

Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba

Political will and intersectorial action. Key premises for the social determination of health in Cuba

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez^I; Anai García Fariñas^{II}; Armando Rodríguez Salvá^{III}; Mariano Bonet Gorbea^{IV}

^I Maestro en Ciencias en Salud Pública y Salud Internacional, Asistente, Investigador Agregado, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Maestra en Ciencias en Economía de Salud, Asistente, Investigadora Agregada, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Ciudad de La Habana, Cuba

^{IV} Especialista en Epidemiología, Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: abordar la experiencia que por más de 4 décadas ha desarrollado el gobierno y el sistema de salud cubano en materia de voluntad política y acción intersectorial, como premisas clave de los resultados de salud que hoy tiene el país; partiendo del modelo de determinación social de la salud desarrollado por los autores.

DESARROLLO: numerosas publicaciones a nivel internacional ubican a la voluntad política y a la intersectorialidad como traducción genuina de estas o no, como una de las premisas que sin distinción de país permiten mejorar el estado de salud de las poblaciones a partir de un abordaje integral y participativo de la sociedad y sus distintos espacios de participación sobre el resto de los factores que determinan la salud.

CONCLUSIONES: se plantearon las bases y principios de la voluntad política y la intersectorialidad en Cuba, así como diversos ejemplos en los distintos niveles de la sociedad.

Palabras clave: Salud, salud de las poblaciones, determinantes sociales de la salud, acción intersectorial, voluntad política, Cuba.

SUMMARY

OBJECTIVE: to approach the experience that for more than 4 decades the government and the Cuban health system have developed in the matter of political will and intersectorial action, as key premises of the results Cuba has attained in the health field so far, starting from the model of social determination of health developed by the authors.

DEVELOPMENT: several international publications consider political will and intersectoriality as the genuine translation of it's or not, as one of the premises that without distinction of country allow to improve the health status of the population based on a comprehensive and participative approach of the society and its different spaces of participation in the rest of the health determinants.

CONCLUSIONS: the bases and principles of political will and intersectoriality in Cuba were stated, as well as diverse examples at the different levels of society.

Key words: Health, health of the populations, social determinants of health, intersectorial action, political will, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los grupos y/o comisiones nacionales e internacionales¹ que estudian o abordan actualmente el tema de la determinación social de la salud, coinciden en afirmar que el estado de salud de la población de sus países cambia a partir de la presencia de efectos inadvertidos o no, relacionados con determinados aspectos definidos como factores determinantes de la salud en diferentes gradientes. Las propuestas de determinación publicadas bajo la autoría de *Marmot, Evans, Sttoddard, Raphael*, y la comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen un buen ejemplo.

Dentro de esa amplia gama de factores determinantes sociales de la salud, que tuvo su génesis, en los estudios de *McKeown*² y en las propuestas de *Laframboise-Lalond*^{3,4} y de *Evans-Sttoddard*⁵ hasta llegar a los modelos actuales de salud de las poblaciones⁶ y ecosistema de la salud humana.^{7,8} La mayoría de los estudios ubican a la acción intersectorial como una de las acciones que ha permitido, sin distinción de país, combatir los diferenciales en salud a partir de un abordaje integral y participativo sobre el resto de los factores que determinan la salud.

En Cuba, durante las últimas 5 décadas el diseño de políticas públicas saludables ha estado dirigida a garantizar la "salud para todos" a través del desarrollo de estrategias integrales con un marcado énfasis en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades, que se sustentan fundamentalmente en el quehacer cotidiano del equipo básico de salud en estrecha interrelación con el resto de los factores de la comunidad, constituyendo por tanto la integración y la acción

intersectorial, un principio básico en la prevención y promoción de salud de los cubanos.

Para materializar estas políticas públicas saludables y alcanzar metas y objetivos concretos en materia de salud, el gobierno y el sistema de salud cubano han desarrollado una importante experiencia en este campo, que permiten ubicarlas de acuerdo al modelo de determinación social de la salud desarrollado por los autores, como premisas clave de los resultados de salud que hoy tiene el país. Sobre esta experiencia trata el presente trabajo.

DESARROLLO

Acercamiento filosófico-conceptual al tema

Abordar la experiencia cubana de voluntad política y acción intersectorial en pos de la promoción de la salud de las poblaciones requiere primero de la formulación de un marco conceptual y de la caracterización del contexto socioeconómico en que se formula este enfoque; se hace referencia a una experiencia que por más de 4 décadas ha permitido mejorar los niveles de salud de la población cubana y que por ende la define como un producto social. La OMS en su constitución⁹ define a la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo a la ausencia de enfermedades o lesiones". La Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de su iniciativa de salud en América define a la salud pública¹⁰ "como el esfuerzo organizado de la sociedad, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo".

