

DEBATE

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba

[Adolfo Gerardo Álvarez Pérez,¹ Anaí García Fariñas² y Mariano Bonet Gorbea³](#)

Resumen

La aparición del modelo de campos de salud propuesto por *Laframboise* en 1973 y desarrollado magistralmente en el Informe Lalonde en 1974 con el fin de explicar la salud de los canadienses, revolucionó sin lugar a dudas a la salud pública contemporánea, al impactar de manera conceptual y operativa sobre la manera de abordar y explicar los niveles de salud de las poblaciones y por ende la manera de formular las políticas de salud. En el presente artículo se aborda el tema de los campos y determinantes de la salud como disciplina de la Salud Pública, se profundiza en su historia, conceptualización y experiencias para llegar a formular una propuesta de modelo alternativo que explique desde la realidad sanitaria cubana este enfoque y se sienten las bases para un estudio sobre los determinantes actuales de los niveles de salud de la población como una contribución al mejoramiento de la salud pública cubana actual.

Palabras clave: Salud, salud de las poblaciones, ecosistema de la salud humana, niveles de salud, campos de salud, determinantes de los niveles de salud, Cuba.

Introducción

Desde hace cuatro décadas, el tema de los campos y determinantes de la salud de las poblaciones se ha instalado de manera irreversible y con una gran fuerza en las agendas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados. A decir verdad desde que en 1974, el entonces Ministro de Salud de Canadá, *Marc Lalonde* presentara su modelo de campos de salud en el histórico White Paper o Informe Lalonde como también se le conoce, pocos salubristas y epidemiólogos se han sustraído de la idea de enseñar y/o explicar los niveles de salud de las poblaciones sin usar este método.

A decir verdad, el tan conocido modelo no es de la autoría de *Lalonde*, como frecuentemente se enseña y se asegura en los más diversos espacios científicos donde se aborda este tema. En realidad un año antes, *Hubert Laframboise*, colaborador cercano de *Lalonde*, entonces Director General de la División de Planificación de la Salud a Largo Alcance de Salud y Bienestar Social Canadá, había publicado su artículo “Health policy: breaking the problem down into more manageable segments”,¹ en el cual explicaba la necesidad de contar con segmentos más manejables a la hora de analizar los problemas y diseñar las políticas de salud.

Desde 1973 hasta la fecha, numerosas han sido las entregas que abordan conceptual y/o operativamente el tema de los determinantes de los niveles de salud, sin embargo una gran mayoría de ella, por no decir su casi totalidad provienen de Canadá y algunos países Europeos. Autores de la talla de *Dever, Blue, Evans, Stoddart, Marmot, Frank, Wilkinson, Raphael* por sólo citar algunos, mucho han aportado a la conceptualización y a la operaconalización de este tema, aspectos enriquecidos con los enfoques de salud de las poblaciones desarrollado por el Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) y de ecosistema de la salud humana, desarrollado por el International Development Research Center (IDRC), a los cuales se sumaron los resultados del Segundo Reporte de la Salud de los Canadienses o el Canadian Community Health Survey desarrollado por Statistics Canadá.

Sin embargo, el tema de los determinantes a pesar de llevar 40 años en el camino sigue siendo un privilegio y un interés investigativo casi privativo de las naciones más desarrolladas, los países del sur continúan explicando sus niveles de salud por un modelo construido a punto de partida de una realidad concreta canadiense en un momento dado, modelo en el cual, para desgracia de todos, a veces se confunden los conceptos de campos de salud y de determinantes y la operacionalización de estas dos dimensiones del concepto de salud.

De ahí que el principal reto que enfrenta esta entrega es el de intentar primeramente actualizar todo lo relacionado con el tema de campos de salud y determinantes de los niveles de salud, analizar una propuesta de modelo cubano que explique al decir de unos *la paradoja de la salud cubana* y finalmente sentar las bases para realizar un estudio de los determinantes de los niveles de salud en Cuba en estos momentos.

Del concepto de salud al de salud de las poblaciones

El primer elemento que se debe señalar al abordar este punto, es que no existe una única definición de lo que estamos entendiendo por salud, según la Organización Mundial de la Salud en su Constitución² define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o lesiones, por su parte *O’Donnell*³ agrega un apellido al concepto y define la salud óptima como un estado de equilibrio entre la salud física, emocional, social, espiritual e intelectual”.

Frankish y otros⁴ sustentan que “estas dos definiciones han sido criticadas por utópicas o no factibles, ya que desdibujan las distinciones entre salud y desarrollo social, identificando prácticamente a todas las actividades humanas como relacionadas con la salud y convierten a todos los valores humanos y sociales en sinónimos de salud”, a lo cual se suma la dificultad que crean al no establecer ningún límite a lo que abarca la salud.

Rootman y *Raeburn*⁵ formularon en 1994 un concepto de salud en el que señalan que esta “ tiene que ver con la calidad de vida física, mental y social de las personas, tal como la determinan en particular las dimensiones psicológicas, sociales, culturales y del ámbito de las políticas”. Y concluyen señalando que "esta salud (...) debe mejorarse por medio de estilos de vida sensibles y de un uso equitativo de los recursos públicos y privados, que permita a las personas usar su propia iniciativa en forma individual y colectiva para mantener y mejorar su propio bienestar, al margen de cómo se defina”.

