables relacionadas con los servicios de salud: trimestre de la captación del embarazo, número de controles prenatales, vía del parto y momento de la complicación. Como determinantes estructurales: área de residencia, nivel de escolaridad, tipo de ocupación y salud reproductiva, esta última medida a través de la paridad.

Se aplicó como técnica de búsqueda y recolección de la información, la revisión documental; mediante una amplia y profunda revisión bibliográfica acorde al tema objeto de estudio en bases de datoss como Medline, LILACS y Pubmed.

La información se obtuvo a partir de registros hospitalarios de morbilidad materna, carnet obstétrico, historia clínica hospitalaria. La recogida de datos se realizó por sistema automatizado Halo, desde el sistema de vigilancia hospitalaria a la MMEG.[8]

Resultados

Se abordó el daño en salud desde las condiciones de morbilidad potencialmente fatales, que incluyen las complicaciones maternas graves, las intervenciones críticas y la disfunción o fallo de órgano.

En la tabla 27.1 se aprecia el predominio de las complicaciones maternas graves por sepsis en 34 pacientes (20,9 %) y por hemorragia posparto grave en 31(19,1 %). Las intervenciones críticas predominaron para la internación en unidad de terapia intensiva con 73 casos (45,1 %) y 39 (24,1 %) por uso de hemoderivados, considerado a partir de 3 o más unidades. Por disfunción de órgano aparece en orden de frecuencia la causa renal, con 7 (4,3 %), 6 cardiovascular (3,7 %) y 5 por causas hematológicas y de la coagulación (3,1 %). Dentro de las condiciones de morbilidad potencialmente fatales por disfunción de órganos 13 casos (8 %) presentaron más de tres criterios.

Tabla 27.1. Mujeres con condiciones de morbilidad según complicaciones maternas graves, intervenciones críticas y disfunción de órganos N=162

Condiciones de morbilidad potencialmente fatales	No.	Porcentaje
Complicaciones maternas graves		
Sepsis	34	20,9
Hemorragia posparto grave	31	19,1
Pre-eclampsia grave	25	15,4
Eclampsia	14	8,6
Complicaciones graves de aborto	8	4,9
Rotura uterina	2	1,2
Intervenciones críticas o uso de la unidad de terapia intensiva		
Internación en una unidad de terapia intensiva	73	45,1
Uso de hemoderivados	39	24,1
Laparotomía	33	20,3
Disfunción o fallo de órgano (near miss)		
Renal	7	4,3
Cardiovascular	6	3,7
Hematológica	5	3,1
De la coagulación	5	3,1
Respiratoria	4	2,4
Hepática	4	2,4
Neurológica	3	1,8

También, como daño, se describe la discapacidad en 34 pacientes (21 %), las que fueron histerectomizadas (26 total y 8 subtotal), como consecuencia de alguna complicación.

En la tabla 27.2 se observan las enfermedades más frecuentes presentes en las pacientes diagnosticadas. En orden de frecuencia aparecen: la hipertensión arterial crónica en

39 pacientes (24 %), la anemia en 37 (22,8 %), la preeclampsia en 34 (20,9 %) y la infección vaginal en 25 (15,4 %)

Tabla 27.2. Enfermedades presentes durante la gestación en pacientes con morbilidad materna extremadamente grave

Enfermedades presentes durante la gestación	No.	Porcentaje
Hipertensión arterial crónica	39	24,0
Anemia	37	22,8
Preeclampsia	34	20,9
Infección vaginal	25	15,4
Infección urinaria	21	12,9
Asma bronquial	19	11,7
Diabetes mellitus	6	3,7

Como determinantes intermedios, se abordaron factores biológicos, psicosociales y de los servicios de salud. La edad materna como factor biológico es una de las determinantes intermedias que guarda estrecha relación con algunas de las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para esta variable, se tuvieron en cuenta, como grupos de edades, las menores de 15 años, de 15 a 19, de 20 a 34 y de 35 años y más. Hubo un predominio de 106 (65,4 %) pacientes en el grupo entre los 20 y 34 años de edad, etapa óptima para la gestación, seguido del grupo de edad de 35 y más con 28 (17,2 %), de 15 a19 con 26 (16 %) y menores de 15 años 2 (1,2 %). Como factores conductuales y del comportamiento se estudiaron el consumo de tabaco y alcohol. Del total de pacientes estudiadas, 42 (25,9 %) consumían cigarrillos y 18 (11,1 %) alcohol.

Como determinantes intermedios relacionados con los servicios de salud se encontró que 124 (76,5 %) tuvieron una captación precoz, 29 (18 %) intermedia y tardía 9 (5,5 %).

En cuanto al número de controles prenatales, se observó que en 93 (57,4 %) mujeres se realizaron más de 8 controles y en 69 (42,5 %) menos de 8. La edad gestacional fue de 37 semanas y más en 114 (70,4 %) casos, y después del parto el momento de mayor complicación fue en 98 (60,5 %), con predominio de la cesárea como vía del parto en 102 (62,9 %).

Como determinantes estructurales se valoró el lugar de residencia; con predominio en área urbana 104 (64,2 %), ocupación, las trabajadoras 78 (48,1 %) y el nivel de escolaridad, el técnico medio terminado 44 (29,2 %). En los antecedentes obstétricos prevalecieron las multíparas 85 (52,5 %).

