
www.revflacso.uh.cu

Salud y desigualdades sociales. ¿Un debate pertinente para Cuba?

Health and Social Inequalities. A Pertinent Debate to Cuba?

MSc. Susset Fuentes Reverón

Profesor Instructora

Máster en Desarrollo Social

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Programa Cuba

sussetf@flacso.uh.cu

Fecha de enviado: 12/09/2016

Fecha de aprobado: 29/09/2016

RESUMEN: En el presente artículo teniendo en cuenta la renovada preocupación de la comunidad internacional por el tema de las desigualdades en salud y la visibilización de las relaciones entre éstas y las desigualdades sociales, en un contexto donde se evidencian enormes brechas de equidad en materia de salud entre países y grupos sociales, se incorpora el caso cubano a este debate. La consideración principal que se esgrime en estas páginas es que, en el contexto cubano actual, es en extremo pertinente el estudio de las desigualdades en salud, teniendo en cuenta las profundas transformaciones que han sufrido todos los macro-determinantes sociales de la salud. Se concluye que, sin embargo, el abordaje del tema aún es insuficiente y padece de ciertos sesgos que generan una forma esquiva de abordar los posibles nexos entre desigualdades sociales y salud.

PALABRAS CLAVE: determinantes sociales de la salud, desigualdades, equidad en salud, contexto cubano actual.

ABSTRACT: In this article considering the renewed concern of the international community on the issue of health inequalities and the visibility of relations between them and social inequalities, in a context where huge equity gaps are evident in health between countries and social groups, the Cuban case is incorporated into this debate. The main consideration is put forward in these pages is that, in the current Cuban context, it is extremely relevant the study of health inequalities, taking into account the profound transformations undergone all macro-social determinants of health. We conclude that, however, addressing the issue is still insufficient and suffers from certain biases that generate an elusive way to address potential links between social inequalities and health.

KEYWORDS: social determinants of health, inequalities, health equity, current Cuban context.

El pensamiento reciente ha tratado de situar la salud en el centro del debate sobre el desarrollo, siendo reconocida esta dimensión como un factor clave para el desarrollo humano. Amartya Sen señala que la salud es esencial para el bienestar, y las libertades y posibilidades que los sujetos son capaces de ejercer dependen de sus logros en salud (Sen, 2002).

Si bien en términos globales las condiciones generales de salud en el mundo han mejorado de manera relevante durante los últimos 50 años, las desigualdades en materia de salud se han profundizado y se expresan en enormes brechas de equidad entre países y grupos sociales (OMS, 2008; Buchbinder, 2008; Feachem, 2000; Linares & López, 2008).

Con relación a América Latina, Barba Solano (2012) refiere que los patrones tradicionales de los sistemas de salud en la región se caracterizan, a *grosso modo*, por la fragmentación y la inequidad; de hecho, el patrón dominante en Latinoamérica, conocido como «*pluralismo fragmentado*», enfatiza la gran heterogeneidad e inequidad en la distribución de los derechos y en el acceso a servicios de salud para distintos segmentos de la población, aun cuando muchas de las constituciones nacionales establecen el derecho universal a la salud.

Numerosos estudios constatan, desde el enfoque de los *determinantes sociales de la salud*, la situación persistente de desigualdad en salud -a escala regional, nacional, o incluso en territorios específicos dentro de los países-, esclareciendo cómo las inequidades en la distribución de los bienes y servicios sociales (ingreso, riqueza, atención sanitaria, educación, etc.) se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de determinados grupos sociales.

En estos contextos, dada la forma en que se estructura la atención a la salud y en general la distribución del ingreso y otros activos, se evidencia una relación directa entre pobreza, vulnerabilidad y salud. Comúnmente, los pobres padecen de múltiples privaciones y están en situación de desventaja en todos los factores que determinan la salud (Huertas, 2008; Feachem, 2000; Buchbinder, 2008). Así la pobreza causa vulnerabilidad en la salud, y a su vez tener mala salud tiene efectos perjudiciales sobre el nivel de vida familiar y los ingresos de los grupos poblacionales más vulnerables, contribuyendo a procesos de empobrecimiento¹ (Feachem, 2000; Castro et al., 2007; Huertas, 2008).