Los autores coinciden con el enfoque promocional que *Frankish* y otros⁴ le atribuyen a la salud al definirla como “un concepto multidimensional que va mucho más allá de la ausencia de enfermedades o del concepto limitado a temas de estilo de vida y comportamiento, que incluye componentes tanto subjetivos como objetivos, elementos del ambiente, las políticas y componentes relacionados con el individuo, los cuales se deben evaluar en términos cualitativos y cuantitativos”. Algo que ellos mismos resumen en una frase al definir a la salud como “la capacidad de las personas para adaptarse y responder a los retos y cambios de la vida, o para controlarlos” .

Por su parte *Henrik L. Blum*⁶ propuso en 1974 un modelo de ambiente de salud, al que luego llamó “Campo causal y paradigmas de bienestar en la salud”, dos años después *Dever*⁷ basándose en el modelo de *Laframboise* y *Lalonde* lo presentó como “Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria”. Según el mismo *Dever* refiere, la diferencia fundamental entre estos modelos es que mientras *Blum* plantea que la amplitud de los cuatro factores determinantes de la salud demuestra su importancia relativa y que los cuatro factores se relacionan y se modifican entre si mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales; *Lalonde* y *Dever* sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos estén en equilibrio. Por su parte la Profesora *Carol Buck* expresa en su artículo “Después de Lalonde: hacia la generación de salud”⁸ a través de conceptos y ejemplos concretos como en su criterio el medio ambiente es de los cuatro campos descritos por *Laframboise* y *Lalonde*, el más importante.

La profesora *Buck* deja claro en su entrega que su “objeción al Informe Lalonde estriba en que las recomendaciones para mejorar el medio ambiente eran débiles”, algo que como ella misma reconoce adolecen informes similares como el de la “Merrison Royal Comisión” de Inglaterra. A su vez demuestra como si el medio ambiente es inadecuado también son inadecuados los elementos relativos a la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de salud.

Para los autores de este trabajo, los cuatro factores son importantes, pero es claro que a la hora de formular políticas no se puede usar el término “igualmente importantes”, los hechos demuestran que la importancia de cada factor es y debe ser proporcional a su contribución relativa a los niveles de salud de esa población en particular. La planificación y distribución del presupuesto debe estar siempre antecedida de un análisis de los niveles de salud de esa población y de los factores individuales y colectivos asociados a ese comportamiento sanitario, sólo así se podrá establecer prioridades.

Aunque una buena parte de los planificadores, investigadores y decisores en salud prefieren invertir en los servicios de salud quizás porque ofrecen resultados e impactos fácilmente demostrables a corto plazo, también se necesita invertir en estudios ambientales y de estilos de vida, en ese comportamiento del sujeto que se encuentra asociado en muchos países a más del 80 % de la mortalidad total y sin embargo se ha demostrado que usualmente se invierte en ellos menos del 10 % del presupuesto total.

Sólo aclarar un elemento más, para los autores la salud es uno de los varios factores determinantes de la calidad de vida, es decir, “un valor instrumental en lugar de un fin en sí mismo” como señalaran *Green* y *Kreuter*⁸ en 1991, o, como se señala en la Carta

de Ottawa para la promoción de la salud⁹ en 1986, “La salud se considera como un recurso para la vida cotidiana, y no como el objetivo de vivir” .

Es en este punto en el que entra a debate el enfoque de “salud de las poblaciones”¹⁰ que explica y/o ampara todo este enorme proyecto social que los canadienses desarrollan desde 1989 con vistas a identificar y vulnerar aquellos factores individuales y colectivos que afectan los niveles de salud de sus poblaciones, con una amplia participación de esta y sus líderes en el marco de todo el proceso.

El abordaje de *la salud de la población* se enfoca en un rango amplio de factores y condiciones individuales y colectivas, y las interacciones entre ellos, que determinan la salud y el bienestar de los canadienses. Las estrategias se basan en una evaluación de las condiciones de riesgo y beneficio que se pueden aplicar a toda la población, o a subgrupos particulares dentro de la población.

De esta manera se puede afirmar que el enfoque de salud de la población esta sustentado en al menos cinco premisas fundamentales¹⁰ que señalan que: 1. La salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos. 2. La salud de una población está estrechamente relacionada con la distribución de la riqueza en la población. 3. Las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que la determinan. 4. 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 y 5. Mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere el desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.

De la propuesta de *laframboise* a los estudios de *Evans*

En su informe⁴ presentado en mayo de 1996, a la División de Promoción de la Salud Canadá, un equipo de estudio conformado por *Frankish, Green, Ratner, Chomik y Larsen*, destacan la aparición de “algunos modelos teóricos que han surgido de las investigaciones, que dan énfasis a los impactos en la salud como parte de sus marcos y procedimientos”, destacan que “la característica esencial de esos modelos es que indican un orden y una dirección particulares en cuanto a las relaciones de causa-efecto de programas, políticas y regulaciones a procesos de cambio y, a resultados de salud”.

Como ya se señaló oportunamente, entre esos modelos se destaca el presentado en febrero de 1973 por *Hubert Laframboise*,¹ en el cual proponía a su modo de ver, “un modelo sencillo para dividir a las políticas de salud en *segmentos más manejables*, para lo cual estableció cuatro *divisiones primarias* de influencia sobre la salud”.

Este concepto de campos de la salud¹ propone cuatro segmentos más manejables a la hora de explicar los niveles de salud y el accionar sanitario sobre estos, se trata del campo de los estilos de vida, el del medio ambiente, el de la organización de los servicios de salud y a un cuarto campo conocido por casi todos como biología humana, pero que contiene además, todo lo relacionado con las tecnologías, la investigación y los factores endógenos.

*Laframboise*¹ propuso además un instrumento para avanzar en cada uno de los campos a la hora de formular las políticas de salud; es así que asocia a la *persuasión* como instrumento para impactar sobre los factores relacionados con los estilos de vida; a la *legislación* para impactar sobre los factores relacionados con el ambiente; a la *reorganización* para impactar sobre los factores relacionados con la organización de los servicios de salud y al *método científico* para vulnerar los factores relacionados con la biología humana.

Sin lugar a dudas esta era la propuesta que contenía el Informe Lalonde¹¹ cuando revolucionó la salud pública contemporánea hace 40 años, sin embargo durante estas cuatro décadas muchos académicos e investigadores han utilizado erróneamente de manera indistinta los conceptos de campos de salud y de determinantes de salud.

Es importante dejar claro entonces que cuando se habla de “campos de salud”, se refiere a un grupo de segmento más manejables, en este caso, cuatro fueron los definidos por *Laframboise* y *Lalonde*^{1,11} que permiten *explicar los niveles de salud y el accionar con políticas concretas sobre estos*, mientras que los “determinantes de los niveles de salud” son *un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades*.

No cabe lugar a dudas que mediante el enfoque de la "salud de la población" se ha prestado mayor atención al delineado y a la documentación de las evidencias relativas a los factores determinantes de la salud descritos por *Evans* y *Stoddart*¹² en 1990 y por *Evans, Barer* y *Marmor*¹³ en 1994. Tal es así que el Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial sobre Salud de la Población de Canadá adoptó en 1994 esos factores determinantes como metas para las estrategias sobre salud de la población reformuladas a nivel nacional y provincial.

Este concepto de salud de las poblaciones¹⁰ apareció en 1989 y se perfecciona de manera permanente a partir de los resultados investigativos, sin lugar a dudas como se ha visto, ha recibido un fuerte aporte con los estudios realizados por *Evans* y otros durante la década de los años 80, de ahí que el modelo de *Evans* y *Stoddart* se convirtiera a partir de 1994 en uno de los más utilizados a nivel internacional.

Evans y *Stoddart*¹² señalan que la enfermedad genera la necesidad de acceder a servicios de atención médica y que sólo con la prestación de servicios de curación y cuidados efectivos se elimina esta necesidad, dejando claro que a mayor nivel de enfermedad se incrementan los costos de la atención médica. Es por eso que los autores en este punto se refieren a que existen un grupo de factores individuales y colectivos que influyen en la aparición de las enfermedades y es ahí donde se requiere la entrada de la epidemiología clínica, la evaluación de la atención médica y de la investigación en Servicios de Salud para evaluar la pertinencia, efectividad, eficiencia y calidad de los servicios de curación y cuidados que se prestan y reciben.

Todo este análisis conceptual les permitió a estos autores formular como determinantes de los niveles de salud de la población al ambiente físico, al ambiente social, a la dotación genética, a la atención médica y a la respuesta individual vista desde la doble perspectiva, de la dotación genética y del comportamiento del sujeto.

Es en este punto donde se insertan nuevas variables asociadas a este concepto de determinantes al aparecer las categorías de salud, bienestar y prosperidad. Queda claro que los factores ya mencionados al interactuar entre ellos determinan los niveles de salud y bienestar de la población; a esto sólo resta agregar que el concepto de prosperidad manejado por *Evans* retroalimenta en un puente de doble vía, por un lado a los niveles de bienestar y salud y a la respuesta del sujeto, y por otro al ambiente físico y social donde se inserta este desde una perspectiva de ecosistema de la salud humana.

Como se señaló anteriormente, *Evans*¹² propuso un grupo de factores que inciden en los niveles de salud de la población. En el campo del *entorno socioeconómico* abordó aspectos como el ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo. En el *entorno físico* incluyó los factores físicos en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas. En los *hábitos personales de salud* analizó los comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Dentro de la *capacidad individual y aptitudes de adaptación* incluyó las características psicológicas de la persona como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas. Por último, en el campo de *los servicios de salud* abordó la capacidad de los servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

Los nuevos determinantes de la salud de los canadienses

Estudios posteriores publicados en un solo volumen¹⁴ con el coauspicio de Health Canada y de la OPS abordan los nuevos determinantes claves de la salud de los canadienses. Estos determinantes fueron ratificados recientemente según consta en el sitio web de salud de las poblaciones de Canadá a través de distintos documentos, entre ellos el documento "The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of the Health Sector"¹⁵ un relato de la reunión celebrada en la Universidad de York en 2002 y cuyos determinantes son los siguientes:

Ingresos y nivel social

La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Ingresos altos determinan condiciones de vida como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza.

Redes de apoyo social

El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud.

Educación

La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta las oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un

sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida, factores claves que influyen en la salud.

Empleo/condiciones de trabajo

El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control de sus circunstancias laborales y menos exigencias relacionadas con el estrés del trabajo son más sanas y, con frecuencia, viven más tiempo que las personas que tienen un trabajo y actividades estresantes con riesgos.

Entornos sociales

El conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Entornos físicos

Los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud. Los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos también constituyen influencias importantes.

Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación

Los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones y estilos de vida saludables así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida de manera saludable son influencias claves en la salud. La investigación en áreas como cardiopatías y niñez en desventaja, muestra que hay certeza de vínculos bioquímicos y fisiológicos a las condiciones vasculares y otros eventos adversos de la salud.

Desarrollo sano del niño

El efecto de las experiencias prenatales de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de adaptación y la competencia son muy importantes. Los niños nacidos en familias de bajos ingresos tienen mayores posibilidades que aquellos nacidos en familias de ingresos altos de tener bajo peso al nacer, comer alimentos menos nutritivos y tener más dificultades en la escuela.

Características biológicas y genéticas

La biología básica y la constitución orgánica del cuerpo humano, son factores determinantes de la salud. La dotación genética proporciona una predisposición hereditaria a un amplio rango de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos y ambientales son factores determinantes importantes de la salud, en algunas circunstancias la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a enfermedades o problemas de salud particulares.

Servicios de salud

Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.

Género

El género se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia relativos que la sociedad atribuye a los dos sexos sobre una base diferencial. Las normas “que tienen en cuenta consideraciones de género” influyen en las prácticas y en las prioridades del sistema de salud. Muchos temas de salud están en función de la posición social o del género y los roles. Por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a violencia sexual o física, ingresos bajos o a ser madres solteras por razón del género. Medidas para abordar la iniquidad y sesgo de género dentro y fuera del sistema de salud mejoran la salud de la población.

Cultura

Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización, la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.

*Wilkinson y Marmot*¹⁶ han abordado a través de diversas entregas el tema de los determinantes sociales de la salud, en la última de ellas definen como principales determinantes sociales de la salud el gradiente social, el stress, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, las redes de apoyo social, la adicción, la alimentación y la transportación, factores de los que se tienen mayores posibilidades para explicar los niveles de salud.

De esta forma se asume que “determinantes de la salud” es el nombre colectivo que le ha sido asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud, que estos factores determinantes no actúan aisladamente y que *las interacciones complejas entre estos factores* tienen una repercusión aún más profunda en la salud.

El Comité Consultivo sobre Salud de la Población¹⁴ identificó un grupo de criterios para seleccionar una o más áreas prioritarias en las cuales enfocarse. El primero de ellos es la *importancia nacional*, la cual será vista o será explicada por el público como de importancia nacional, el segundo criterio es el *impacto*, o sea si tiene un potencial claro, basado en resultados sólidos de investigación, que mejore significativamente la salud de la población y reduzca las disparidades de salud. El tercer aspecto es el de las *direcciones comunes* y que cuestiona si esa área es consistente con las direcciones y prioridades de salud de la población de los gobiernos provinciales, territoriales y federales.

El cuarto criterio es el de la *capacidad*, o sea si existe la capacidad para tomar acciones efectivas sobre la estrategia, a costo razonable, por ejemplo, conocimientos suficientes para proceder, probabilidad de apoyo sostenido, capacidad para medir el progreso y

buenas oportunidades de acción intersectorial. El quinto criterio aborda el *rendimiento sobre la inversión*, que analiza si podría realizarse con un gasto razonable de los recursos y tiene potencial de buen rendimiento (en función de mejor salud y resultados conexos) de la inversión. El último criterio es el de la *flexibilidad*, mediante el cual se otorga plasticidad a cada jurisdicción y socios para implementar su propia estrategia.

Sobre el enfoque de ecosistema de la salud humana

Desde la perspectiva de este enfoque de ecosistema de la salud humana, modelo que ya ha sido utilizado en Cuba de manera conjunta por investigadores del IDRC de Canadá y el INHEM de Cuba,¹⁷ se puede referir que tal y como señalaran *Gaudet* y otros,¹⁸ la finalidad de este enfoque surge esencialmente para proporcionar un paradigma integral que permita 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 socio-económico 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 socio-económicos presentes en el ecosistema en que se inserta una determinada población, con los valores medioambientales tradicionales, de forma tal que se integran en el análisis epidemiológico a los aspectos ambientales con los valores, las creencias y las percepciones de la población.