Discusión

En los últimos cinco años, las investigaciones realizadas desde el nivel nacional y hasta el nivel local han estado encaminadas, fundamentalmente, a develar los factores de riesgo que inciden en la MMEG y sus consecuencias. Sin embargo, existen pocas evidencias disponibles desde un enfoque de determinantes sociales de la salud; existe una limitada utilización de este

enfoque con vistas a lograr intervenciones para la prevención y disminución de la mortalidad materna, aun cuando algunos de estos resultados aborden la temática desde otras aristas, no lo relacionan con el proceso de determinación social de la salud.

La relación existente entre las personas y su entorno transita por lo social, económico y cultural, y en ello intervienen diferentes actores e instituciones, así como la familia y la comunidad. Los determinantes de salud son factores que influyen en la salud individual y que interactúan en diferentes niveles determinando el estado de salud de la población.

Los factores biológicos como la edad y los estilos de vida, que comprenden una serie de conductas determinadas socialmente, como el hábito de fumar, las condiciones de origen social, como pobreza, aislamiento, desempleo, condiciones ambientales y viviendas deficientes, sobre las cuales los individuos tienen control directo limitado, no pueden ser aislados en el análisis del proceso de determinación social.[17, 18]

Los determinantes estructurales implican la posición económica, y de ella dependen la educación, la ocupación y el ingreso. La situación social limita el acceso a los recursos económicos y a la educación básica, y en consecuencia, a la asistencia sanitaria cuando la necesitan.

El contexto en el que las mujeres viven constituye una pieza fundamental en la caracterización del problema. Su análisis, expresado a través de las múltiples condiciones políticas, socioeconómicas, culturales, territoriales e institucionales en que transcurre el embarazo, es un potente determinante que explica la variación de los indicadores de salud, por una parte.[1-6, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 22]

La práctica de hábitos no saludables, la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos para la planificación familiar son factores que complejizan el problema e inciden de forma negativa en los indicadores de morbilidad y mortalidad. La existencia de protocolos para la atención prenatal y hospitalaria, aunque necesarios, tampoco garantizan su cumplimiento, si no se tiene en cuenta la situación socioeconómica y la infraestructura, junto a la accesibilidad de los servicios de salud.[13, 15, 16, 17, 19]

Las causas más frecuentes de morbilidad materna encontradas son similares a las que ocurren en la región y en el mundo: la hemorragia (23,1 %), que ocurren en su mayoría tras el parto, imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando la mujer es anémica; los trastornos hipertensivos (22,1 %): preeclampsia y eclampsia; las sepsis (8,3 %), que suelen ser consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una infección de trasmisión sexual no tratada, los partos prolongados y las complicaciones de un aborto en condiciones de peligro, (9,9 %).[17-22]

Los resultados alcanzados coinciden con autores nacionales cuando reflejan que, la sepsis y la hemorragia posparto grave son las complicaciones maternas que aparecen con mayor frecuencia. La hipertensión arterial, la anemia y la infección vaginal están dentro de los antecedentes patológicos personales de gestantes y puérperas. Resultados recientes de la provincia de Villa Clara, descritos por Gutiérrez Alba y colaboradores,[23] mostraron que, predominaron las mujeres con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial (49,4 %), con parto distócico (53,4 %), captadas antes de las 12 semanas (79,3 %), con más de 15 controles prenatales (51,1 %) y con peso adecuado (66,7 %). El 54 % se diagnosticó

después del parto, el 36,2 % por complicaciones de enfermedad existente y el 20,1 % por complicaciones hemorrágicas, con predominio de manejo instaurado por intervención quirúrgica en un 53,4 %.

Guerra del Valle,[17] en La Habana, revela entre las causas básicas de la MMEG, la sepsis puerperal en 46 (30,5 %), seguido de la atonía uterina en 41 (27,1 %). Según el manejo, necesitaron transfusión 59 casos (39,1 %), lo que sugiere una mayor frecuencia de complicaciones por hemorragias, según el momento de la complicación. Por otra parte, en Cienfuegos, Hernández Cabrera[24] mostró, que las causas más frecuentes de ingreso fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo (37,9 %) y la hemorragia obstétrica (30,3 %). Sanabria Arias,[25] en un hospital materno en La Habana, encontró, como afecciones más frecuentes, la preeclampsia grave, la atonía uterina, el hematoma retroplacentario y el fallo hepático y renal.

Las principales causas que representan el uso de unidades de cuidados intensivos o de intervenciones criticas surgen por el manejo obstétrico de hemorragias posparto, embarazo ectópico, el embolismo del líquido amniótico, la eclampsia, la sepsis, el tromboembolismo pulmonar, la rotura uterina, la coagulación intravascular diseminada y el síndrome de HELLP, entre otras.[6, 7, 9, 17, 19, 20-24]

Los criterios que definen estas condiciones fatales o complicaciones maternas no son excluyentes. Cada mujer puede presentar uno o varios criterios, mientras más criterios, mayor es la severidad y el grado de compromiso de la salud de la mujer, según la causa que esté presente.

La literatura refleja, que la morbilidad materna extremadamente grave y las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio.[26, 27] Esta multiplicidad de determinantes, asociados a ellas, no solo complejizan las acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas, sino que, además, dificultan los resultados esperados.[28]

Sin lugar a dudas, el desenlace favorable o no del proceso tiene una carga de enfermedad generada por condiciones de la madre, las que pueden afectar el desarrollo de una gestación normal, lo que a su vez puede evolucionar hacia diferentes complicaciones de morbilidad, asociadas a los determinantes intermedios y estructurales.