Estos conceptos se encuentran asociados lógicamente a enfoques como "salud de las poblaciones" y "salud y ecosistema humano" formuladas y validadas por instituciones de prestigio científico y académico en Canadá y solo vienen a reiterar que la salud es un producto social que resulta de la relación mutua entre discursos y conductas sociales, que refleja en última instancia el conjunto de problemas de salud de un espacio dado como resultado de los modos de vida, las condiciones de vida y los estilos de vida de la comunidad; aspectos que tienen un fuerte componente cultural que evidencia la importancia de considerar los contextos culturales específicos y la forma particular en que cada grupo social percibe y transmite la salud.

Aplicar el enfoque marxista¹¹ al análisis de los determinantes de la salud, implica reconocer y asumir la pertinencia del pensamiento de los creadores del marxismo en el análisis de la determinación de la salud; aspecto que puede ser explicado a través de la relación salud-condicionamiento social; si se considera que los determinantes de la salud tienen, en gran medida, un carácter más social que biológico, y que están más asociados a la desigual distribución de la riqueza que a su producción, o a los logros y avances de la ciencia de un país en particular.

Ver a la salud y su determinación como un producto social, significa estudiar a la población interconectada a la realidad social en que vive, a los diferenciales, desigualdades e inequidades en salud que se encuentran presentes en ese contexto y que se hacen visibles a partir de la caracterización de los determinantes de la salud y de las premisas para su estudio. No hay dudas del impacto que ejercen el ingreso y el nivel social, las redes de apoyo social, la escolaridad, la cultura y la organización de los servicios de salud sobre los niveles de salud de la población, basta observar los cambios que dejaron en el estado de salud de la población de la

región los procesos de reforma sectorial basados en la privatización y mercantilización neoliberal, donde el incremento de la desigualdad y la exclusión de la sociedad son algunas de sus consecuencias.

*Marx*¹² dejó claro esta relación al escribir el prólogo a la "*Contribución a la crítica de la economía*" en 1859, al señalar que "en la producción social de su vida, los hombres contraen determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a una determinada fase del desarrollo de sus fuerzas productivas materiales. El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual en general. No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario, el ser social es lo que determina su conciencia".

*Guevara*¹³, lamentando la triste situación de salud en la región latinoamericana, durante sus viajes por América Latina, antes de participar en el proceso revolucionario cubano, dijo: "... entonces, me di cuenta de una cosa fundamental, para ser médico revolucionario, o para ser revolucionario, lo primero que hay que tener es revolución". Solo con ella se materializan, como lo muestra la experiencia cubana, una real participación social, una fecunda acción intersectorial y una permanente voluntad política de mejorar la salud y el bienestar humano de las poblaciones.

Como se ha expresado,¹⁴⁻¹⁶ el enfoque de "*salud de las poblaciones*" se sustenta en al menos 5 premisas fundamentales:⁶

- La salud está determinada por interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos.
- La salud de una población está estrechamente relacionada con la distribución de la riqueza en la población.
- Las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que determinan la salud.
- Es posible lograr ganancias de salud importantes concentrando las intervenciones en la salud de toda la población (o subpoblaciones significativas) en lugar de los individuos.
- Mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere el desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.

El enfoque de ecosistema de la salud humana, según *Gaudet, Yassi* y colaboradores,^{7,8} surge esencialmente con la finalidad de proporcionar un paradigma integral que permitiera el manejo de los aspectos medioambientales asociados a la salud humana, situando a los individuos en el marco de un finito ecosistema físico, biológico y socioeconómico con el propósito de examinar los efectos que generan los factores medioambientales de tipo físico y social en la salud de las personas como parte activa de la dinámica de su ecosistema físico y social. A través de este enfoque de ecosistemas aplicado a la salud humana se puede analizar de manera integral a los distintos elementos socioeconómicos presentes en el ecosistema en que se inserta una determinada población, con los valores medioambientales tradicionales, de forma tal que se integra en el análisis epidemiológico los aspectos ambientales con los valores, las creencias y las percepciones de la población.

Varios años de trabajo conjunto con investigadores canadienses y belgas le han posibilitado a los autores profundizar en diversos aspectos que permiten explicar "la producción social de salud" y hacer referencia al excelente soporte y prioridad que

la sociedad cubana recibe en los aspectos de asistencia médica, lo que ha permitido a Cuba mostrar excelentes indicadores de salud, comparables con los de países más desarrollados del mundo, independientemente de la situación socioeconómica imperante en ese momento, a lo que algunos autores internacionales llaman de "*Cuban paradox*".¹⁷

Experiencia cubana

En una fecha tan temprana como el 18 de octubre de 1953, *Fidel Castro*¹⁸ en su histórico alegato de defensa "*La historia me absolverá*" por los sucesos del Cuartel Moncada, caracterizó los 6 problemas principales que enfrentaba el país en aquel entonces, entre ellos se encontraba el problema de la salud, el cual ilustró magistralmente al señalar que "el 90 % de los niños del campo estaban devorados por parásitos que se les filtraban desde la tierra por las uñas de los pies descalzos"; a la par que destacaba que "la sociedad se conmovía ante la noticia del secuestro o asesinato de una criatura, pero permanecía criminalmente indiferente ante el asesinato en masa que se cometía con miles y miles de niños que mueren todos los años por falta de recursos...".