Sin embargo, existen algunos supuestos que deberían incorporarse a la hora de abordar este enfoque, el primero es no colocar a un mismo nivel a los cambios globales y al resto de los factores socioculturales, económicos, ambientales, biológicos y conductuales, como aparece en el modelo original, sólo destacar que existe una vasta producción científica en el campo de la salud que demuestra como la globalización y los cambios globales impactan sobre estos factores ya mencionados y sobre otros que también se incorporan a su mismo nivel y que son los factores externos o determinantes internacionales de los niveles de salud poblacional (Álvarez A. La Salud internacional como disciplina de la salud pública en el marco de las relaciones internacionales contemporáneas).

De esta forma se podría decir que en el enfoque de ecosistemas aplicado a la salud humana, 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; para esto como dice el modelo original, se requiere de un mejor manejo de los recursos materiales y humanos, último aspecto donde se requiere de las competencias necesarias para identificar las oportunidades para el cambio y de un empoderamiento que permita optimizar las oportunidades para el cambio.

DE LOS DETERMINANTES A LAS POLITICAS SALUDABLES Y DE SALUD

La mayoría de los autores coincide en afirmar que las políticas públicas sanitarias deben estar dirigidas a las estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades, tomando en consideración cuales son las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad del país en cuestión. Para esto, a criterio de *Dever*⁷ existen tres modelos fundamentales que permiten identificar los factores que originan estos resultados y trabajar sobre ellos: el concepto de campos de salud de *Laframboise/Lalonde*, los hechos centinelas descritos por *Rutstein* y los paquetes de protección sanitarios canadienses.

Debe quedar claro como señalara en 1991 *O'Neill*,¹⁹ que "las políticas que tienen una repercusión sustancial sobre la salud no están limitadas a la prestación de los servicios de salud, ni a los servicios de salud pública", y recordar que tal y como dejaron claro *Rachlis* y *Kushner* en 1989²⁰ las políticas públicas saludables son "toda política que crea y promueve un contexto para la salud".

Las políticas de salud se inscriben dentro del conjunto de las políticas sociales, aquellas que al decir de *Dunn*,²¹ son el "conjunto de decisiones que el gobierno adopta, instrumenta y lleva a la práctica para resolver problemas, orientar el quehacer social o realizar algún cambio en las estructuras de la sociedad y que tiene un impacto directo en el bienestar de los ciudadanos a partir del suministro de servicios o de ingresos".

Es importante destacar que a la hora de formular políticas de salud como cualquier otra política social o de estado, siempre hay tensiones, en este caso están las lógicas tensiones originadas por la interacción que se lleva a cabo entre los tres ejes básicos de este proceso: los objetivos del sistema, los derechos y demandas de los recursos humanos y el derecho a la salud y las demandas de la población, todos unidos entre si por un eje imaginario que es la situación concreta de salud de la población donde se planifica.

La expresión *política pública saludable*, acuñada por *Trevor Hancock* (U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *Healthy People 2010*. USA 2000), se ha definido como la "política sancionada por los distintos niveles de gobierno que se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad y por la responsabilidad en cuanto a sus impactos en la salud".

Siguiendo el primero de los modelos propuestos por *Dever*,⁷ se tienen algunos insumos interesantes que permiten afirmar que no siempre se corresponden las principales causas de muerte/enfermedad y sus determinantes con los aspectos priorizados a la hora de formular políticas y distribuir el presupuesto nacional.

Es por eso, entre otras razones que *Evans* y *Stoddart*¹² criticaron en 1994 la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud señalando que era "difícil usar como base para las políticas de salud, porque incluye implícitamente a *todas* las políticas como políticas de salud".

En distintos estudios realizados en Estados Unidos durante las décadas posteriores a la aparición del modelo de *Laframboise/Lalonde*,⁷ se pudo conocer que factores asociados a los estilos de vida de la población aportan el 53 % de la mortalidad general, el 50 % de

la mortalidad en menores un año y el 60 % de los años de vida potencialmente perdidos a los 75 años, sin embargo, a este campo sólo se le dedicaba el 1,2 % de los gastos en salud anual, algo similar a lo ocurrido con los factores ambientales que recibían el 1,5 % y los factores asociados a la biología humana con el 6,9 %.

Contradictoriamente, según estos mismos estudios informan, el 90,6 % del gasto de salud se dedica a la organización de los servicios de salud los cuales aportan el 9,8 % de la mortalidad general, el 12 % de la mortalidad en menores de un año y el 10 % de los años de vida potencialmente perdidos a los 75 años.

En el marco del ejercicio de planificación estratégica de la salud pública norteamericana hasta el 2010 (U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Healthy People 2010. USA 2000), aparece un modelo muy parecido al de *Evans*, pero con un fuerte componente integrador de los aspectos gerenciales o de planificación. Es así que partiendo de las *metas superiores y objetivos* se analizan un grupo de *factores determinantes* de la salud humana a nivel de individuos como el ambiente físico y social, la conducta y la biología humana; aspectos que sumados a un mayor acceso a los servicios de salud esperaban impactaran positivamente en el mejoramiento de los niveles de salud.