El análisis de estos resultados refleja la necesidad de incorporar a la vigilancia de la MMEG indicadores que tengan un peso significativo en relación con alguna dimensión de la determinación social y difundirlos periódicamente a los decisores[29] del ámbito institucional, regional o nacional, para contribuir a soluciones oportunas y evitar nuevos casos de muerte materna.

Las acciones deben basarse en la información sobre las condiciones en que aparece la morbilidad o mortalidad en un contexto determinado. Esto es muy importante, ya que, de acuerdo con la experiencia internacional, las políticas y programas públicos implementados bajo enfoques integrales al proceso de determinación social tienen una mayor probabilidad de incidir positivamente en la salud de la población.

Conclusiones

La incorporación del enfoque de los determinantes sociales a la morbilidad materna extremadamente grave contribuye al análisis de este indicador para evaluar la calidad de los cuidados maternos y evitar nuevos casos de muerte materna.

Los factores biológicos, conductuales y de los servicios de salud, como determinantes intermedios, junto al lugar de residencia, nivel escolar y ocupación, como determinantes estructurales, pudieron contribuir a la aparición de las complicaciones maternas graves, el uso de las unidades de terapia intensiva y la disfunción de órganos como condiciones de morbilidad potencialmente fatales.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Centro de prensa. Mortalidad materna. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
2. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Centro de prensa Naciones Unidas: Reducción de la Mortalidad Materna desde 1990 a 2015. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/
3. OMS. Evolución de la mortalidad materna 1990 -2015. Estimaciones de la OMS, unicef, unfpa, el grupo del banco mundial, y la división de población de naciones unidas.
4. Unicef Centro de prensa, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF; 2015.
5. OPS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Informe anual del director. 2019. Impulsar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51606
6. Álvarez M. Morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. La Habana: Editorial Molinos; 2013. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf
7. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. WHO guide. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241502221
8. Álvarez Toste M, Piloto Padrón M, Breto García A. Sistema nacional de vigilancia a la morbilidad materna extremadamente grave. Cuba. Revista Ciencias de la Salud. 2022;6(1):1-8 Disponible en: https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/download/3372/4347
9. Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Evaluación de la implementación. Los sistemas de vigilancia de salud pública. 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf

10. Rangel-Flores Yesica, Martínez-Ledezma Alexia. La investigación en morbilidad materna extrema "near miss" en América Latina. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2017;34(3):505-511. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300018&lng=es
11. Alvarez Pérez AG, Luis Gonzalvez 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. 2010;48(2). [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010.
12. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM [Internet]. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez, Isabel Pilar Luis Gonzálvez, Lidia Caridad Hernández Gómez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-determinacion-social-de-la-salud-una-antologia/
13. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR 2020;5(1):81-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud. Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. En: Propuesta del Plan Estratégico 2008-2010. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2007 (Documento oficial 328).
15. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2016;30(Supl 1):38-44. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301017
16. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!. Cad Saúde Pública. 2021;37(12): e00237521. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csp/a/HZmd7mMMGtHJ9PqZdpWVxtC/
17. Guerra del Valle D, Álvarez Toste M, Olivares Giraudy Y, López Rodriguez I, Brito Alvarez G, Jiménez Chiquet A. Determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, 2015-2020. Rev Cub Hig Epidemiol. 2021;58. Disponible en: https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/download/1095/1074
18. Alvarez 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. 2007;33(2): [Aprox. 43 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013
19. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Pública. 2015;37(4/5):351–9. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359

20. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030), Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. OMS Evolución de la mortalidad materna 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas Sinopsis. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?sequence=1
22. De Mucio B. Morbilidad Materna Extrema. OMS Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva México 2018.
23. Gutiérrez Alba María Laura, Cepero Montalván Mireya. Morbilidad materna extremadamente grave. Acta méd centro. 2024;18(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272024000100002&lng=es.
24. Hernández Cabrera Y, León Ornelas ME, Díaz Puebla JL, Ocampo Sánchez A Rodríguez Márquez A, Ruiz Hernández M. Caracterización clínica de pacientes con morbilidad materna extremadamente grave y su repercusión perinatal. Cienfuegos 2016-2018. Medisur. 2020;18(5):789-799. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500789
25. Sanabria Arias AM, Barbosa Jiménez F, Sánchez Ramírez NM, Pino Rivera G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital. Ramón González Coro, 2014 - 2017. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019;45(3):e483. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/142/209
26. Hernández Dieguez, Esther Yarinely, Alvarez Pérez, Adolfo Gerardo, Rodríguez León, Jorge, & Delgado Acosta, Hilda María. Determinación social de la vigilancia en salud pública en un municipio cubano. Revista Universidad y Sociedad. 2024;16(3):61-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202024000300061&lng=es&tlng=es
27. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud pública Méx. 2017;59(6):639-49. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n6/639-649/
28. Cárdenas E, Juárez C, Moscoso R, Vivas J. Determinantes sociales en salud. Gerencia para el Desarrollo. Perú: Editorial esan; 2017.
29. Cotonieto Martínez E. Determinantes e indicadores de la salud. Educación y Salud Boletín Científico. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Publicación semestral. 2021;9(18):74-76. Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/6644/7970

Determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, 2015-2020

Daimarelis Guerra del Valle, Mireya Álvarez Toste, Yanet Olivares Giraudy, Indira López Rodríguez, Gisselle Brito Álvarez, Amarilys Jiménez Chiquet