Este tema era retomado en ese mismo alegato al argumentar que "cuando un padre de familia trabajaba 4 meses al año, ¿con qué podía comprarle ropas y medicinas a sus hijos? A los 30 años no tendría una pieza sana en la boca, habrían oído 10 millones de discursos, y morirían al fin de miseria y decepción"; o sencillamente al destacar que "el acceso a los hospitales del Estado, siempre repletos, sólo es posible mediante la recomendación de un magnate político. Lo inconcebible es que haya niños que mueran sin asistencia médica." Qué buenos ejemplos brindó Fidel en su alegato para argumentar la falta de voluntad política y de acción intersectorial en salud que caracterizó a Cuba en los años cincuenta. Sin lugar a dudas, estos ejemplos brindan una clara imagen de la situación de salud y su determinación social en aquel momento.

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

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano¹⁹ se sustenta en 6 principios básicos:

- Carácter estatal y social de la medicina.
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios de salud.
- Orientación profiláctica y promocional.
- Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica.
- Participación de la comunidad.
- Colaboración internacional.

Estos principios se traducen en un SNS universal, gratuito, accesible, regionalizado e integral, al alcance de todos los ciudadanos en el campo y en la ciudad, independientemente de su filiación política, raza, sexo o creencia religiosa; con una amplia participación social e intersectorial y una profunda concepción internacionalista.

Para lograrlo el Sistema Nacional de Salud es financiado¹⁹ totalmente con recursos del Estado. La elaboración del presupuesto garantiza el cumplimiento de los objetivos de desarrollo previstos en el sector salud. Esta política presupuestaria se conforma partiendo de un análisis conjunto de intereses y posibilidades del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Ministerio de Finanzas y Precios (MFP) como organismos rectores de ambas actividades. La política social es establecida por el Estado cubano, acorde con el carácter socialista de la sociedad, esto garantiza su prioridad, integralidad y continuidad en el tiempo.

Se aseguran los recursos financieros y humanos para garantizar servicios de calidad; cobertura universal de la seguridad y la asistencia social; impulso al desarrollo socioeconómico como fuente principal de creación de empleos, programas de empleo en regiones deficitarias y para las personas discapacitadas; reducción de los alquileres; adquisición de la vivienda mediante un pago equivalente al alquiler; programas estatales de construcción de viviendas y programas con esfuerzo propio, así como la reparación de viviendas con apoyo estatal.

Las bases filosóficas de este modelo¹⁴⁻¹⁶ parten en primer lugar de una doctrina sanitaria que por casi 50 años ha hecho de la salud un sueño convertido en realidad para cerca de 12 millones de cubanos, debido a que la salud es un tema de política de Estado y un derecho humano indiscutible de la población cubana; doctrina sanitaria que hizo posible alcanzar en breve tiempo los objetivos que conforman la meta de "salud para todos" mediante la creación y perfeccionamiento constante de uno de los sistemas de salud más justos, humanos, competentes, accesibles, universales y solidarios de la historia de la humanidad.

Partiendo de los elementos expuestos el modelo toma como eje de análisis 7 premisas:

- La organización política y social de la sociedad.
- La producción y distribución equitativa de la riqueza.
- La voluntad y la acción política de los dirigentes.
- La acción intersectorial y la participación social.
- El ambiente físico, social y económico.
- La influencia de la familia y la comunidad.
- Las características y responsabilidades individuales.

Partiendo de esas premisas se tiene la información inicial que sugiere afirmar que los determinantes de la salud de los cubanos pudieran estar asociados a los siguientes factores, y posiblemente a muchos otros:

- Alimentación segura y hábitos alimentarios.
- Migración interna y urbanización (saldo migratorio).
- Ingreso y nivel social.
- Empleo y condiciones de trabajo.
- Nivel educacional y cultura.
- Redes de apoyo social.
- Organización social formal e informal.
- Genética y características biológicas.
- Prácticas de salud individual y capacidad de adaptación.
- Determinantes internacionales de la salud.
- Servicios de salud accesibles y efectivos.
- Recursos humanos en salud competentes.
- Transporte.
- Vivienda (hacinamiento, saneamiento).

- Energía.
- *Stress*.
- Género.
- Desarrollo sano del embarazo y del niño.
- Adicciones (alcohol, tabaco, drogas).
- Violencia (doméstica y social).
- Cambios climáticos.