Un acercamiento a la experiencia cubana

Intentar explicar por medio de un modelo la lógica sanitaria que ha permitido alcanzar los resultados de salud que posee la población cubana, es además de ambicioso, muy arriesgado, ya que existen diversos modos de ver un mismo fenómeno y sus resultados, de todas formas es necesario acercarnos al menos a lo que se ha definido como premisas para que Cuba, de indicadores de salud deprimentes que poseía en 1958, exhiba en la actualidad indicadores sólo logrados por países del primer mundo.

Si se miran los indicadores del período 1955-1958, lo primero que se encuentra es un presupuesto de salud en pesos de \$ 20 588 000 y un gasto en salud por habitantes de 3,04 pesos; un predominio en el cuadro de salud de las enfermedades infecciosas, una expectativa de vida de 62,10 años y una mortalidad infantil de 58 menores de un año fallecidos por cada mil nacidos vivos en el período 1955-1959, una escuela de medicina, 339 hospitales y clínicas, 28 536 camas de asistencia médica, 6 286 médicos y 250 estomatólogos, entre otros (Álvarez A. Presentación del Sistema Nacional de Salud. INHEM. 2004).

Al cierre del año 2003 Cuba exhibía un presupuesto de salud en pesos de \$ 2 028 100 000 y un gasto en salud por habitantes de 180,26 pesos, un cuadro de salud caracterizado por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, una expectativa de vida de 77 años, una tasa de mortalidad infantil de 6,3 menores de un año fallecidos por cada mil nacidos vivos, 22 escuelas de medicina, 267 hospitales, 444 policlínicos, 55 428 camas de asistencia médica, 380 576 trabajadores de la salud, 68 017 médicos, de los cuales 32 291 son médicos de familia y 10 167 estomatólogos (Álvarez A. Presentación del Sistema Nacional de Salud. INHEM. 2004).

Existen un grupo de principios y elementos (Álvarez A. Presentación del Sistema Nacional de Salud. INHEM. 2004) que permiten explicar estos logros desde una perspectiva sociopolítica, el primero de ellos sin lugar a dudas lo constituye el

pensamiento sanitario y social del presidente cubano como guía indiscutible de la batalla por ofrecer servicios de salud de excelencia al pueblo.

Para la sociedad cubana, la salud es un derecho y está ubicada más allá de las fronteras del sistema de salud y pudiera decirse que ha sido vista como un producto social, resultado directo de un necesario desarrollo social armónico; sin olvidar a aquellos determinantes globales e internacionales que ejercen su influencia sobre los niveles de salud de la población como en cualquier otra nación del planeta.

Hacia esta sumatoria de determinantes nacionales, territoriales y locales han estado dirigidas las políticas públicas saludables en Cuba, donde estas han adquirido la dimensión de política de estado. La Revolución Cubana y su tradicional voluntad política de invertir en salud y desarrollo social, permite por una parte el acceso real de la población a la educación y al empleo, promueve estrategias que fomentan el desarrollo cultural y la creación y consolidación de estilos de vidas y ambientes saludables. El modelo social cubano estableció las bases para que el tema “salud” estuviera en la agenda de todos los factores implicados, desde los decisores del más alto nivel hasta cada sujeto en su comunidad.

Otros elementos fundamentales (Álvarez A. Presentación del Sistema Nacional de Salud. INHEM. 2004) han sido la definición del carácter estatal socialista del Sistema Nacional de Salud y su definición como sistema universal, accesible y gratuito e internacionalista sin hacer distinción por lugar de procedencia, raza, sexo o credo, el concepto de sistema único, integrado y regionalizado basado en una amplia participación y control social y comunitario, el empleo de una centralización normativa y de control con descentralización ejecutiva, una real integración docencia-investigación-servicios; el carácter sistémico y la atención individualizada, el trabajo en red y la intersectorialidad como premisas de un real trabajo en equipo multidisciplinario necesario para mejorar la salud del pueblo y el carácter patrimonial de los avances y logros de la salud y la sostenibilidad de las acciones de salud.

A esto se suman las transformaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante estas cuatro décadas de proceso revolucionario incluidas las que realiza hoy la Revolución Cubana para lograr una salud de excelencia en todos los lugares del país, contar con recursos humanos en número y calidad a la altura de los recursos materiales y la tecnología de punta disponible para garantizar la salud del pueblo, asumir las tareas que les corresponde a cada cual en cada momento con el objetivo de perfeccionar el sistema de salud, participar en los diferentes programas de la revolución para el desarrollo de una salud de excelencia, conforme a los principios del humanismo, la moral y la ética médica socialista unida al compromiso con la Salud Humana a través del desarrollo del internacionalismo (UJC. Principales aspectos discutidos y acordados por la Comisión de Salud del VIII Congreso UJC. La Habana. Cuba. 2004).