Introducción

La determinación social es un esfuerzo latinoamericano por construir una corriente de pensamiento que aborda la salud como un proceso.[1] Son representativos de estas visiones *Leavell* y *Clark,* quienes consideran la salud enfermedad como equilibrio biológico en los individuos; lo social se entiende como la sumatoria de individuos, la enfermedad o la salud dependen de grupos de factores de riesgo aislados, que se articulan de cierta manera en cada enfermedad.[1]

El enfoque desde la determinación social considera que el estado individual de la salud, equilibrio/desequilibrio es una construcción compleja y multidimensional, determinada por tres escalas o dominios de la realidad: la realidad general, que comprende los contextos históricos-territoriales; la realidad particular, definida por los modos de vida de las comunidades y la realidad singular, que se puede describir por los estilos de vida.[2]

En la Carta de Ottawa se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.[3]

Los determinantes del estado de salud de la población abarcan los factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto, los servicios sanitarios, como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.[3]

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008, definió a los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud".[3]

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministerios de Salud de varios países. Es, además, un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.[3]

La investigación sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) renació con fuerza a inicios del año 2001 para llamar la atención a los gobiernos sobre las causas de las desigualdades de la salud.[4] Desde este punto de vista, la salud, como objeto complejo, no

puede entenderse al margen de las fuerzas históricas que actúan en las sociedades y sobre los conjuntos sociales que estructuran determinados modos de vida (colectivos), en los que se oponen procesos protectores y procesos destructores o malsanos.[5]

Para estudiar y explicar la determinación social de la salud en Cuba hay que partir de la premisa de que la salud es una política de estado. Tanto en la Constitución de la República, como en la Ley de la Salud Pública vigente, se refrenda que todos los ciudadanos gozan de iguales derechos y que el estado cubano consagra el derecho conquistado por la Revolución de que todos los ciudadanos reciban asistencia en todas las instituciones de salud.[6]

La mortalidad materna (MM) es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015, se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres, prácticamente todas estas muertes se producen en países de bajos ingresos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.[7]

El comportamiento epidemiológico en cuanto a MM es elevado en países en desarrollo, con una razón de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por cada 100 000 nacimientos. Existen grandes diferencias entre los países, algunos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, incluso superiores a 1000 por cada 100 000 nacidos vivos; en cambio, otras regiones poseen cifras bajas de 70 por cada 100 000.[8]

Las muertes maternas se producen por complicaciones obstétricas, como la hipertensión durante el embarazo e infecciones y hemorragias graves durante el parto o el posparto, y cada vez con más frecuencia se deben a una enfermedad o trastorno preexistente, que se agrava por los efectos del embarazo.[9]

Existe un interés creciente en el análisis de la morbilidad materna extrema como indicador de calidad del cuidado materno. La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr reducir la tasa de mortalidad materna.[10]

El análisis del contexto en el que las mujeres viven constituye una pieza fundamental en la caracterización del problema. Se sabe que el contexto, expresado a través de sus múltiples facetas (políticas, socioeconómicas, culturales, territoriales e institucionales, entre otras) es un potente determinante que explica la variación de los indicadores de salud.[11]

Se ha definido como morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) toda complicación que ponga en riesgo la vida de la mujer durante la gestación, parto o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su atención, con exclusión de las causas incidentales o accidentales, de la que sobrevive por el tratamiento instituido o por el azar.[12]

Cuba ha alcanzado importantes logros en materia de mortalidad materna. Sin embargo, este indicador aún se encuentra dentro de los tres grandes grupos de causa de mortalidad en el país, dado por causas perinatales y nutricionales, con un incremento por trastornos hipertensivos y trastornos placentarios, que son causas de MMEG.

Las investigaciones realizadas desde el nivel nacional y hasta el nivel local han estado encaminadas a develar los factores de riesgo que inciden en la MMEG y sus consecuencias. A pesar de las numerosas investigaciones generadas dentro y fuera del país en materia de

determinantes sociales de la salud, no se encuentran evidencias del uso de este enfoque en el análisis de la MMEG, para lograr intervenciones en aras de su prevención y disminución de la MM. Por tanto, se hace necesario profundizar en aquellos determinantes del proceso de determinación social que pudieran contribuir a la aparición del estado mórbido de la mujer gestante.

La MMEG en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria en La Habana no se encuentra documentada desde el enfoque del proceso de determinación social de la salud, lo que motivó a realizar la siguiente investigación, con el objetivo de identificar los determinantes sociales de la salud que repercuten en la morbilidad materna extremadamente grave en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria en La Habana.

Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado entre enero 2015 y diciembre 2020. El universo de estudio estuvo constituido por 151 gestantes o puérperas diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave en la atención hospitalaria, en La Habana, según los criterios de clasificación definidos por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la OMS.[13]

Criterios. Presencia durante el embarazo, parto o puerperio inmediato de una o más de las condiciones descritas a continuación:

- Grupo I. Los relacionados con síntomas y signos clínicos de la enfermedad específica (eclampsia, choque hipovolémico, choque séptico).
- Grupo II. Los relacionados con la falla o disfunción orgánica (trastornos de la coagulación, disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria).
- Grupo III. Los relacionados con la atención médica del caso: ingreso en UCI (excepto para estabilización hemodinámica electiva), cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, poscesárea o posaborto (histerectomía), transfusiones de tres o más unidades de sangre o plasma relacionadas con el evento agudo.