En el caso cubano para estudiar los determinantes de la salud hay que partir de la premisa de que a diferencia de otros países, el Estado consagra el derecho conquistado por la revolución, de que los ciudadanos sin distinción del color de la piel, sexo, creencia religiosa, origen nacional y cualquier otra lesiva a la dignidad humana; tienen acceso según mérito y capacidades, a todos los cargos y empleos del Estado, de la administración pública y de la producción y prestación de servicios; de ascender a toda la jerarquía militar según méritos y capacidades; de percibir salario igual por trabajo igual; de disfrutar de la enseñanza desde la escuela primaria hasta la universidad; recibir asistencia en todas las instituciones de salud; domiciliarse en cualquier zona o barrio de la ciudad; y de ser atendidos en todos los establecimientos de servicios públicos, culturales, recreativos o deportivos.

Voluntad política

La voluntad política en salud se define como la disposición plena y real de los estados y gobiernos a cualquier nivel, de actuar consecuentemente con su discurso, para convertir en realidad lo que tanto se preconiza en materia de políticas públicas saludables, en materia de salud, bienestar, calidad de vida de la población y desarrollo humano. La voluntad política en salud se materializa a través del papel del Estado y del gobierno a cualquier nivel, por eso deberá estar enmarcada legalmente de manera tal que los factores políticos, económicos y sociales se proyecten orgánicamente con este enfoque tecnológico.

Un criterio incuestionable sobre la realidad sanitaria cubana en estas últimas 5 décadas es que en Cuba la salud deviene en una política de Estado; para argumentar esto hay que remitirse obligatoriamente a la Constitución de la República de Cuba vigente.²⁰ En los artículos 41 y 43 aparece que todos los ciudadanos gozan de iguales derechos y están sujetos a iguales deberes, y que el Estado consagra el derecho conquistado por la Revolución de que todos los ciudadanos reciban asistencia en todas las instituciones de salud.

Este elemento se aborda más concretamente a través del artículo 50 de la Constitución de la República que establece que todos los ciudadanos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud; que el Estado garantiza este derecho con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatológica gratuita; y con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.

La garantía de este derecho aparece refrendada en la "Ley de Salud Pública" (Ley 41/1983), la cual constituye la mejor expresión de la voluntad política de todo un pueblo sin discriminación ni exclusión social y que establece²¹ en su artículo 1, los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la

salud pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social. En el artículo 2 se establece que la organización de la salud pública y la prestación de los servicios que le corresponde, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones, así como de las direcciones de salud de los órganos locales del Poder Popular, dentro de sus respectivas esferas de competencia, conforme establece la legislación.

Todos estos aspectos legales y/o normativos tienen su base en la doctrina sanitaria que por más de 40 años ha preconizado y hecho realidad el máximo líder cubano *Fidel Castro*²² y que se sustenta en al menos 12 principios:

- El pueblo y su salud, el dolor humano, la protección en el centro del debate.
- Contar con un sistema único, de cobertura universal y sin distinciones.
- El sistema de salud cubano y el programa del médico y la enfermera de la familia.
- El médico de familia cubano como nuevo modelo del profesional de la salud.
- La atención integral a la salud.
- La participación comunitaria y la acción intersectorial.
- La formación de recursos humanos en salud.
- La tecnología apropiada al modelo cubano de atención integral a la salud.
- La eficiencia económica del sistema nacional de salud.
- El impacto del Programa del Médico de Familia en el mejoramiento de la salud de la población.
- La cooperación médica cubana en condiciones normales y de desastres.
- Teniendo estos elementos claros, no resulta difícil explicar que en las distintas etapas por las que ha transitado el Sistema Nacional de Salud, siempre se ha materializado la voluntad política en el alcance de las metas y criterios de medida contenidos en las estrategias y programas priorizados en salud. Siempre el Estado y el gobierno han propiciado la adopción y el desarrollo de diversas alternativas que permitan mantener y mejorar los resultados de salud alcanzados, independientemente de la situación económica del país. A continuación se resumen ejemplos concretos de esta voluntad política:
 - A principios de los años noventa el país vivió el llamado período especial, durante esos años la situación económica llegó a tener un impacto negativo importante en el nivel social y económico de la población, que se tradujeron en cambios demográficos y en los patrones de comportamiento con respecto a la percepción del riesgo por su salud. Sin embargo, a pesar de esa situación socioeconómica, la mayoría de los indicadores de salud continuaron exhibiendo resultados satisfactorios, gracias a la permanente voluntad política de privilegiar la inversión social, en especial la inversión en salud dirigida a una formación constante y en ascenso del capital humano, y a la organización priorizada de los servicios de salud.
 - La disponibilidad de un número siempre creciente de médicos y recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud muestra la voluntad política del país de desarrollar el capital humano necesario para enfrentar los retos; en los años más difíciles del período especial se multiplicó la cobertura poblacional en más de 20 000 consultorios a lo largo y ancho del país, y también en escuelas, centros de trabajo y círculos infantiles. En 1989 al comienzo del período especial Cuba tenía 49,6 % de su población cubierta con médicos de familia, ya en el año 1993, uno de los más críticos de este período la cobertura

poblacional con médicos de familia alcanzaba el impresionante valor de 90,1 %, y al cierre del año 2000 esta cobertura era de 99,2 %.