Esta concepción social-sanitaria ha permitido que sistemáticamente se analice la problemática sectorial, se identifiquen los problemas y se enfrente con valentía e inteligencia cualquier situación que entorpezca el logro de los pilares básicos del sistema y los servicios de salud; que sus instituciones sean resolutivas y accesibles y que sus usuarios estén satisfechos con sus servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El incremento de la producción mercantil y de bienes y servicios de manera sostenida, pese al férreo bloqueo impuesto, la distribución equitativa de esta riqueza y la inversión social en salud y educación, aspectos que ligados a una esmerada política de formación de capital humano y social, una amplia participación, el papel de las redes sociales, una fuerte abogacía y un necesario empoderamiento, ha permitido alcanzar los niveles de salud y bienestar que exhibe el pueblo cubano y que con seguridad continuará mejorando.

Una propuesta de modelo cubano

Una vez analizado todo lo anterior, están creadas las condiciones para formular una propuesta de modelo (figura) que partiendo de la perspectiva de los determinantes de la salud de la población permita explicar a los autores de esta entrega que “en el caso cubano” la *organización social* y el *desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud* ejercen una *contribución relativa más significativa* sobre los niveles de salud de la población *que cualquiera de los restantes factores* que los determinan; algo que algunos estudiosos internacionales intentan estudiar bajo el sospechoso termino de “la paradoja de la salud en Cuba” y que no requiere más que entender como una adecuada organización social y de los servicios de salud bajo una real voluntad política impacta decisiva y positivamente en los niveles de salud.

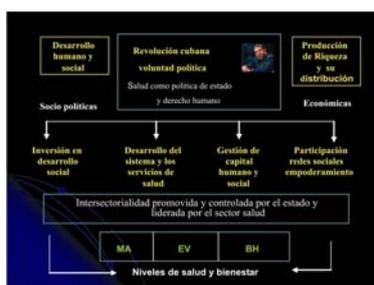


Fig. Esquema que refleja el modelo propuesto por los autores para explicar la contribución relativa de los distintos factores a los niveles de salud en Cuba.

Los autores de este artículo sostienen con este modelo que los “niveles de salud de la población cubana” son, en última instancia el resultado del “decisivo papel del estado, de la voluntad política de convertir a la salud en una política de estado y en un derecho humano de todos los ciudadanos”, política que se hace realidad a través de cuatro ejes fundamentales: “la inversión en desarrollo social, el desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud, la formación de capital humano y social y el desarrollo de redes y la participación social”.

Estos ejes fundamentales son atravesados por un principio integrador, “intersectorialidad promovida y controlada por el estado y liderada por el sistema de salud” que sin lugar a dudas *incide en los tres restantes campos* formulados por *Laframboise* y *Lalonde*: biología humana, medio ambiente y los estilos de vida; y por ende en los factores individuales y colectivos que determinan la salud de la población en cada espacio geográfico concreto.

Sobre los restantes campos de la salud descritos por *Laframboise* y *Lalonde* también se ejerce un papel importante, se hacen investigaciones sociales multisectoriales dirigidas a identificar los factores individuales y colectivos asociados al ambiente, los estilos de

vida y la biología humana que determinan el comportamiento de determinados eventos de salud y cual es su contribución relativa sobre los niveles de salud de esas poblaciones, para diseñar acciones concretas que vulneren aquellos factores que impactan negativamente sobre la situación de salud.

Conclusiones

En aquel documento pionero en el estudio de los determinantes, que apareció en febrero 1973, *Laframboise*¹ señalaba a manera de conclusiones:

En el campo de la salud en Canadá, el reto radica en mantener el nivel elevado de atención de salud e investigación médica, mientras nuestros esfuerzos se llevan a un nivel semejante en los ámbitos del estilo de vida y el entorno, donde parecen plantearse en este momento nuestros problemas principales. Si el enfoque conceptual propuesto en este documento lleva a alguien siquiera a un paso más adelante en el camino hacia un enfoque balanceado del campo de la salud, habrá servido a su propósito.

Aunque se está convencido que resulta imposible actualmente analizar el tema de los determinantes en una sola entrega, se puede concluir este documento señalando que estas cuartillas han sido redactadas con el único fin de contribuir al desarrollo de un estudio cubano sobre el tema, un estudio intersectorial, interdisciplinario y multicentro que permita identificar desde la perspectiva cubana, los factores individuales y colectivos que inciden en los niveles de salud de la población. Es necesario entender las distintas interacciones que se producen entre los factores con vistas a desarrollar estrategias dirigidas a todos los factores que determinan salud, focalizar las intervenciones sanitarias hacia toda la población y compartir la responsabilidad de desarrollar las políticas públicas saludables.

En el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en la sede de la OMS, en Ginebra, en el año 2004, el Director General de este organismo internacional, el Dr. *Jong-Wook Lee* anunció el inicio de un proceso encaminado a identificar las causas sociales de las inequidades en salud, como resultado de esto se constituyó una Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud²² con el objetivo de lograr una mejor y más equitativa salud a nivel global. Los estudios que se realicen en Cuba deben estar dirigidos a insertarse en esta propuesta y de esta forma demostrar como la voluntad política de realizar una justa distribución e inversión social de la riqueza nacional contribuye a lograr un mayor nivel de bienestar y prosperidad social y por ende mejores niveles de salud poblacional.