Se revisó y estudió el modelo propuesto por investigadores del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM), que fue utilizado para identificar los determinantes intermedios y estructurales que pudieron contribuir a la aparición de la MMEG en las pacientes diagnosticadas.[6, 8]

Se revisaron los principios, conceptos y supuestos metodológicos propuestos por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS. Estos aspectos fueron enriquecidos con los documentos discutidos en la conferencia mundial celebrada en Rio de Janeiro y en la declaración política de dicha conferencia.[8, 12]

Se estudiaron en el proceso de determinación social de la MMEG, las siguientes variables:

- Determinante daño en salud. Se estudiaron, según criterios de inclusión de la OMS, las enfermedades presentes durante la gestación actual, causa básica de la MMEG, secuelas provocadas por la histerectomía total o parcial y la tasa de letalidad.
- Determinantes intermedios. Factores biológicos, conductuales y del comportamiento: edad y consumo lícito e ilícito. Variables relacionadas con los servicios de salud: trimestre de la captación del embarazo, número de controles prenatales, vía del parto, edad gestacional en el momento del diagnóstico de la MMEG y momento de la complicación.

– Determinantes estructurales: Área de residencia, nivel de escolaridad, tipo de ocupación, estado civil y salud reproductiva, esta última medida a través de la paridad.

Se aplicó, como técnica de búsqueda y recolección de la información, la revisión documental; mediante una amplia y profunda revisión bibliográfica acorde con el tema objeto de estudio y en base de datos como Medline, LILACS y Pubmed.

Las fuentes para la obtención de la información fueron:

– Formulario de recogida de datos, validado por expertos y utilizado en la obtención de la información en el desarrollo del proyecto nacional de vigilancia de la MMEG.
– Registros de ingresos de las unidades de cuidados intensivos (UCI), salas de cuidados perinatales, registros estadísticos de servicios de banco de sangre y registros de los comités de morbilidad de las instituciones donde fueron hospitalizadas las pacientes objeto de estudio.
– Historias clínicas y carnet obstétrico de las gestantes o puérperas que, por su condición, fueron diagnosticadas con MMEG.

Todos los datos obtenidos correspondientes a las variables de interés fueron procesados desde la base de datos confeccionada en Excel. Se calcularon índices y porcentajes como indicadores necesarios para darle salida a las variables de estudio.

Resultados

Daño en salud: morbilidad, mortalidad, letalidad y discapacidad. La figura 28.1 muestra el comportamiento de la MMEG en La Habana en el periodo de estudio (2015-2020). Se observa una tendencia al incremento, con mayores tasas de incidencia en los años 2017 y 2020, este último supera a la de todo el periodo (7,1 por 10 000 nacidos vivos).



Fig. 28.1. Comportamiento de la morbilidad materna extremadamente grave.

La tabla 28.1 muestra la superioridad de las pacientes que requirieron manejo instaurado, con predominio de la cirugía en 86 pacientes (56,9 %), que fueron histerectomizadas, ya sea de forma parcial o total. El segundo criterio que predominó fue el ingreso en UCI (41, 7 %) en

63 pacientes. Según la enfermedad específica predominó el choque séptico en 25 pacientes (16,5 %), seguido de la eclampsia en 21 (13,9 %).

Tabla 28.1. Pacientes con morbilidad materna extremadamente grave, según criterios de clasificación

Grupos según criterios	No.	%
Enfermedad específica		
Eclampsia	21	13,9
Choque séptico	25	16,5
Choque hipovolémico	19	12,6
Fallo o disfunción orgánica		
Cardiaca	6	4,0
Renal	7	4,6
Hepática	2	1,3
Respiratoria	4	2,6
Cerebral	2	1,3
Coagulación	3	2,0
Manejo instaurado		
Unidad de cuidados intensivos	63	41,7
Transfusión	59	39,1
Cirugía	86	56,9

En la tabla 28.2 se aprecia que, entre las causas básicas de la MMEG, predominó la sepsis puerperal en 46 (30,5 %), seguido de la atonía uterina en 41 (27,1 %) de los casos estudiados. Sin embargo, la eclampsia, causa fundamental para la MMEG, según refiere la literatura, aquí solamente representó el 13,9 % de las pacientes estudiadas.

Tabla 28.2. Causa básica de la morbilidad materna extremadamente grave

Causa básica de la MMEG	No.	%
Atonía uterina	41	27,1
Acretismo placentario	37	24,5
Embarazo ectópico	7	4,6
Hematoma de la pared	8	5,3
Dehiscencia y hematoma de histerorrafia	12	7,9
Deslizamiento de la ligadura quirúrgica	4	2,6
Sepsis puerperal	46	30,5
Infección respiratoria	1	0,6
Complicaciones posaborto	9	5,7
Eclampsia	21	13,9

Las principales enfermedades que estuvieron presentes durante la gestación se muestran en la tabla 28.3; estas categorías no son excluyentes. De las pacientes estudiadas, 18 tuvieron comorbilidad de enfermedades como: hipertensión arterial, anemia, infección vaginal, asma bronquial y diabetes *mellitus.* La enfermedad que se presentó con mayor frecuencia fue la sepsis vaginal en 36 pacientes (23,8 %), seguido de la hipertensión arterial en 26 (17,2 %) de los casos y el asma bronquial en el 12, 3 % de las pacientes.