El grado de interés de la comunidad internacional por el tema de las desigualdades en salud ha variado en los últimos años, constatándose en la actualidad una renovada preocupación por esta cuestión (Gwatkin, 2000; Linares & López, 2008). En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), con la intención manifiesta de aplicar el conocimiento acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud (Álvarez, 2009). Con tal propósito fue creada la Comisión sobre los Determinantes Sociales en Salud, cuyo exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades en salud constituye un avance importante en la visibilización de las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud; se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de la vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal. (Frenz, 2005, p. 107)

En opinión de Álvarez (2009), lo que se busca con esta propuesta conceptual es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

Como parte de esta preocupación, juega un papel medular el debate sobre las posibles relaciones entre “desigualdades” e “inequidades” en salud, lo cual ha generado situaciones de ambigüedad, controversia y confusión terminológica (Linares & López, 2008). En este sentido, la especificación del principio de justicia distributiva que se utiliza para separar las “desigualdades” de las “inequidades” se convierte en el punto de partida de cualquier análisis sobre la equidad en salud.

Las “desigualdades en salud” reflejan las diferencias entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas; sin embargo, se ha aceptado que las “inequidades en salud” se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. Evaluar las desigualdades como injustas implica

considerar tanto su evitabilidad como los principios distributivos que se aplican, en relación con la asistencia sanitaria y con los resultados de salud en la población y sus determinaciones (Spinelli et. al., 2002).

De manera que existe consenso acerca de que no se pueden identificar las desigualdades en salud con la inequidad en salud, aunque aquellas son indudablemente importantes para ésta (Sen, 2002). Algunas diferencias en salud no son necesariamente injustas y evitables; inequidad lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (Frenz, 2005).

Aunque no existe unidad de criterio sobre el concepto de equidad en salud, se asume que hay tres enfoques separados de éste: la equidad en el financiamiento de los servicios de salud, la equidad en la prestación de estos servicios y la equidad en la situación de salud (Whitehead, 1991). Entonces, equidad significa -en relación a las condiciones de salud- disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; en relación a los servicios de salud, recibir la atención en función de la necesidad (equidad de acceso y de uso) y de contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera) (OPS, 1998).

En general, para Whitehead, “la equidad en salud implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse” (Whitehead, 1991, p.7). De ahí que la autora considera inequidades a las “(...) diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas” (Whitehead, 1991, p. 6). Según ella, la prueba crucial para saber si las diferencias en salud son consideradas injustas parece

depender en mayor medida de si la gente eligió la situación que causó la mala salud o si ello estuvo fundamentalmente fuera de su control directo.

En la perspectiva de Amartya Sen (2002) miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, abogar por la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria en particular, pues los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de ésta e incluyen influencias de distinta índole (predisposiciones genéticas, ingresos individuales, hábitos alimentarios, estilos de vida, el entorno epidemiológico, las condiciones de trabajo, etc.).

La equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global (...) (Sen, 2002, p. 308)

Parece haber consenso en que para abordar la equidad en salud, se debe profundizar en la integración de dos campos diferenciados, pero estrechamente relacionados: tanto en las dimensiones pertenecientes al ámbito de la salud (resultados de salud, acceso a servicios, y calidad de la atención), como en las dimensiones que integran el entorno societal de la salud (conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que se

expresan en condiciones concretas de vida y trabajo de grupos sociales particulares). Aun cuando, con fines analíticos, las aproximaciones conceptuales y metodológicas se realicen de forma separada, solo la síntesis de estas dimensiones permitirá una visión integral (Linares y López, 2008).

Breves apuntes sobre el caso cubano en el seno de este debate

Es común observar en Cuba -en el discurso político y en una parte del académico- que los “espacios de igualdad”² como los de los servicios de salud se presentan como escenarios no invadidos -ni tan siquiera mellados- por las desigualdades, al asumir la gratuidad de la atención como condición generadora *per se* de equidad.

Tal conclusión es compartida por Reina Fleitas, quien luego de una extensa revisión de investigaciones provenientes de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, afirma que sólo se encuentran referencias a “una comprensión de la salud como área protegida y libre de contradicciones, asociada al acceso gratuito a los servicios y al alto gasto sostenido del Estado” (Fleitas, 2013, p. 103)

Desde una mirada que permite problematizar este enfoque, la OMS en su *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* alertó sobre una serie de “malentendidos comunes” que tienen gran influencia en los debates sobre las políticas de salud, siendo uno de ellos la creencia de que los sistemas de salud concebidos para alcanzar el acceso universal son equitativos, a lo cual la OMS señala que la universalidad es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar la equidad (OMS, 2008, p. 37).