Acción intersectorial

Para el desarrollo de este tema se ha retomado el concepto de acción intersectorial²³ de *Health Canada*, que la define como el trabajo con más de un sector de la sociedad para actuar en un área de interés común, incluyendo tanto a sectores gubernamentales como salud, educación, ambiente y justicia, como a organizaciones sin fines de lucro y a entidades lucrativas. Por otro lado, se entiende como acción intersectorial en salud²³ a una relación bien definida y mutuamente beneficiosa entre 2 o más sectores para actuar sobre un aspecto y lograr resultados de salud de una manera más efectiva, eficiente y sostenible de lo que podría lograr uno de esos sectores de manera individual.

*Castell*²⁴ define a la intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forman parte importante de esa respuesta social organizada. De esta manera, la intersectorialidad tiene su justificación en la propia naturaleza de los problemas de salud, estos por su alta complejidad, y origen diverso, propician que el accionar de un solo sector, en este caso del sector salud, resulte insuficiente para enfrentarlos y vulnerarlos.

Este autor señala además que con la acción intersectorial en Cuba se ha podido lograr lo siguiente:

- Fortalecer la capacidad de trabajo de los equipos de dirección de los sistemas locales e institucionales de salud y de otros sectores que posibiliten incrementar y dinamizar la acción intersectorial.
- Desarrollar los aspectos metodológicos, docentes, científicos y de informatización de los territorios que favorezcan la preparación de los equipos de dirección del sector salud y otros sectores.
- Definir las alternativas que faciliten incrementar la participación de todos los sectores sociales en el proceso de desarrollo local, en función de mejorar la calidad de vida de la población.
- Extender la acción intersectorial hasta las instituciones de base donde se obtiene un mayor nivel de materialización.
- Obtener evidencias mediante la investigación científica, que demuestren la utilidad y las ventajas que representa la acción intersectorial.

*Castell*²⁵ refiere que los factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial de salud en Cuba, han sido identificados y clasificados en 3 grandes grupos:

- *Factores que demandan la acción intersectorial.* Pertenecen los problemas de salud cuya naturaleza demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud por si solo y están relacionadas con las condiciones naturales y epidemiológicas del trabajo, así como con los sociales en general, y forman parte de la realidad objetiva variando en el tipo de problema, gravedad e impacto social en los diferentes contextos sociales.
- *Factores que condicionan la respuesta intersectorial.* Agrupa a los factores presentes en la respuesta de la sociedad como un todo y del sistema de salud en particular ante los problemas. Incluye estrategias, planes,

programas y proyectos de salud, con objetivos de salud, mecanismos de coordinación y comunicación entre sectores, sistemas de información para la gestión y la participación social a las acciones de salud, y están en dependencia de la voluntad y la capacidad de la sociedad para responder a los problemas, las relaciones históricas entre los sectores que mediatizan la respuesta actual.

- *Factores que caracterizan y desencadenan la respuesta intersectorial.* A este grupo pertenece la voluntad política. Se hace referencia al lugar en que tiene su ejecución la acción intersectorial y expresan las relaciones entre lo que se prevé y la capacidad de respuesta estructural. Es precisamente la brecha entre los problemas y las respuestas, pues aunque conceptualmente se llegue a la forma de pensar requerida, si el sistema no dispone de los mecanismos estructurales para enfrentarlos, no se puede obtener el resultado requerido.

Cuba constituye un ejemplo de lo que algunos autores denominan "la producción social de salud", el soporte y prioridad que la sociedad cubana recibe en los aspectos de trabajo intersectorial y participación social vinculados a un sólido sistema de salud, le ha permitido mostrar excelentes indicadores de resultados en salud, comparables solamente con los que exhiben los países más desarrollados del mundo. La experiencia cubana en materia de cohesión social, la acción intersectorial y el trabajo coordinado sobre los determinantes no médicos de la salud han hecho posible el beneficio de toda la población por igual, más allá de su lugar de residencia, condiciones de vida, sexo, color de la piel, nivel intelectual y salarial.

Estos resultados de salud han sido mantenidos e incluso mejorados por Cuba en medio de un recrudecimiento del bloqueo imperialista de Estados Unidos, lo cual dimensiona en gran medida los resultados de una acción intersectorial en salud espontánea o programada, de acuerdo al caso.