Tabla 28.3. Enfermedades presentes durante la gestación en pacientes con morbilidad materna extremadamente grave

Enfermedades presentes durante la gestación	No.	%
Hipertensión arterial crónica	26	17,2
Asma bronquial	19	12,3
Diabetes mellitus	12	7,9
Anemias	7	4,6
Cardiopatías	2	1,3
Epilepsia	2	1,3
Infección vaginal	36	23,8
Infección urinaria	17	11,3

La tasa de letalidad fue de 2,0 por cada 100 pacientes con MMEG (3 fallecidas) y 86 (56,9 %) de las pacientes fueron histerectomizadas, con secuelas como consecuencia del trabajo con las pacientes durante el procedimiento quirúrgico (cesárea).

Determinantes intermedias

Factores biológicos y conductuales. La edad materna como factor biológico es una de las determinantes intermedias que guarda estrecha relación con algunas de las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Para el estudio de la variable edad se tuvieron en cuenta los grupos de edades de riesgo para la gestación: las adolescentes, las añosas y el grupo de edad óptimo para el embarazo. Hubo un predominio de las pacientes con MMEG en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 34 años de edad (47,7 %), edad óptima para la gestación, seguido del grupo de edad de 35 a 45 años (36,4 %), madres añosas con riesgo para la gestación.

Otras determinantes intermedias que puede influir son los factores conductuales y del comportamiento. Se estudiaron el consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos. Del total de pacientes estudiadas, 82 (54,3 %) consumían, como droga lícita, el tabaco, 18 (27,1 %) eran consumidoras de alcohol y 21 (13,9 %) pacientes consumieron algún psicofármaco durante la gestación.

Servicios de salud. La tabla 28.4 muestra las determinantes intermedias de la salud relacionadas con los servicios de salud. Del total de pacientes con MMEG estudiadas, 70 (46,3 %) tuvieron una captación tardía del embarazo (después de las trece semanas) y 17 (11,3 %) no fueron captadas durante toda la gestación. Por tanto, no se actuó oportunamente en la atención a las gestantes en las dos escalas de medición.

Tabla 28.4. Factores relacionados con servicios de salud en pacientes con morbilidad materna extremadamente grave

Factores relacionados con los servicios de salud		No.	%
Captación del embarazo	Captación precoz	64	42,4
	Captación tardía	70	46,3
	No captada	17	11,3
Número de controles prenatales	Menos de 8	93	61,6
	8 controles y más	58	38,4
*Vía del parto	Parto vaginal	41	35,0
	Cesárea	76	65,0
	Total	117	100
Edad gestacional en el momento del diagnóstico	Menos de 37 semanas	97	64,2
	37 semanas y más	54	35,8
Momento de la complicación	Antes del parto	42	27,8
	Durante el parto	11	7,3
	Después del parto	98	64,9

*Se excluyeron las pacientes que presentaron abortos y embarazos ectópicos.

En cuanto al número de controles recibidos durante la gestación, 93 de los casos (61,6 %) recibieron menos de 8 controles, por lo que el seguimiento no fue adecuado, lo que demuestra que fueron ineficientes las acciones de salud en aras de identificar precozmente los factores de determinación social.

Según la vía del parto, de 117 pacientes que llegaron al final del embarazo (excluyendo aquellas con embarazos ectópicos y abortos), a 76 (65,0 %) se les realizó cesárea, con un incremento en las pacientes de riesgo de sepsis, lo que pudo tener relación con la causa básica fundamental de la MMEG, específicamente la sepsis puerperal.

Antes de las 37 semanas de gestación 97 pacientes (64,4 %) se diagnosticaron con MMEG y 54 (76,2 %) presentaron alguna complicación después del parto. A 98 (64,9 %) se les realizó el diagnóstico después del parto.

Determinantes estructurales

En la tabla 28.5 se aprecia que, del total de pacientes estudiadas, 104 (68,9 %) residen en área urbana y 47 (31,1 %) pertenecen al área de residencia suburbana del municipio La Lisa, municipio heterogéneo, con dos zonas bien definidas en cuanto a urbanización. Por tanto, dentro de ese mismo territorio, pueden existir comportamientos diferentes en los factores de determinación social.

En las determinantes estructurales predominaron las mujeres sin unión estable 106 (70,2 %), las multíparas 88 (58,3 %), las trabajadoras 80 (53,0 %) y en el nivel de escolaridad el técnico medio terminado 44 (29,1 %).

Tabla 28.5. Pacientes con morbilidad materna extremadamente grave, según determinantes estructurales de la salud

Determinantes estructurales		No.	%
	Suburbana	47	31,1
	Urbana	104	68,9
Nivel de escolaridad	Primaria terminada	0	0
	Secundaria terminada	28	18,6
	Técnico medio terminado	44	29,1
	Preuniversitario terminado	36	28,5
	Universitario terminada	43	23,8
Ocupación	Estudiante	8	5,3
	Ama de casa	63	41,7
	Trabajadora	80	53,0
Estado civil	Sin unión estable	106	70,2
	Con unión estable	45	29,8
Salud reproductiva	Nulípara	63	41,7
	Multípara	88	58,3

Discusión

El estudio del proceso de determinación social de la morbilidad materna extremadamente grave en las pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, durante el periodo enero 2015 a diciembre 2020, permitió identificar los determinantes estructurales e intermedios que estuvieron presentes y que pudieron contribuir a la aparición del evento.