Como prueba de equidad en el acceso a la atención a la salud en Cuba y en la situación de

salud de la población en general, comúnmente se exponen estadísticas nacionales que revelan indicadores muy satisfactorios y con poca dispersión territorial, que se asumen como muestra de un desarrollo social bastante homogéneo en todo el territorio nacional.

De manera general habría que hacer, al menos, cuatro importantes acotaciones metodológicas que cuestionan el enfoque que, en mi opinión, se ha asumido como tendencia en Cuba respecto a la equidad en salud:

1. Se aprecia una concepción de la equidad en salud construida fundamentalmente a partir de la dimensión espacio/territorio, en la medida en que ésta se entiende como: “(...) *la minimización de las desigualdades en el estado de salud de la población y en sus determinantes, entre grupos de personas que viven bajo diferentes condiciones, entendidas estas condiciones como que residen en diferentes territorios de un país*” (De la Torre et al., 2005, p. 202, énfasis propio), lo cual oscurece la visibilidad de otras dimensiones de análisis y el entrecruzamiento entre ellas. Si bien lo espacial/territorial ha sido considerado como un eje de desigualdad relevante en el contexto cubano actual (Iñiguez y Ravenet, 2000; Espina, 2008c; Espina, 2003), no es el único a considerar.

Por demás, la forma en que aquí es entendido lo espacial/territorial se asocia a la división político-administrativa del país, lo cual puede constituir un obstáculo metodológico para la visibilización de las desigualdades existentes³. Como dice Iñiguez:

Conocemos que los problemas de salud se producen socialmente y el estado de salud de la población es resultado de condicionantes y determinantes sociales (...). Mientras, medimos

en unidades político administrativas que obstaculizan la recuperación del marco teórico o los traicionan, sesgando tanto el conocimiento más real de su intensidad o frecuencia, como las posibilidades de interpretación de los procesos que les dan origen. (...) (2000, p. 20)

De ahí la sugerencia de esta autora de problematizar la forma en que “conocemos” por medias de contextos territoriales de elevada heterogeneidad.

2. Los valores medios estadísticos pueden invisibilizar sensibles diferencias y las tendencias de indicadores generales enmascaran la persistencia de inequidades (Albizu-Campos, 2008; Iñiguez, 2000; Iñiguez, 2006). Además, como señala Mayra Espina, en Cuba existen dificultades para profundizar en la evaluación de los efectos de la política social de equidad de oportunidades en términos de avances en el sentido de paridad grupal de resultados, pues las estadísticas sociales registran muy pocos eventos en su expresión diferenciada por grupos sociales (Espina, 2008b).

Con respecto a la forma en que se presentan las estadísticas de salud es de extrema importancia significar que el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en su serie de *Anuarios Estadísticos de Salud*, muestra esencialmente indicadores organizados en series de tiempo, por áreas geográficas, grupos de edad y por sexo. No son tenidos en cuenta ni el color de la piel, ni los estratos económicos, por ejemplo, siendo estas variables relevantes en materia de desigualdades sociales en la Cuba de hoy (Martínez, 2004). En contraste, la OMS en su serie de *Estadísticas Sanitarias Mundiales* ofrece información sobre las inequidades en salud, teniendo en cuenta datos sobre la distribución de

Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina

la salud y los servicios de atención sanitaria dentro de los países y entre subgrupos de población, para trascender las medias estadísticas nacionales.

3. Los datos estadísticos oficiales arrojan una información necesaria, pero no suficiente para ilustrar y explicar el acceso a los servicios de salud en condiciones de equidad. Como afirma Boris Nerey: *“en Cuba escasea la información necesaria para evaluar el funcionamiento de los servicios de bienestar a profundidad. Si bien las cifras de cobertura de estos servicios son un síntoma muy claro del desarrollo alcanzado en su extensión, sirven muy poco para evaluar su calidad”* (2005, Cap. II, p. 23⁴).

Cuestiones relativas a la accesibilidad, la calidad y satisfacción con el servicio recibido se consideran aspectos de gran relevancia pero poco tratados en evaluaciones y estadísticas sobre la situación en Cuba, de ahí la necesidad de desarrollar indicadores capaces de reflejar no solamente la cantidad de acciones realizadas sino también aquellos que reflejen la calidad de los servicios brindados y el impacto sobre la salud de la población (Gálvez, 2003).