En las distintas etapas por las que ha transitado el Sistema Nacional de Salud, el Estado y el gobierno han propiciado la adopción y el desarrollo de diversas alternativas y propuestas de intersectorialidad a todos los niveles, entre ellas se encuentra a los Consejos de Salud, la Comisión de Salud y Calidad de Vida y el Grupo Operativo del Gobierno para la lucha contra el SIDA, creados por acuerdos y decretos del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros y cuyo quehacer intersectorial se resume a continuación:

- A mediados de los años noventa se crean los *Consejos de Salud* con una estructura orgánica desde el nivel nacional hasta el local que ha permitido desarrollar la salud en Cuba, aún en las condiciones materiales más difíciles con una amplia participación popular e intersectorial. La instancia superior, el Consejo Nacional de Salud está presidido por el Ministro de Salud Pública y es coordinado por la Dirección Nacional de Promoción y Educación para la Salud; lo conforman representantes de las diferentes áreas del Ministerio de Salud Pública y los diferentes sectores, organismos e instituciones que participan en la gestión salud. Este consejo con su quehacer traduce en sus diferentes instancias, la voluntad política, técnica y comunitaria de luchar en pro de la salud. Los consejos de salud, son órganos de coordinación, que tienen como objetivo lograr la intersectorialidad y la descentralización. Se constituyen a nivel nacional, provincial, municipal y de consejo popular, para facilitar la participación protagónica de la comunidad y de sus organizaciones sociales y de masas en la gestión de salud.
- A partir del acuerdo 3 790 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, adoptado el 30 de octubre de 2000 se constituyó la *Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida*, una comisión de alto nivel político con la misión de

"involucrar a los diferentes sectores y organismos en la definición de políticas y en el cumplimiento de acciones que permitan reducir gradualmente los índices de morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños". Como parte de este trabajo intersectorial cada uno de los Organismos de la Administración Central del Estado (OACE) que forman parte de esta comisión responde por una o más áreas de intervención relacionadas con el quehacer u objeto social de ese organismo. Como ejemplos, el Ministerio del Comercio Interior (MINCIN) responde por los temas de alcoholismo y tabaquismo; el Ministerio del Transporte (MITRANS) junto a la dirección de tránsito del Ministerio del Interior (MININT) responden por el tema de la accidentalidad; y el Ministerio de la Industria Alimenticia (MINAL) responde por temas como los de alimentación y cultura alimentaria.

- Otra comisión de alto nivel político donde se aprecia la intersectorialidad en pro de la salud a nivel macro es el *Grupo Operativo de Gobierno para la lucha contra el SIDA* (GOPELS), presidido por el Ministro de Salud Pública (MINSAP) y lo integran representantes del más alto nivel del Estado con la misión de "potenciar y coordinar todas las actividades en la implementación del Plan Intersectorial para el desarrollo de acciones integradas en la prevención y control de la infección por el VIH/SIDA en la República de Cuba". Constituido desde los inicios de los noventa por decisión del gobierno, el grupo es el encargado de coordinar y estructurar las acciones necesarias en cada momento, cuenta con un plan intersectorial para la educación, prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, y en sus reuniones bimestrales analiza el desempeño de este Plan Intersectorial.
- A mediados de los años noventa se crea a partir de una propuesta gubernamental el llamado Grupo III de apoyo a la capital, un grupo gubernamental e intersectorial encaminado a revertir el impacto en salud y sus factores determinantes, asociados a factores socioeconómicos e institucionales que dejó el período especial en este territorio del país.
- Otra variante de intersectorialidad en salud lo constituye la propuesta de municipalización impulsada a mediados de los noventa y que no es otra cosa que el proceso de consolidación en la integración de programas y estrategias mediante la utilización eficiente de los recursos y capacidades del municipio para la solución de los problemas locales, orientado siempre a la mejora continua y sostenible de la salud de la población, desarrolladas a través de procesos de cooperación con organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y el Programa de Desarrollo Humano Local, ejemplo de esto son los municipios por la salud y los municipios productivos.
- Desde su creación en los años sesenta las organizaciones de masas a lo largo y ancho del país han trabajado de conjunto con las distintas dependencias del Sistema Nacional de Salud en el manejo de los problemas de salud de la comunidad, por ejemplo la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) cuenta con brigadistas sanitarias preparadas para realizar acciones de promoción y prevención, ellas han impulsado campañas de vacunación y han trabajado en un grupo de aspectos relacionados con la salud materno infantil; los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) han trabajado en programas como las donaciones de sangre y la atención al adulto mayor, todo esto con la colaboración de otros sectores.
- El municipio "Urbano Noris" tiene una excelente experiencia en materia de acción intersectorial; existe una casa de desarrollo dirigida a elevar el desarrollo integral, participativo y local, y a lograr mayores niveles de salud y calidad de vida. En esta experiencia participan todos los sectores, organismos y organizaciones del territorio. Cuentan con un grupo de trabajo comunitario integrado y rectorado por el delegado, con un coordinador de

proyectos y coordinadores por cada una de las dimensiones (sociocultural, deportiva-recreativa, medio ambiental, socioeconómica, laboral, educacional, de programas de la revolución, y de salud y calidad de vida); como resultado de este trabajo aparecen las Consejerías Comunitarias de Salud y Calidad de Vida.