Al igual que en esta investigación, otros artículos revisados han permitido explicar las variables que contribuyen, directa o indirectamente, a una muerte materna, partiendo de la MMEG, identificadas como en este estudio y en función de una serie de determinantes sociales que incrementan la probabilidad de malos resultados en los procesos reproductivos, aun cuando exista una importante carga biológica.[14]

Con resultados similares a los de esta investigación Azansa y otros,[15] plantean que, en cuanto a determinantes socioculturales, las investigaciones han develado mayor riesgo para aquellas mujeres de origen urbano, mayor frecuencia de ingreso en UCI, mayor número de gestantes con diagnóstico de MMEG al término de la gestación y egresos vivos de la institución. El criterio de inclusión en MMEG más frecuente fue la falla en la coagulación, diferente a la investigación aquí presentada.

En una investigación realizada en el Hospital del Occidente de Kennedy, en Bogotá, Colombia plantean que, para la MMEG se han revelado como riesgos obstétricos la edad avanzada y la multigestación;[16, 17] sin embargo, como resultado de esta investigación las de mayor riesgo fueron las gestantes en edad óptima para la gestación, y predominaron las multíparas con presencia de más de una morbilidad en el diagnóstico de MMEG.

La investigadora Graciela Enciso,[18] en México, plantea que existen brechas dadas por las características de las personas. Añade que, un nivel que está determinado por los ámbitos estructural e institucional son las formas de vida que modelan las conductas en salud.

Los autores de esta investigación poseen criterios similares y añaden que, los estilos de vida general comprenden una serie de conductas determinadas socialmente y de interpretación de situaciones sociales que, desde una perspectiva integral, no pueden ser aislados en el análisis del proceso de determinación social como causa de MMEG.

La investigación reflejó el predominio del consumo de drogas lícitas o ilícitas, desde tabaco hasta psicofármacos, y debería ser un aspecto relevante en el interrogatorio desde la captación de la paciente, para evitar la MMEG en algún momento durante la gestación o el parto.

Plantean investigadores del tema que, aunque la morbilidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, aqueja a un número desproporcionadamente elevado de mujeres que residen en zonas rurales, donde falta la tecnología y existe un déficit de atención obstétrica básica con mayor riesgo de morir en el parto.[18, 19, 20] En esta investigación, la inadecuada atención obstétrica, ya sea por captación tardía o seguimiento inadecuado durante la gestación, fueron fundamentalmente algunas de las determinantes que influyeron en la aparición del estado mórbido de las gestantes del estudio.

El Protocolo de Vigilancia de la MMEG, de la República de Colombia, refleja que, investigadores cubanos han descrito que predominan, como determinantes sociales de la MMEG, las condiciones de las gestantes adolescentes críticamente enfermas, atendidas en UCI y los hallazgos en madres con riesgos pregestacionales: edades extremas, malnutrición, hábitos tóxicos; en los riesgos maternos se ha encontrado la hipertensión, diabetes, asma, sepsis urinaria y anemia,[21] resultados no encontrados en esta investigación.

Cuba es un país en vías de desarrollo con voluntad política, cuya premisa fundamental es la salud pública. Sin embargo, los resultados de la investigación muestran una captación tardía de las gestantes e insuficiente número de controles.

En la literatura revisada se detalla que, el control prenatal es, sin lugar a dudas, el proceso pertinente para la detección temprana de alteraciones en el embarazo, ya que es el momento de mayor vulnerabilidad de la mujer. La inasistencia al control prenatal impide, según investigaciones realizadas, detectar tempranamente la morbilidad materna extrema.[22]

El estado conyugal es una determinante intermedia de salud que influye en el riesgo de morir en las pacientes con MMEG. Tienen mayor riesgo de morir las viudas, separadas y divorciadas que las solteras, las que viven en unión libre y las casadas.[18] El resultado de esta investigación devela que la mayoría de las pacientes no tenían unión estable; a criterio de los investigadores puede afectar la salud de la gestante por falta de apoyo familiar, lo que puede influir, desde la adecuada alimentación hasta el estímulo de muchas para asistir a las consultas de seguimiento, entre otras.

Investigadores cubanos en revisiones bibliográficas realizadas plantean que hoy en día, la cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. El aumento del indicador de cesáreas es un problema a escala mundial y ha generado un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas.[23] Esta investigación muestra que predominó el número

de pacientes con cesáreas realizadas, resultados similares a los de Rincón Cruz y otros en su investigación.[24]

La infección vaginal, también constituye un riesgo para presentar MMEG, teniendo en cuenta que es un factor muy relacionado con la rotura prematura de membrana en la práctica clínica. Constituye además, uno de los riesgos mayores de sepsis puerperal, si no es tratada adecuadamente en la atención primaria de salud y, precisamente, en las gestantes estudiadas predominó como enfermedad básica de la MMEG, la sepsis puerperal.[25] Los resultados muestran similitud con lo descrito en las referencias, pues predominaron en esta investigación la infección vaginal, sepsis vaginal y choque séptico.

Como limitantes de la investigación se identificaron los carnés obstétricos, adjuntos a las historias clínicas, que aportaron datos insuficientes e incompletos acerca de las determinantes intermedias y estructurales de la salud, tales como: entorno residencial, per cápita familiar y otros, por lo que no fueron estudiados en esta investigación.

Podemos concluir que, dentro de las determinantes sociales de la salud identificadas, predominan las relacionadas con los servicios de salud, los que pudieron haber contribuido a la aparición de la morbilidad materna extremadamente grave en las pacientes estudiadas.