4. Se vislumbra que, en general, las valoraciones sobre la equidad en salud, aunque reconocen el peso de los determinantes sociales de la salud, no le dan a todos la misma importancia, y se privilegia una mirada centrada en el sistema de atención médica y sus logros, desestimando la influencia de los factores socio-económicos (de la Torre et al, 2005). En este sentido, el Dr. Rojas Ochoa señalaba que *“no se le presta suficiente atención en Cuba a la dimensión social de la salud, a sus*

determinantes sociales (...)” (Rodríguez, 2006).

A mi juicio, esta forma esquiva de abordar los posibles nexos entre *desigualdades sociales* y *salud* en el contexto cubano obedece -quizás, entre otras razones- al hecho de que ésta es un área de *“conflictos”* y *“resistencias”* en el ámbito de lo político, teniendo en cuenta que la Salud Pública ha sido considerada un pilar de la Revolución cubana debido a los indudables logros en este campo, y se ha mostrado siempre como una de las áreas de desarrollo social más exitosas y más generadora de igualdad social, teniendo en cuenta la gratuidad, universalidad y el carácter regionalizado del sistema de salud cubano.

Sin embargo, como afirma Silvia Martínez,

El desarrollo de una voluntad política mantenida desde los inicios del Sistema Nacional de Salud asegura el cumplimiento del mandato constitucional en relación con la salud, pero no garantiza totalmente la inexistencia de desigualdades e inequidades inherentes a diferentes grupos poblacionales cuando se relacionan sus condiciones de vida con su situación de salud. (2004, p. 140)

De manera que es en extremo pertinente aguzar la mirada en esta dirección, mucho más en el contexto cubano de los últimos 25 años teniendo en cuenta las profundas transformaciones ocurridas en todos los macro-determinantes sociales de la salud, a raíz de los procesos de crisis y reajuste de los 90's, las actuales reformas en curso y los nuevos escenarios internos y externos que definen el *“ahora”* en Cuba.

No obstante, es posible afirmar que en general escasean los acercamientos a la relación *desigualdades sociales-salud* en el contexto

cubano post revolucionario (Fleitas, 2013). Sin embargo, esto no quiere decir que esta temática no haya sido abordada, de ahí la necesidad de destacar aquí los antecedentes más relevantes y las pistas que se vislumbran al respecto en ciertas investigaciones, ya sea en el área de las ciencias de la salud o de las ciencias sociales.

Es imprescindible destacar que en el ámbito de las ciencias de la salud, y de la mano de personas con un significativo reconocimiento en el contexto nacional e internacional dentro de este ramo, se realizaron importantísimas contribuciones a la visibilización de las conexiones existentes entre la salud y las desigualdades sociales. Con sustento teórico-metodológico en el enfoque de los determinantes sociales de la salud surgieron propuestas como la de Francisco Rojas⁵ et al. en 1994: *Proyecto de Sistema Nacional de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida en Cuba*, y *Propuesta de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba*, de Abelardo Ramírez Márquez⁶, presentada como su tesis doctoral en 2002.

Ambas se fundamentaban en las modificaciones sustantivas que se habían producido en las condiciones de vida de la población cubana y en otras esferas del quehacer económico y social, unido a la disminución de la homogeneidad socio-estructural precedente y la necesidad de conocer las disparidades sociales que pueden impactar en el estado de salud de la población y sus determinantes (Ramírez & López, 2005).

El *Sistema de Vigilancia de Situación de Salud según Condiciones de Vida* se diseñó con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su propósito básico fue contribuir a detectar y jerarquizar problemas de salud de la población y a realizar valoraciones

críticas de las condiciones de vida en sus diversas esferas biológica, ambiental, conductual y económica (GEIS, 1994 citado en Martínez, 2007).

La propuesta de Ramírez declaraba como objetivos del sistema de monitoreo de la equidad en salud: (1) identificar las desigualdades que existen en materia de salud -tanto del estado de salud como de sus determinantes- en términos territoriales y de grupos de población; (2) determinar las relaciones existentes entre los niveles del estado de salud de la población y los niveles de los determinantes de la salud; y (3) valorar iniquidades en salud resultantes de las desigualdades identificadas (Ramírez y López, 2005).

Los determinantes considerados por el autor incluían la atención médica, y los de tipo social, económico, demográfico y medioambiental, a los cuales se les otorgó la debida relevancia analítica a la luz del contexto cubano del momento, y se construyó un sistema de indicadores para cada uno de ellos que permitiera visibilizar ese tipo de información para recopilarla y hacer los análisis correspondientes. Además, es necesario precisar que en esta propuesta se hace hincapié en la necesidad de monitorizar las relaciones existentes entre el estado de salud de la población y su estado socioeconómico, cuestión de las más invisibilizadas dentro del país.

A mi juicio estas dos propuestas son una excelente muestra de los acercamientos a la cuestión que se destacan por ser atinados, pertinentes, consecuentes con la realidad social que pretenden estudiar y con los marcos conceptuales y analíticos de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, no se pusieron en desarrollo estos sistemas de vigilancia dentro del Sistema Nacional de Salud,

al parecer por cuestiones de tipo económicas (Martínez, 2004; 2007).

En opinión de Fleitas (2013), en general los temas de desigualdad y condiciones de vida tienen una escasa presencia en la agenda de investigación de los salubristas cubanos, conclusión a la que llega la autora a través de la revisión de las publicaciones periódicas de importantes revistas de salud en Cuba⁷.

Como señala la Dra. Silvia Martínez Calvo, cuya área de especialización ha sido precisamente la de "equidad y situación de salud" en Cuba dentro del campo de las ciencias de la salud, si bien está más que fundamentada la pertinencia de este tipo de estudios, en la práctica *"el afán en demostrar homogeneidad más que en detectar desigualdades obstaculiza el desarrollo de una etapa cualitativamente superior del Sistema Nacional de Salud en particular y del campo de la Salud, en general"* (Martínez, 2007; énfasis propio).

No obstante a estas limitaciones, hay algunas áreas de desigualdades que han sufrido menos invisibilización dentro de lo producido por las ciencias de la salud: tal es el caso de lo territorial/espacial y el género, en su relación con la salud. En este sentido, estudios realizados a partir de la década de los 90 en la antigua Facultad de Salud Pública -actual Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)- relacionados con el análisis de la situación de salud según condiciones de vida, contribuyeron en general al desarrollo de enfoques teórico-metodológicos sobre la equidad y la salud de la población cubana, y en particular evidenciaron, por ejemplo, diferencias de mortalidad por causas según zona del país: urbano, rural-urbano, rural, y también desigualdades territoriales en la presencia de factores de riesgo y causas de muerte.

A su vez, Fleitas (2013) afirma que los estudios de desigualdades de género y salud tienen mayor presencia dentro de las revistas de salud cubanas, en comparación con los de condiciones de vida, pobreza y salud. En general, las investigaciones sobre salud han incrementado el uso de estadísticas desagregadas por sexo que describen el comportamiento diferenciado del estado de salud de hombres y mujeres, si bien es menor la presencia de la comprensión del papel de los factores de género en la etiología de las enfermedades y la mortalidad (Fleitas, 2013).

Por otro lado, dentro del campo de la Economía de la Salud en Cuba, algunas investigaciones muy puntuales han abordado la temática de los *gastos de bolsillo*⁸ que realizan los usuarios de los servicios de salud ante situaciones de enfermedad y/o hospitalización (Castelao, 1991; Gálvez, 2003; García et al., s/f; Varona et al., 2005; Castillo, 2009). Otros estudios desde las ciencias sociales también han indagado en estos aspectos (Fleitas et al., 2015; Fuentes, 2016). De esta manera todos tratan de otorgar relevancia a cuestiones poco consideradas en los abordajes tradicionales, como los recursos que aportan las familias en el marco de procesos de enfermedad y cuidado de enfermos, y los impactos y afectaciones económicas que esto tiene en los hogares.

Algunos especialistas de las disciplinas sociales -al acercarse al ámbito de la salud y las políticas sociales- han hecho un llamado de atención sobre la necesidad de considerar la interrelación sistémica entre las esferas de lo social, y por ende el accionar de factores externos al sistema de salud (Domínguez, 2008; Espina, 2008a; CIEM, 2000), que más allá de la gratuidad de los servicios generan brechas de equidad, en tanto las posibilidades de los distintos hogares permiten un acceso en

condiciones diferenciadas (Alonso, 2003). Especialmente interesante resulta la idea de que los avances en algunas esferas se pueden ver afectados o neutralizados por la falta de acompañamiento de otras (Domínguez, 2008; Espina, 2008a).