- Las Consejerías Comunitarias de Salud y Calidad de Vida constituyen otra variante de intersectorialidad y son un espacio comunitario donde un equipo multidisciplinario de la propia comunidad, integrado por un maestro, el médico y el enfermero, un administrativo de la principal entidad económica, la FMC, los CDR, y otros activistas según las necesidades, asumen la responsabilidad de monitorear, analizar o investigar, tomar decisiones traducidas en acciones de intervención comunitaria desde la comunidad.
- En cuanto a los otros Organismos de la Administración Central del Estado (OACE), desde hace varios años el Ministerio de Educación (MINED) ha incorporado a sus programas docentes en todos los niveles educacionales, el desarrollo de objetivos educativos relacionados con la salud de los educandos y de su familia, a la par que vela de conjunto con el sector de la salud por el cumplimiento de los aspectos de la higiene escolar. Estos 2 sectores (MINSAP/MINED) de conjunto con las organizaciones estudiantiles y juveniles que trabajan en el desarrollo de alternativas que favorezcan la adopción de una sexualidad saludable y responsable, entre los adolescentes y jóvenes.
- Otros ejemplos de acción intersectorial en salud se encuentran en el quehacer de las campañas contra el mosquito *Aedes aegypti*, donde todos los sectores de la sociedad y la comunidad organizada, participan en su erradicación bajo la dirección del sector salud y las organizaciones políticas y de gobierno del territorio. Basta citar el programa intersectorial emergente iniciado el 12 de enero de 2002 y cuya ofensiva concluyó el 30 de marzo de ese mismo año, logrando reducir el índice de infestación a 0,01 y propiciando la erradicación del dengue en la capital cubana; un programa priorizado por la dirección del país, y supervisado por el Partido Comunista de Cuba a todos los niveles y el Consejo de Estado en estrecha relación con el MINSAP, los Consejos Populares y la población en general. La oportunidad y factibilidad de la acción. Al analizarse con posterioridad las razones de esa victoria destacan el acceso a información general, específica, transparente, concreta y sistemática; la convocatoria y participación personal del Comandante en Jefe Fidel Castro durante todo el proceso, incluidos el control y la evaluación final; la participación social e intersectorial; el papel de los medios de comunicación; la comunicación social empleada, la cultura y disposición popular; el rol desempeñado por los miembros del programa de medicina familiar y los trabajadores del SNS en general.
- Por último, y no menos importante, se hace necesario destacar una modalidad de participación social que traduce la voluntad política del Estado cubano de favorecer acciones intersectoriales (en este caso de empoderamiento social) en el espacio local, lo constituyen las asambleas de delegados al Poder Popular a nivel de circunscripción; en ellas los electores plantean a su delegado sus demandas y problemas, sean de salud o de otra naturaleza; además reciben una respuesta por parte del delegado con relación a la gestión realizada en función de la solución de los problemas de salud planteados y de su determinación social.

Partiendo del modelo ya mencionado¹⁴ se ha formulado una propuesta que permite explicar los espacios de acción intersectorial presentes en el nivel local de Cuba y que surgen de la confluencia de los factores siguientes:

- *Factores asociados al sector salud.* Se definen como atención ambulatoria, atención hospitalaria, atención especializada, atención de urgencias,

atención estomatológica, servicios de farmacia, servicios de laboratorio clínico y de microbiología, etc.

- *Factores asociados a otros sectores.* Se definen como empleo, vivienda saludable, agua y saneamiento, educación, cultura, agricultura, alimentación, seguridad vial, etc.
- *Factores asociados a la participación de la población.* Se definen como empoderamiento, participación social, inserción social, exclusión social, etc.

CONCLUSIONES

- La voluntad política y la acción intersectorial son premisas clave de la determinación de la salud de la población cubana. Las distintas variantes de acción intersectorial a nivel macro social adoptadas en el país en las 2 últimas décadas han devenido en una nueva dimensión de trabajo donde se han combinado la tradición de participación comunitaria en torno a la salud con la expresa acción intersectorial a favor del mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de la población.
- Las distintas modalidades de acción intersectorial en salud adoptadas por el país han permitido traducir el desarrollo alcanzado en los niveles de avance social, especialmente en los referidos al sector salud, a la par que han permitido potencializar las acciones intersectoriales y comunitarias a partir del comportamiento del cuadro de salud en las diferentes instancias, así como los problemas identificados en los proyectos de la red de municipios por la salud. El proceso de toma de decisiones y de formulación de políticas públicas saludables desarrollado en los últimos años ha tenido como base la formulación de planes intersectoriales que, junto a la comunidad como eje articulador, ha dado una respuesta integrada a los problemas identificados.
- Los conocimientos que se tienen actualmente de la experiencia cubana en materia de voluntad política y acción intersectorial a nivel local, resultan insuficientes, solamente a través de un estudio que combine técnicas cuantitativas y técnicas cualitativas como los grupos focales, se estará en condiciones de obtener la información necesaria para mostrar al mundo esta experiencia única de participación social y acción intersectorial a nivel local, lo que ha permitido mantener y mejorar los resultados de salud aún en las condiciones más difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Esta entrega se inserta en el quehacer científico y académico del grupo de estudio de los determinantes de la salud de la población cubana con sede en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM); y en especial surge en el marco del trabajo de los proyectos internacionales sobre este tema.