El editor de la prestigiosa revista medica *The British Medical Journal* en su volumen número uno de 1996²³ señalaba que “lo más importante al momento de determinar la mortalidad y la salud en una sociedad dada no es tanto la riqueza total de esa sociedad sino la distribución equitativa de dicha riqueza. Mientras más equitativamente se distribuya la riqueza, mejor será la salud de la población”.

*Collins*²⁴ señaló en 1995 que los modelos de salud, sin un texto de respaldo "explícito" en el que se detallan sus implicaciones en el nivel de las políticas, se pueden entender y utilizar erróneamente. La intención de los autores ha sido simplemente evitar que esto ocurra y abrir un espacio para este importante estudio que aún espera.

El autor principal quiere dejar constancia de su agradecimiento a los doctores *Silvia Martínez Calvo, Francisco Rojas Ochoa, Jorge Hadad, Raúl Pérez, Carlos Dotres, Emigdio León, Manuel Romero, Mariela Rodríguez y Eduardo Zacca*, pues muchos de los conceptos e ideas expresados en esta entrega nacieron y se desarrollaron a lo largo de los años en las ricas discusiones sostenidas con estos prestigiosos profesionales de la salud pública.

Summary

Conceptual and methodological guidelines to explain determinants of health in Cuba

The emergence of the model of health fields proposed by *Laframboise* in 1973 and brilliantly developed in Lalonde Report in 1974, with the objective of giving an explanation of Canadians' health, undoubtedly revolutionized contemporary public health since it had a conceptual and operative impact on the way of approaching and explaining the health levels in the populations and therefore, the way of formulating health policies. The present article addressed the topic of fields and determinants of health as a discipline of Public Health, delved into their history, concepts and experience to get to formulate an alternative model proposal that clarifies this approach from the Cuban health reality perspective, and laid the foundations for a study elucidating present determinants of the population's health levels as a contribution to the improvement of the present Cuban public health care.

Key words: Health, population health, human health ecosystem, health levels, health fields, health level determinants, Cuba.

Referencias bibliográficas

1. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *CMAJ*. 1973;108:388-91.
2. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 43 edición. Ginebra:OMS; 2001.
3. O'Donnell MP. Definition of health promotion. *Amer J Health Promot*. 1986;1:4-5.
4. Frankish. La evaluación del impacto de la salud como una herramienta para la promoción de la salud de la población y las políticas públicas. Toronto: División de Promoción de la Salud Canadá;1996.
5. Rootman I, Raeburn J. The concept of health. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I, editors. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto: Saunders WB; 994.p.56-71.
6. Blum HL. *Planning for Health*. 2sd ed. Nueva York: Human Sciences Press;1981.
7. Alan Dever GE. *Epidemiología y Administración de Servicios de salud*. Rockville Maryland: Aspen Publishers;1991.
8. Buck C. Después de Lalonde: hacia la generación de salud. *Boletín Epidemiológico de la OPS*. 1984;10-6.
9. Government of Canada. *Canada Health Act*. Ottawa: Government;1984.
10. Health Canada. *Hacia un entendimiento común: clarificación de los conceptos básicos de la salud de la población*. Ottawa: Government of Canada;1996.
11. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Department of Health and Welfare;1974.

12. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med.* 1990;31:1347-13.
13. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
14. Salud de la Población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense. Washington, D.C.: OMS;2000 (División Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud).
15. Health Canada. The social determinants of health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector. Ottawa: York University;2002.
16. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization;2003.
17. Yassi A. Applying an ecosystem. Approach to the determinants of health in Centro Habana. 1999. *Ecosystem Health.* 1999;5 (1).
18. Gaudet. The transition from environmental quality to ecosystem health. *Ecosystem Health.* 1997;3.
19. O'Neill M. Healthy cities indicators: a few lessons to learn from Europe. In: Feather J, Mathur B, editors. Proceedings of an invitational workshop: indicators for healthy communities. Winnipeg: Prairie Region Network on Health Promotion Knowledge Development;1990:33-8.
20. Rachlis M, Kushner C. Second opinion: What's wrong with Canada 's health care system and how to fix it. Toronto: Harper & Collins;1989.
21. OPS. Programa de Formación en Salud Internacional. Documento Resumen. Taller de Formulación y Análisis de Políticas de Salud. Washington: OPS;1999.
22. OMS. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud; en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud. 2004 [serie en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_netwrks/en/
23. The British Medical Journal. Nota Editorial. *BMJ.* 1996;1.
24. Collins T. Models of health: pervasive. Persuasive and politically charged. *Health Promotion Internat:* 1995;10:317-24.

Recibido: 26 de enero de 2005. Aprobado: 27 de noviembre de 2006.

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta No.1158, e/ Llinás y Clavel, Centro Habana, La Habana 1300, Cuba. e-mail: adolfo@inhem.sld.cu; alvareza@infomed.sld.cu

[1Máster en Salud Pública. Especialista en Salud Internacional OPS/OMS.](#)

[2Máster en Economía de la Salud.](#)

[3Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología.](#)