Por ejemplo, un estudio realizado en La Habana constató escasos sentimientos de pobreza con relación a los servicios de salud, sin embargo las insatisfacciones al respecto se manifestaron con mayor frecuencia en las familias de ingresos monetarios más bajos, definidas como pobres (Ferriol, Ramos & Añé, 2006), lo cual está levantando una información sobre la que es preciso profundizar más.

Sería posible mencionar más acercamientos investigativos y resultados que, muchas veces de forma más indirecta que explícita, aportan interesantes elementos que reafirman la importancia de rescatar el enfoque de los determinantes sociales de la salud para mirar y explicar la realidad cubana de hoy. Sin embargo, lo más relevante es que, no obstante la existencia de resultados investigativos en este sentido, el abordaje del tema todavía es insuficiente y dentro de la nebulosa que lo rodea hay aún áreas de mucha más oscuridad, como por ejemplo aquellas relacionadas con color de la piel, ingresos económicos y condiciones materiales de vida en general, acceso y calidad de los servicios, entre otras.

Martínez (2004; 2007) considera que es preciso desarrollar estudios más profundos y detectar lo que subyace en las investigaciones acerca del estado de salud de la población, teniendo en cuenta inequidades relacionadas con la edad, el color de la piel, las condiciones y estilos de vida, el acceso y la infraestructura de los servicios de salud y la calidad de la atención. En su opinión "(...) *al utilizar estas y otras variables adecuadas al objeto de investigación*

surgirán las diferencias que todos saben que existen" (Martínez, 2007, p. 6).

Esta autora llama la atención sobre el hecho de que los datos sobre la salud de la población rara vez se presentan desagregados por variables socioeconómicas. En este sentido, los documentos emitidos por la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP aún no responden interrogantes como cuál es la influencia en las tasas de mortalidad y de morbilidad del color de la piel, la profesión, el ingreso económico, el acceso a los servicios y el nivel de escolaridad, por ejemplo (Martínez, 2004).

Un ejemplo muy ilustrativo de desigualdades que han quedado enmascaradas detrás de las tendencias generales de algunos indicadores de salud son los aportes de Juan Carlos Albizu-Campos en la investigación de la mortalidad según color de la piel en Cuba, que destacan a esta variable como diferencial de mortalidad con una clara desventaja para la población no blanca. Albizu-Campos (2008) señala que el incremento de la capacidad de supervivencia de la población cubana se verifica progresivamente, a lo largo del proceso revolucionario, tanto para blancos como no blancos, siendo estos últimos los que mostraron mayores ganancias en relación a las cifras anteriores; sin embargo, ese progreso no borra la clara desventaja de esta población, pues persiste la brecha social entorno a la capacidad de supervivencia según el color de la piel.

Como destaca este autor, pese a los principios de equidad del sistema de salud pública cubano, y en otras áreas sociales, las estimaciones realizadas señalan que el color de la piel ha sido un discriminante en términos de capacidad de supervivencia de la población cubana y es una evidencia clara de las profundas brechas sociales resultado de condiciones de vida históricamente diferenciadas

(Albizu-Campos, 2008). Estudios como éstos evidencian las ventajas analíticas y comprensivas que se derivan de la construcción y el estudio de indicadores más refinados en sub-poblaciones diferenciadas según las variables que sean pertinentes, lo cual permite vislumbrar la magnitud de los posibles hallazgos que podrían hacerse cuando se intenciona la mirada y se dispone de la información necesaria.

A modo de conclusiones

En general, aún es un pendiente la identificación de las disparidades sociales - traducidas en desigualdades- que inciden en la situación de salud de la población cubana, como afirmara el Dr. Abelardo Ramírez hace más de una década. Por ello no debe restringirse la divulgación de resultados científicamente relevantes, ni la ejecución de investigaciones esclarecedoras acerca de la inequidad que se vislumbra como resultado de las transformaciones en los macro-determinantes de la salud, y que definitivamente afectan la situación de salud de la población (Martínez, 2007).

Hay suficientes evidencias de que es pertinente intencionar, en el contexto cubano actual, la mirada hacia las posibles relaciones entre la salud y las desigualdades sociales, entendidas en sus variadas dimensiones de análisis. Eso implica la voluntad de mirar con los dos ojos y la mente abierta, y no el impulso de desviar la mirada ante aquello que pueda resultar “*incómodo*”.

Notas:

¹ Aportes al respecto lo constituyen los estudios sobre *gastos de bolsillo en salud* en la región que muestran como, ante la expansión de los mecanismos de mercado y las restricciones de acceso a la protección financiera y aseguramiento en salud, el peso del gasto recae sobre las familias, teniendo éste una magnitud catastrófica en correspondencia con el peso que representa para la economía familiar.

² Este concepto es usado por la socióloga Mayra Espina, que lo define como: “un mecanismo de distribución a través de los fondos sociales de consumo que se caracteriza por: universalidad; masividad; gratuidad o facilidad para el acceso; condición de derecho legalmente refrendado y carácter público centralizado de su diseño y de la garantía para acceder a él; participación social; preponderancia de las soluciones colectivas sobre las individuales; homogeneidad; calidad creciente; opción de integración social en igualdad de condiciones para todos los sectores sociales, independientemente de sus ingresos; y aspiración a la igualdad de resultados (2008a: 144). Su función es constituirse como escenarios de inclusión e integración social -en igualdad de condiciones para todos los sectores sociales, independientemente de sus ingresos- promoviendo calidad de vida, oportunidades y equidad y asegurando el acceso al consumo material y espiritual en ámbitos como la alimentación, la salud, la educación, el deporte, la cultura, la seguridad y la asistencia social.

³ Acá habría que señalar que el tratamiento de la equidad en salud desde lo espacial/territorial transita por miradas más o menos problematizadoras. Para una mirada más compleja al respecto véase Iñiguez (2000) y (2006).

⁴ Esta investigación de Boris Nerey corresponde a su tesis de maestría en Sociología. Dicho documento no fue paginado de forma consecutiva sino por capítulos, lo que dificulta el proceso de referencia bibliográfica cuando es necesario citar la página. Ante este inconveniente se hace necesario especificar a qué capítulo pertenece la página en cuestión.

⁵ Dr. en Ciencias Médicas, Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Medicina (ALAMES), y de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAPS). Fue Premio de Administración de la Organización Panamericana de la Salud y Premio de la Academia de Ciencias de Cuba.

⁶ Fue profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) y ocupó el cargo de Viceministro Primero del Ministerio de Salud Pública en la década de los noventa.

⁷ La autora hizo una revisión de 414 artículos publicados en 8 revistas de salud cubanas entre 2008 y 2012 buscando la presencia del enfoque relacional entre *desigualdades en salud y desigualdades socioeconómicas*.

⁸ Los gastos de bolsillo se consideran como parte del gasto privado en salud, en este caso los relativos a todas las erogaciones, directas e indirectas, que la familia destina al cuidado de la salud de sus miembros. Incluye los gastos directos por servicios de diverso tipo, y también

puede incluir los gastos indirectos por costos de transporte u otros, pérdidas salariales asociadas a sucesos de enfermedad, etc.

Referencias:

- Albizu-Campos, J.C. (2008). Contrapunteo cubano de la muerte y el color. *Novedades en Población*, 4 (7).
- Alonso, A. (2003). *Lidiar con la pobreza en el Caribe hispano: en busca de claves efectivas*. CD ROOM Taller CIPS.
- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia, Política y Salud*, 8 (17).
- Barba, C. (2012). La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile. En Fidel, C. & Valencia, E. (Coords.), *(Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*, Tomo I. Buenos Aires: CLACSO.
- Buchbinder, M. (2008). Pobreza y salud. [en línea] Disponible en: www.elced.org.ar/curso/pobreza_y_salud.pdf Consultado 16 de abril de 2011.
- Castelao, J. E. (1991). Calidad de vida y gastos individuales en las pacientes de cáncer de mama. Un estudio preliminar. Tesis de Maestría en Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Castillo, A. (2009). Procedimiento para realizar estudios de costo-utilidad en instituciones sanitarias cubanas. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- Castro, J. et al. (2007). Pobreza y Salud. *Boletín Científico*, 12 (53).
- CIEM (2000). *Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba. 1999*. La Habana: Caguayo.
- De la Torre, E.; López, C.; Márquez, M.; Gutiérrez, J.A. & Rojas, F. (2005) *Salud para todos sí es posible*. La Habana: MercieGroup-ENPSES.
- Domínguez, M. I. (2008). La política social cubana: principales esferas y grupos específicos. *Temas*, 56.
- Espina, M. (2003). Efectos sociales del reajuste económico: igualdad, desigualdad y procesos de complejización en la sociedad cubana. Ponencia presentada en el Congreso de LASA, Dallas.
- Espina, M. (2008a). *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana*. Buenos Aires: CLACSO-CROP.
- Espina, M. (2008b). Política social en Cuba. Equidad y movilidad. *Working Papers* (DRCLAS-Universidad de Harvard) # 07/08-3.
- Espina, M. (2008c). Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. *Nueva Sociedad*, 216.
- Feachem, R. (2000). Pobreza e inequidad: un enfoque necesario para el nuevo siglo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos No.3.
- Ferriol, Á.; Ramos, M. & Añé, L. (2006). Reforma económica y población en riesgo en Ciudad de la Habana. *Cuba: Investigación Económica*, 12 (1-2).
- Fleitas, R. (2013). *Familias pobres y desigualdades de género en salud: el caso del barrio de San Isidro*. Buenos Aires: CLACSO-CROP.
- Fleitas, R. et al. (2015). Los gastos de salud en familias cubanas. Estudios de caso. En Fleitas, R. (Comp.), *Investigación socioantropológica en salud. Enfoque de género*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9 (2).
- Fuentes, S. (2016). El acceso a los servicios de salud y la capacidad de enfrentamiento familiar ante situaciones de quebrantamiento de la salud. ¿Un lugar desde el cual pensar la reproducción de desigualdades en la Cuba actual?" Tesis de maestría en Desarrollo Social, FLACSO Cuba, La Habana.

- Gálvez, A. M. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (4).
- García, A.; Rodríguez, A.; Marine, M. de los Á.; de Vos, P. & Van der Stuyfs, P. (s/f). Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar.
- Grupo de Estudios Interdisciplinarios en Salud (GEIS). (1994). *Sistema Nacional de Vigilancia de Situación de Salud según Condiciones de Vida*. La Habana: ISCM-H.
- Gwatkin, D. R. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿qué sabemos al respecto?, ¿qué podemos hacer? *Boletín de la OMS*, Recopilación de artículos No. 3.
- Huertas, C. A (2008). ¿Brindar salud para reducir pobreza? [en línea] Disponible en: <www.seminariopublica.info/maindata/seminario/200848-182747/imagesdirs/PD17_HuertasCardonaCA.pdf> Consultado: 5 de abril de 2011.
- Iñiguez, L. (2000). Desigualdades espaciales del bienestar y la salud en América Latina. Problemas éticos y metodológicos. [en línea] Disponible en: www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Luisa3.pdf. Consultado: 15 de junio de 2010.
- Iñiguez, L. (2006). Los archipiélagos donde vivimos los cubanos. *Temas*, 45.
- Iñiguez, L. & Ravenet, M. (2000). Precedencias y efectos de los procesos de la década del 90 en las desigualdades espaciales y sociales en Cuba. [en línea] Disponible en: www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Luisa1.pdf. Consultado: 15 de junio de 2010.
- Linares, N. & López, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Revista Medicina Social*, 3 (3).
- Martínez, S. (2004). Desigualdades e inequidades como objeto de análisis. En Martínez, Silvia et al. *Análisis de situación de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez, S. (2007). Equidad y situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (3).
- Nerey, B. (2005). Cuba: desarrollo, estado de bienestar y política salarial. Tesis de Maestría en Sociología, Universidad de la Habana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). *Gobernabilidad y gobernanza: hacia el desarrollo humano y la salud*. Washington: OPS, División de Salud y Desarrollo Humano.
- Ramírez, A. & López, C. (2005). A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31 (2).
- Rodríguez, L. I. (2006). Modelos de salud en Cuba. Habla un protagonista. *Temas*, 47.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5-6).
- Spinelli, H.; Urquía, M.; Bargalló, M. & Alazraqui, M. (2002). *Equidad en salud. Teoría y praxis*. Serie de Seminarios Salud y Política Pública.
- Varona, P. et al. (2005). Uso de servicios de salud y gastos de bolsillo por asma en niños de 5 a 14 años de edad. Ciudad de la Habana, 2002. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43 (3).
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.