Se necesitan realizar las investigaciones sobre morbilidad materna extremadamente grave desde el punto de vista de la determinación social y poder trazar estrategias para lograr intervenciones en aras de su prevención y disminuir este problema de salud en la mujer embarazada.

Referencias bibliográficas

1. Carmona Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Rev Cienc Salud. 2020;18(supl esp):1-17. Disponible en: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/9135
2. Soliz-Torres F. La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida. Rev Cienc Salud. 2020;18(supl.esp):1-3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000400001
3. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR 2020;5(1):81-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es
4. Berenguer Gouarnaluses MC, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. Medisan. 2017;21(1):61-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es
5. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud pública Méx. 2017;59(6):639-49. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n6/639-649/
6. Portal Miranda JA. Palabras de clausura de la Convención Internacional de Salud Pública: "Cuba Salud 2015". Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(3):566-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300013&lng=es
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud Materna. Washington: OPS; 2015. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-materna

8. Muñiz Rizo ME, Toledo Oramas D, Vanegas Estrada OR, Álvarez Ponce VA. Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba (2008-2012). Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016;42(3):321-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300007
9. Organización Mundial de la Salud. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report
10. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Quincose Rodríguez M, Gómez Pérez Y. Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016;42(4):434-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400002&lng=es
11. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Pública. 2015;37(4/5):351–9. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359
12. Sanabria Arias AM, Barbosa Jiménez F, Sánchez Ramírez NM, Pino Rivera G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ramón González Coro 2014-2017. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019;45(3):e483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000300008&lng=es
13. Pupo Jiménez JMP, González Aguilera JC, Cabrera Lavernia JO, Martí Garcés GM. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. Rev Cubana Med Int Emerg. 2017;16(3).Disponible en: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/49-60
14. Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema "near miss" en américa latina. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017;34(3):505-11. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n3/505-511/
15. Asanza KC, Sánchez CEP, Meneses CA. Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica. Multimed 2017;21(3):289-310. Disponible en: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/544
16. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. Hacia promoc. Salud. 2016;21(1):15-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a02.pdf
17. Narvaez Díaz NS, Riaño Romero E. Determinantes sociales de la morbilidad materna extrema, Hospital Occidente de Kennedy, junio de 2012 - noviembre 2014 [Tesis Maestría en Salud Pública]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2016. Disponible en: http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18504
18. Enciso GF. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Rev Conamed. 2016;21(1):25-32 Disponible en: https://acortar.link/bj63An
19. Salazar Barrientos M. Factores asociados a la morbilidad materna extrema a nivel individual y entre las comunas y corregimientos de Medellín, 2013-2015 [Tesis Maestría en Epidemiología] Medellín, Colombia: Universidad de Antoquia; 2017. Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/a9fd7125-7227-4663-8ec4-4557d21d8b30

20. Yepes FJ, Gómez JG, Zuleta JJ, Londoño JL, Acosta Reyes JL, Sánchez Gómez LH, et al. Atención a la salud y morbimortalidad materna: un estudio de casos y controles de base hospitalaria en dos regiones de Colombia (Bogotá y Antioquia), 2009-2011. Cad Saúde Pública. 2016;32(11):e00080215. Disponible en: https://scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n11/e00080215/es
21. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud publica morbilidad materna extrema. Colombia: MINSALUD; 2014.
22. Hoyos Vertel LM, Muñoz De Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. 2019;21(1):17-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n1/0124-0064-rsap-21-01-17.pdf
23. Semper González AI, Álvarez Escobar MC, Balceiro Batista L, Torres Álvarez A, Lezcano Cabrera Y, Alfonso SI. Morbilidad materna extremadamente grave. Un problema obstétrico en la salud pública y la atención al paciente grave. Rev Med Electrón. 2017;39(5):1117-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500011
24. Rincón Cruz MC, García Hernández R, García González MA, Muñoz García G. Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos. Rev Hidalgo. 2016;21(4):171-8. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7299215.pdf
25. Corona Miranda B, Pérez Jiménez D, Espinosa Díaz R, Álvarez Toste M, Álvarez S. Caracterización de los procesos de atención prenatal a las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2015;53(1). Disponible en: https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/2

La determinación social de la salud

Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudios del INHEM

La obra da a conocer a la comunidad científica nacional e internacional, a modo de antología, el quehacer científico que por veinte años ha desarrollado el grupo de estudios del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, junto a otros investigadores, en el tema de la determinación social de la salud.

Se muestra la evolución conceptual de propuestas y metodologías, las evidencias resultantes de los estudios en todos los niveles del sistema nacional de salud cubano, y su impacto en la docencia, la investigación y los procesos de toma de decisiones sobre determinación social a nivel de país, provincias, municipios y áreas de salud. Se propone un modelo teórico metodológico para su uso en el contexto cubano que contribuya al análisis de situación de salud, al diseño e implementación de políticas y estrategias sanitarias con un enfoque de promoción de salud y de bienestar para el desarrollo de municipios, ciudades y comunidades saludables.

La obra está aprobada por los planes de estudio de la especialidad de Higiene y Epidemiología. Se propone como literatura básica de los módulos de determinación social de la salud, análisis de situación de salud e intervención en salud de la mencionada especialidad médica.

Sus autores son todos investigadores de experiencia en el tema y sus resultados han sido publicados en revistas científicas y presentado en diferentes eventos de eventos de salud

inhem
Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

RED CUBANA DE DETERMINANTES DE LA SALUD RECUDET

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

9 789593 160995