Los autores agradecen a numerosos colegas nacionales que han dejando su huella en el saber y el quehacer cotidiano de los miembros del equipo, en especial al doctor Cándido López Pardo de la Universidad de La Habana, al doctor Pastor Castell-Florit y a la doctora Silvia Martínez Calvo de la Escuela Nacional de Salud Pública, y al doctor Jorge Hadad, presidente de la Sociedad Cubana de Salud Pública.

Los autores agradecen a sus colegas belgas, en especial al doctor Patrick Van del Stuyft, epidemiólogo jefe del Departamento de Salud Pública del Instituto de

Medicina Tropical de Amberes y al doctor Pol de Vos, epidemiólogo del Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes.

Los autores agradecen a sus colegas canadienses, en especial al doctor Jerry Spiegel, director del Instituto de Salud Global y profesor asociado de la Universidad de *British Columbia*, a la doctora Annalee Yassi, directora del Instituto de Promoción de Salud de la Universidad de *British Columbia* y al doctor Nino Pagliccia, profesor e investigador de la Universidad de *British Columbia*.

La mayoría de los conceptos e ideas expresados nacieron, crecieron, se discutieron, se rehicieron y se acordaron en las discusiones sostenidas en el marco del trabajo cotidiano en el cual fue un privilegio contar con estos prestigiosos profesionales de la salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2004.
2. McKeown T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Popul Stud.* 1972;26:345-82.
3. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments *CMAJ.* 1973;108:388-91.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: A working document. Canada: Department of Health and Welfare; 1974.
5. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. Aldine de Gruyter. Walter de Gruyter Inc. New York, USA. 1994.
6. Health Canada and OPS. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2000.
7. Gaudet CL, Wong MP, Brady A, Kent R. The transition from environmental quality to ecosystem health. *Ecosystem Health* 1997;3:3-10.
8. Yassi A, Más P, Bonet M, Tate RB, Fernández N, Spiegel J, et al. Applying an ecosystem approach to the determinants of health in Centro Habana, 1999. *Ecosystem Health.* 1999;5(1):3.
9. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 43a edición. Ginebra, Suiza: OMS; 2001.
10. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de la salud pública en iniciativa de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002.
11. Díaz E. Marxismo y salud en América Latina. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina.* Vol.2, No.1. Cuba: FLACSO; 2007.

12. Marx C. Prólogo a la "Contribución a la crítica de la economía política". Obras escogidas en 3 tomos. Tomo 1. Moscú: Progreso; 1974.
13. Guevara E. Discurso en la inauguración del curso de adoctrinamiento del Ministerio de Salud Pública. En escritos y discursos. La Habana: Ciencias Sociales; 1977. p. 176.
14. Álvarez AG, García A, Gorbea MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Públ. 2007;33(2).
15. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Gorbea MH, de Vos P, Van Der Stuyft P. Situación de salud y factores determinantes seleccionados durante el período 1989-2002 en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. En prensa 2007.
16. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Gorbea MH, de Vos P, Van Der Stuyft P. Morbimortalidad, servicios de salud y situación socioeconómica en Cuba. 1989-2000. Rev Cubana Hig Epidemiol. En prensa 2007.
17. Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. Journal of Public Health Policy. 2004;25(1):85-110.
18. Castro F. La historia me absolverá. Alegato de defensa por los sucesos del Cuartel Moncada, Santiago de Cuba. 18 de octubre de 1953. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/marti-moncada/jm01.html>
19. MINSAP. Sistema Nacional de Salud. Políticas, estrategias y resultados. Cuba 1995-2001. La Habana, Cuba: MINSAP; 2002.
20. Constitución de la República de Cuba. Ed. extraordinaria, No. 3. Ciudad de La Habana, Cuba: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 2003. (Enero 31, 2003).
21. Ley de Salud Pública de la República de Cuba de 1983. Ley Pub. No. 41. Ciudad de La Habana, Cuba: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 1983.
22. Álvarez AG. Presentación del Sistema Nacional de Salud de Cuba. La Habana, Cuba: INHEM/MINSAP; 2007.
23. Health Canada. Intersectoral action toolkit. The cloverleaf model for success. Alberta/Northwest Territories Region. Edmonton AB T5J 4C3. Canada. June 2000. www.health-santecanada.net
24. Castell-Florit P. Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. La Habana, Cuba: ENSAP; 2003.
25. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Públ. 2007;33(2).

Recibido: 3 de julio de 2007.
Aprobado: 13 de septiembre de 2007.

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Infanta #1158, entre Llinás y Clavel, código postal 1300, Centro Habana. Ciudad de La Habana, Cuba. E-mails: adolfo@inhem.sld.cu; alvareza@infomed.sld.cu
Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM)