

REPUBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
ESCUELA NACIONAL DE LA SALUD PUBLICA

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE MONITOREO DE LA EQUIDAD EN SALUD EN CUBA

Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias de la
Salud

Autor: Prof. Dr. Abelardo Ramírez Márquez, MsC.

Tutor: Prof. Dr. C. Cándido M. López Pardo

2003
AÑO DE GLORIOSOS ANIVERSARIOS DE MARTÍ Y DEL MONCADA



*A mi consagrada esposa,
A mis Hijas Betty y Bonnie,
A mi nieto Abelardito,
Por los servicios de salud que el pueblo
y la Revolución Cubana necesita.*

Prólogo

Presentar la Tesis Doctoral del profesor Abelardo Ramírez Márquez, en momentos en que el Comandante en Jefe enunció que “luchamos para marchar hacia una medicina de excelencia...”, recobra un significado trascendental para todos los trabajadores del sector de la Salud Pública Cubana.

Pinareño de nacimiento, comenzó en 1965 su carrera profesional, la cual incluyó las especialidades de Psiquiatría, Máster en Salud Pública y Licenciatura en Ciencias Sociales, compartidas simultáneamente, desde sus inicios, con diversos cargos de dirección en las provincias de Pinar del Río, Matanzas, La Habana y Ciudad de La Habana.

Durante más de 20 años fue Viceministro de Salud en las áreas de Desarrollo, Asistencia Médica y Social, Higiene y Epidemiología, Industria Médico-farmacéutica y equipos médicos, hasta que finalmente ocupó el cargo de Viceministro Primero, cartera donde desplegó toda su experiencia y desarrolló una amplia gama de estrategias, programas e investigaciones de carácter nacional.

Paralelamente a sus funciones en el MINSAP, se desempeñó como vicepresidente del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, presidente de la Federación Latinoamericana de Termalismo, vicepresidente de la Organización Mundial de Técnicas Hidrotermales, presidente del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres, jefe de la cátedra docente “Salud y Desastres” de la Escuela Nacional de Salud Pública y miembro fundador de la Sociedad Internacional de Equidad Médica. Asimismo, fue miembro titular y presidente de la Sociedad Cubana de Administración de Salud, vicepresidente del Consejo Científico del MINSAP, miembro de la Federación Internacional de Administración de Salud y de la Organización Mundial de Médicos de Familia.

Los más variados escenarios, nacionales e internacionales, sirvieron al Doctor Abelardo para impartir sus conocimientos, así dictó múltiples conferencias y clases de pre y post grado, además de ser autor de diversos artículos y colaborar en más de 50 publicaciones, de ellos libros y revistas.

En la década de los '90 y como consecuencia del recrudecimiento del bloqueo norteamericano y la desaparición del campo socialista, participó activamente en los complejos escenarios a los que tuvo que enfrentarse el Sistema Nacional de Salud, sensiblemente afectado. Estos desafíos le sirvieron de acicate en la búsqueda por lograr el perfeccionamiento y la verdadera integridad en el uso de los servicios de salud por parte de la población.

Presentar la Tesis Doctoral del profesor Abelardo Ramírez Márquez, en momentos en que el Comandante en Jefe enunció que “luchamos para marchar hacia una medicina de excelencia...”, recobra un significado

Prólogo

trascendental para todos los trabajadores del sector de la Salud Pública Cubana.

Pinareño de nacimiento, comenzó en 1965 su carrera profesional, la cual incluyó las especialidades de Psiquiatría, Máster en Salud Pública y Licenciatura en Ciencias Sociales, compartidas simultáneamente, desde sus inicios, con diversos cargos de dirección en las provincias de Pinar del Río, Matanzas, La Habana y Ciudad de La Habana.

Durante más de 20 años fue Viceministro de Salud en las áreas de Desarrollo, Asistencia Médica y Social, Higiene y Epidemiología, Industria Médico-farmacéutica y equipos médicos, hasta que finalmente ocupó el cargo de Viceministro Primero, cartera donde desplegó toda su experiencia y desarrolló una amplia gama de estrategias, programas e investigaciones de carácter nacional.

Paralelamente a sus funciones en el MINSAP, se desempeñó como vicepresidente del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, presidente de la Federación Latinoamericana de Termalismo, vicepresidente de la Organización Mundial de Técnicas Hidrotermales, presidente del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres, jefe de la cátedra docente “Salud y Desastres” de la Escuela Nacional de Salud Pública y miembro fundador de la Sociedad Internacional de Equidad Médica. Asimismo, fue miembro titular y presidente de la Sociedad Cubana de Administración de Salud, vicepresidente del Consejo Científico del MINSAP, miembro de la Federación Internacional de Administración de Salud y de la Organización Mundial de Médicos de Familia.

Los más variados escenarios, nacionales e internacionales, sirvieron al Doctor Abelardo para impartir sus conocimientos, así dictó múltiples conferencias y clases de pre y post grado, además de ser autor de diversos artículos y colaborar en más de 50 publicaciones, de ellos libros y revistas.

En la década de los '90 y como consecuencia del recrudecimiento del bloqueo norteamericano y la desaparición del campo socialista, participó activamente en los complejos escenarios a los que tuvo que enfrentarse el Sistema Nacional de Salud, sensiblemente afectado. Estos desafíos le sirvieron de acicate en la búsqueda por lograr el perfeccionamiento y la verdadera integridad en el uso de los servicios de salud por parte de la población.

Fueron precisamente estas inquietudes las que lo motivaron a trabajar en el diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud, el cual se concreta en la presente Tesis Doctoral, cuya materialización fue pospuesta una y otra vez a causa de la enfermedad que le afligía en momentos en que tenía el ineludible compromiso con la Revolución de contribuir al proceso de desarrollo de la Salud Pública Cubana.

Esta obra, abrazada, además, por un grupo de destacados profesores y discípulos del Doctor Abelardo que le apoyaron en sus nobles propósitos, constituye sin lugar a dudas una línea de trabajo estratégica, consecuente con los principios renovadores en los que se encuentra inmerso actualmente el Sistema de Salud Cubano, en la constante búsqueda por obtener servicios de óptima calidad, al alcance de todos los ciudadanos.

Sirva también esta presentación como homenaje póstumo a un hombre que sigue estando día a día entre nosotros, que nos anima a servir en el concepto martiano de esta palabra y que nos empuja con su ejemplo al cumplimiento del deber en momentos trascendentales para el sector de la salud.

Dr. Damodar Peña Pentón
Ministro

PRINCIPALES SIGLAS UTILIZADAS

BM	Banco Mundial
CEDEM	Centro de Demografía (Universidad de La Habana, Cuba)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIEM	Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (Cuba)
DPAA	Dirección Provincial de Acueductos y Alcantarillados (Cuba)
DPC	Dirección Provincial de Cultura (Cuba)
DPD	Dirección Provincial de Deporte (Cuba)
DPE	Dirección Provincial de Educación (Cuba)
DPEP	Dirección Provincial de Economía y Planificación (Cuba)
DPS	Dirección Provincial de Salud (Cuba)
DPSC	Dirección Provincial de Servidos Comunes (Cuba)
DPT	Dirección Provincial de Transporte (Cuba)
DPV	Dirección Provincial de la Vivienda (Cuba)
EPFO	Empresa Provincial de Farmacias y Ópticas (Cuba)
EquiLAC	Equity in Health in Latin America and the Caribbean
EQUINET	Regional Network on Equity in Health in Southern Africa
ETECSA	Empresa Cubana de Telecomunicaciones S.A.
FR	Fundación Rockefeller
IDRC	International Development Research Centre (Canadá)
IHEP	Investments in Health Equity and Poverty Project
IPPC	International Panel on Climate Change
MINSAP	Ministerio de Salud Pública (Cuba)
MINSAP/AAM	Dirección Nacional de Atención al Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública
MINSAP/DNE	Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
OPE	Oficinas Provinciales de Estadística (Cuba)
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Pan American Health Organization
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
s/a	Sin autor especificado
s /e	Sin editor especificado
s/f	Sin fecha de publicación especificada
s/l	Sin lugar de publicación especificado
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [cuando se refiere a enfermedad] Swedish
	International Development Agency [cuando se refiere a agencia]
UATS	Unidad de Análisis y Tendencias en Salud (Cuba)
UNDP	United Nations Development Program
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	U.S. Agency for International Development
WHO	World Health Organization

INDICE

INTRODUCCION	1
1.ASPECTOSCONCEPTUALES	4
1.1 Enfoques prevalecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados	4
1.2 La equidad en salud: enfoques contemporáneos	8
1.3 Inquietudes y prácticas de gobiernos, organismos internacionales y otras agencias con el fin de lograr la equidad en salud	15
• Los enfoques	15
• Los eventos	19
• Los proyectos	23
1.4 Diversos vínculos entre la salud, la equidad y otros temas relacionados	24
• Salud y condiciones de vida	24
• Promoción de salud	25
• Género y equidad en salud	26
• Etnicidad y equidad en salud	28
• Educación y equidad en salud	29
• Pobreza	29
• Genética humana y equidad en salud	31
• Globalización	31
Anexo 1.1	33
2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE CUBA	35
3. SITUACIÓN DE CUBA RESPECTO AL DESARROLLO EN SALUD	47
• Población	47
• Mortalidad	48
• Enfermedades y daños a la salud	49
• Salud en la niñez	50
• Salud de los adolescentes	51
• Salud de la mujer	51
• Salud del adulto mayor	53
• Salud de los trabajadores	54
• Riesgos ambientales	54
• Riesgos del comportamiento	55
• Perspectivas de vida para la población cubana	56
4. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE MONITOREO DE LA EQUIDAD EN SALUD PROPUESTO	57
4.1 Experiencias de sistemas de monitoreo de la equidad en salud	57
4.2 Justificación del Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba	58
4.3 Objetivos del Sistema	60
4.4 Resultados esperados del Sistema	61
4.5 Cobertura y unidades de análisis	61
4.6 Información a monitorizar	61
4.7 Indicadores a monitorizar	62
4.8 Procedimiento de recolección de la información	69
4.9 Procedimientos de análisis	70
4.10 Diseño del sistema de información georreferenciado	88

4.11	Salidas del Sistema	90
4.12	Usuarios del Sistema	90
4.13	Diseño de un Índice Territorial de Equidad en Salud	90
4.14	Limitaciones del Sistema	93

CONCLUSIONES	94
---------------------	----

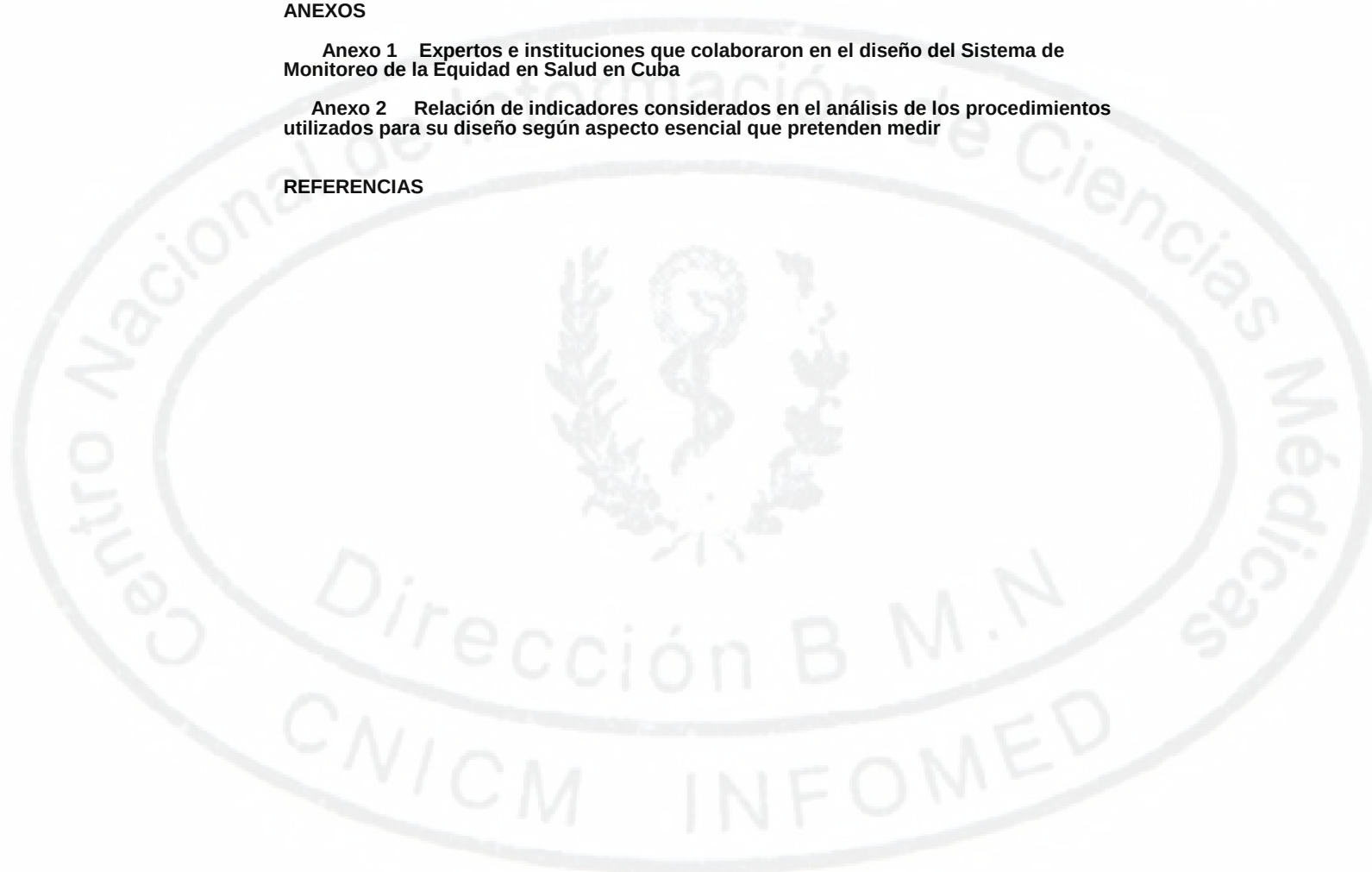
RECOMENDACIONES	95
------------------------	----

ANEXOS

Anexo 1 Expertos e instituciones que colaboraron en el diseño del Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba

Anexo 2 Relación de indicadores considerados en el análisis de los procedimientos utilizados para su diseño según aspecto esencial que pretenden medir

REFERENCIAS



INDICES DE RECUADROS, GRAFICOS Y DIAGRAMAS

RECUADROS

Recuadro	1.1	Dimensiones del desarrollo humano	6
Recuadro	1.2	Sobre la concepción del desarrollo humano	6
Recuadro	1.3	Rasgos que deben caracterizar a los nuevos modelos de desarrollo	7
Recuadro	1.4	Formas de concebir las desigualdades en salud en diversas etapas en años recientes	11
Recuadro	1.5	Enfoques filosóficos-morales de la equidad en salud	11
Recuadro	1.6	Principales Conferencias y Cumbres Mundiales celebradas a partir de la década de los 90 donde se aborda el tema del desarrollo, la equidad y otros relacionados	20
Recuadro	1.7	Diez mandatos establecidos en la Declaración de Copenhague	21
Recuadro	2.1	Principios de la salud pública cubana	37
Recuadro	3.1	Mortalidad por enfermedades no transmisibles y daños a la salud. Cuba, 1996-2000	48
Recuadro	3.2	Metas seleccionadas de los objetivos, propósitos y directrices OPD-2000	49
Recuadro	3.3	Impacto en enfermedades prevenibles por vacunas. Cuba, 1962-2001	49

GRAFICOS

Gráfico	3.1	Estructura de la población cubana según grupos de edades seleccionadas. Años 1970, 1981, 1985, 1990, 1995 y 2000	47
Gráfico	3.2	Tasa de bruta de natalidad. Cuba, años 1958-2001	48
Gráfico	3.3	Esperanza de vida de la población cubana a edades seleccionadas, 1998-2000	56
Gráfico	4.1	Ejemplo de canal endémico construido por el método Texas	74
Gráfico	4.2	Procedimientos utilizados en la construcción de un índice sintético	91

DIAGRAMAS

Diagrama	1.1	Valoración de la equidad y los resultados de la salud	9
Diagrama	2.1	Sistema Nacional de Salud	40
Diagrama	4.1	Flujo de información del sistema	69

Introducción

El trabajo que hoy presentamos ha tenido un largo proceso de gestación. Ello se debió a varios factores: de un lado, al tiempo dedicado a profundizar en el conocimiento, con la más absoluta rigurosidad, de un tema novedoso, a la vez que controversial, y sobre el cual se ha ido generando una extensa bibliografía; y por el otro, el amplio proceso seguido de análisis y discusiones con expertos del sector salud y de otros sectores, a través de entrevistas individuales o discusiones en grupo. Luego, motivos de enfermedad hicieron una y otra vez postergar lo ya pospuesto, más el ineludible compromiso con la obra de la Revolución, de seguir brindando nuestra modesta contribución al proceso de desarrollo de la salud pública en Cuba, ha sido y continúa siendo motivo suficiente para la presentación de este resultado.

La idea de iniciar el presente trabajo surgió como consecuencia de nuestro interés en desarrollar el tema de la equidad en salud, habida cuenta de nuestra experiencia como dirigente en cuatro diferentes provincias del país durante 14 años y Viceministro del Ministerio de Salud Pública por más de 20 años, habiendo trabajado en el diseño y dirección de un extenso número de estrategias, programas e investigaciones nacionales y, desde casi al comienzo mismo de mi vida profesional, vinculado a los temas de la ética y la deontología médica, la garantía y calidad de la atención médica, la creación del programa del médico y la enfermera de familia, el desarrollo de las especialidades médicas y de los institutos de investigaciones. Como parte de la superación profesional recibimos cursos sobre accesibilidad y equidad de la salud, así como de los medicamentos y garantía de la calidad, al tiempo que impartimos conferencias y desarrollamos artículos sobre estas materias. Más recientemente condujimos una estrategia nacional para la elevación de la satisfacción y la calidad de la atención en las unidades de prestación de servicios de salud, en todos los cuales siempre hemos perseverado por alcanzar un mayor nivel de salud con real accesibilidad, efectiva equidad y calidad en los servicios.

A lo largo de estos años, en las diversas responsabilidades tenidas, me he percatado de la constante necesidad de perfeccionar nuestro sistema de salud, de modo que ante la justeza de las acciones revolucionarias que han caracterizado a nuestra organización económico social a escala de toda nuestra sociedad, el principio de mantener la verdadera equidad en el acceso y el uso de los servicios de salud por la población ha sido un permanente desafío a enfrentar.

Surge así la voluntad de proponer el diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en nuestro país bajo la égida de renombrados profesores como Miguel Márquez, Francisco Rojas Ochoa y Cándido López Pardo, conociendo el antecedente de una propuesta de Sistema de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida desarrollada en la década de los 90 por un grupo de estudio interdisciplinario en salud.

Nuestro trabajo, en su primer capítulo, realiza una revisión de aspectos conceptuales que comprenden algunos enfoques prevalecientes acerca del concepto de equidad en general, y de equidad e iniquidad ¹ en salud en

¹ Existen opiniones diferentes respecto al empleo del término "inequidad" o "iniquidad". El vocablo "inequidad" es utilizado frecuentemente como antónimo de equidad, aunque, como se ha advertido (Metzger 1996) no pertenece a la lengua española. El autor, dadas diversas consideraciones, entiende más apropiado el uso del término "iniquidad" entendiendo como tal aquellas desigualdades, y eventualmente igualdades, que son injustas. López (2000) realiza un amplio análisis sobre el uso de uno u otro término.

Introducción

particular; sobre las inquietudes y prácticas de los gobiernos, de organismos internacionales y de otras agencias con el fin de lograr la equidad en salud; y culmina con un examen de los diversos vínculos entre la salud, la equidad y temas tales como las condiciones de vida, la promoción de salud, la pobreza y la globalización. El segundo y tercer capítulo enmarcan, respectivamente, el contexto nacional del sistema de salud sobre el cual se implementará el sistema de monitoreo y la situación del país en relación con su desarrollo en salud. Finalmente, el capítulo cuarto argumenta metodológicamente la propuesta del sistema y, entre otros aspectos, señala sus objetivos, la información a monitorizar y los procedimientos de análisis. El capítulo concluye con la delineación de las características de un índice Territorial de Equidad en Salud que deberá diseñarse en una fase ulterior del sistema cuando se disponga de un cuerpo de información que posibilite construirlo.

Se espera que el sistema, una vez implementado, ponga de manifiesto realidades de la situación de salud de la población actualmente no visibles, identifique elementos para la producción de alertas en salud, y produzca resultados útiles para la toma de decisiones político-administrativas en las diversas instancias del Sistema Nacional de Salud.

Por ser nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro nuestro guía y principal inspirador, y quien realiza un denodado esfuerzo en lograr una verdadera equidad, puesto de manifiesto al afirmar que “la razón del colosal esfuerzo y de las decenas de nuevos programas hoy en marcha en nuestro país está en buscar respuestas para mantener una plena justicia y una real igualdad de posibilidades para todos los niños que nacen”, hemos seleccionado este tema para optar por el Título de Doctor en Ciencias de la Salud. Favorecen, sin lugar a dudas, la realización de este proyecto la voluntad política del Gobierno y Estado cubano, la disponibilidad de información confiable y la calidad de los recursos humanos que en el mismo se involucrarán.

Consideramos que este trabajo brinda los siguientes aportes al conocimiento científico y a la práctica: primero, se actualizan un conjunto de conceptos relacionados con la equidad en general, y particularmente con la equidad en salud, de escaso conocimiento entre nuestros profesionales de la salud; segundo, se diseña - hasta donde es posible en una etapa inicial de construcción de un sistema - un sistema de monitoreo de la equidad en salud para el país, plenamente justificado y factible de ser implementado; y tercero, se pone en evidencia la necesidad del enfoque inter y

Introducción

transdisciplinario para abordar un problema complejo como lo es el diseño de un sistema de monitoreo que posibilite identificar las desigualdades en salud, con un enfoque integral que comprenda tanto el estado de salud de la población como sus determinantes.

En el desarrollo de este trabajo nos hemos auxiliado de un equipo de trabajo compuesto por el Dr. Guillermo Mesa Ridel y las Licenciadas Maritza Cedeño e Iraida Rodríguez, a los que se sumaron el Dr. Eduardo Zacca, el Dr. Daniel Rodríguez Milord, el Licenciado Roberto González y los Doctores Radamés Borroto y Pastor Castell-Florit. A todos ellos muchas gracias por acompañarnos en este propósito.

El Autor



1.1 ENFOQUES PREVALECIENTES ACERCA DEL CONCEPTO DE EQUIDAD Y OTROS RELACIONADOS

No es propósito de este trabajo describir las tendencias en el pensamiento filosófico sobre la conceptualización de equidad que se remontan a la antigüedad. No obstante, dado el examen y las propuestas que se realizan en un próximo capítulo sobre la medición de las desigualdades en salud y la subsiguiente valoración de las iniquidades en salud, se presentan en este acápite los principales enfoques prevaletentes respecto a la equidad, y en el próximo los concernientes a la equidad en salud.

La complejidad del tema de la equidad y la variedad de disciplinas que la estudian determinan en gran medida la existencia de una diversidad de definiciones filosóficas, económicas, sociales, epidemiológicas y políticas. Entre los autores que se destacan en este sentido en épocas recientes se hallan John Rawls, Amartya Sen, y quien sea probablemente una de las personas más citadas en lo que a conceptualización de equidad en salud y a los aspectos metodológicos relacionados con su medición se refiere: Margaret Whitehead.

El término equidad procede del latín *aequitas*, término que a su vez se deriva de la palabra *aequus*, que significa “igual”. Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones (CIEM 2000). La equidad supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro. De esta manera, el término equidad está estrechamente vinculado al derecho y a sus prácticas jurídicas; es la “propensión a dejarse guiar o a fallar por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley” (s/a 1984). Aristóteles expresó que “la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal” (Abbagnano 1966). La ley tiene necesariamente carácter general y, por lo tanto, a veces demuestra ser imperfecta o de difícil aplicación en casos particulares. En tales casos la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar. Por lo tanto, anota Aristóteles, la justicia y la equidad son la misma cosa: la equidad es superior, no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error (Abbagnano 1966). “La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una “legal injusticia” si se admite la frase paradójica” (Orgaz 1956). La equidad, como apuntó Drane (2000), debe permanecer como un objetivo que impulse los esfuerzos orientados al cambio para aquilatar las dimensiones del desarrollo social, económico, político y ambiental. Como posteriormente se verá, la equidad es una de las seis dimensiones del desarrollo humano. La aplicación del concepto de equidad implica tener en cuenta las diferencias, respetarlas y evitar que se transformen en manifestaciones de exclusión social.

Los principios de equidad deben aplicarse a dos niveles: en el procedimiento de adopción de decisiones y al evaluar los posibles resultados de las decisiones (IPPC 1996; Munasinghe y Swart 1999). Ambos aspectos son importantes y requieren de un análisis integral ya que los procedimientos equitativos no garantizan necesariamente resultados equitativos y, viceversa, procesos de adopción de decisiones inequitativos pueden generar resultados equitativos (CIEM 2000). La igualdad, por su parte, no implica necesariamente equidad, como la desigualdad no necesariamente implica iniquidad. Toda iniquidad es una desigualdad, pero no toda desigualdad es una iniquidad. En este sentido, una iniquidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable; visto así, una igualdad injusta es asimismo una

iniquidad. Esta idea se examina con más detalle en el acápite 1.2 aplicada a las iniquidades en salud.

Otros conceptos vinculados con el de equidad son los de «desarrollo humano», «desarrollo sostenible», «desarrollo humano sostenible» y «universalismo» que se examinan seguidamente.

Aunque el concepto de «desarrollo humano» - en su esencia, el desarrollo para el hombre - había sido considerado con anterioridad, fue con la aparición del primer Informe sobre Desarrollo Humano elaborado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 1990 que cobra fuerza esta concepción.

Se entiende por desarrollo humano “el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo; sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente” (PNUD 1990a). Según este paradigma, el desarrollo no se limita al cumplimiento de metas de ingreso o producción, ni considera a las personas como meros beneficiarios del bienestar social. El ser humano, sin embargo, pasa a ser considerado como motor, a la vez que objeto del desarrollo y, por tanto, se le atribuye la posibilidad y la necesidad de participar activamente en los procesos de ampliación de sus propias oportunidades en diferentes esferas como el ingreso, los conocimientos, una vida prolongada, la libertad, la seguridad individual, la participación comunitaria y el disfrute de los derechos fundamentales. El desarrollo humano es considerado tanto un fin como un medio. Un fin, dada su relación con el crecimiento económico, el medio, (PNUD 1996) y un medio en tanto su contribución al aumento del capital humano para el progreso de la prosperidad material (Anand y Sen 1996).

El Informe sobre Desarrollo Humano de 1996 incorpora cinco dimensiones del desarrollo humano que se resumen en el recuadro 1.1.

Recuadro 1.1 DIMENSIONES DEL DESARROLLO HUMANO
Potenciación Conlleva la formación de capacidades humanas y proclama la necesidad del uso de estas capacidades. Cooperación El desarrollo humano se preocupa no sólo por las personas como individuos, sino además por la forma en que estos interactúan y cooperan en las comunidades. Equidad No sólo en relación con las riquezas o los ingresos, sino asimismo en las capacidades básicas y las oportunidades. La ausencia de equidad restringe el incremento de las oportunidades en el proceso de desarrollo. Sustentabilidad El desarrollo humano sostenible se basa en la satisfacción de las necesidades de la actual generación sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus necesidades. Lo que se necesita sostener es la oportunidad de las personas de plasmar libremente su capacidad básica. Seguridad Considera la seguridad de las personas en sus casas, en sus trabajos, en sus comunidades y en su ambiente, teniendo en cuenta que, hacia ese tipo de seguridad, que hermana a los pueblos, es por el que deben avanzar los canales del desarrollo humano sostenible, y no a través de la adquisición de armamentos. FUENTE: PNUD 1996a

En el recuadro 1.2 se presentan los aspectos positivos y los que asimismo no deben dejar de considerarse en la nueva concepción de desarrollo humano.

Recuadro 1.2 SOBRE LA CONCEPCIÓN DE DESARROLLO HUMANO
Los aspectos positivos: - Integra y complementa concepciones anteriores donde se le da un valor relativo al crecimiento económico en su vínculo con el desarrollo. - Da prioridad a las políticas sociales. - Ha evolucionado de un pensar donde el crecimiento económico se consideraba como un medio en tanto el desarrollo era el fin, a una concepción en la cual tanto el crecimiento económico como el desarrollo son medios y fines. Lo que no debe olvidarse: ... que el concepto de desarrollo humano aplicado a todos los países, no podrá sustituir el diferente sentido y los diversos problemas a resolver por países con distintos niveles de desarrollo dada la diferente connotación que el desarrollo tiene para los países que lo han alcanzado y los que pugnan por hacerlo. FUENTES: López 2000; Martínez 1997

Emerge a la par el concepto de «desarrollo sostenible»² que se ha venido entendiendo como el desarrollo que es capaz de satisfacer las necesidades de las actuales generaciones sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones Se ha alertado (CIEM 1997), dado su origen “ambientalista”, que puede confundirse la interpretación de sostenibilidad como característica exclusivamente vinculada al contexto ambiental y en este sentido se expresa en el

² Mientras unos (Anand y San 1996) atribuyen la popularización del empleo de la expresión *desarrollo sostenible* al documento *Our Common Future*, informe de 1987 de la Comisión Mundial sobre Desarrollo Económico, otros (CIEM 1997) la identifican con la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en junio de 1992 López (2000) señala que en ocasiones se ha tratado de diferenciar entre * *desarrollo sostenible*» y «*desarrollo sustentaba*» (y hasta «*sostenido*») sin que originalmente, al parecer, se haya concebido tal diferencia. El uso de ambos términos, según su conocimiento, surge de la traducción del idioma inglés (idioma en el que originalmente se redactan la mayor parte de los documentos que abordan el asunto) del término «*sustainable development*» En rigor, “*sustainable* puede traducirse tanto como “*sostenible*”, “*sustentable*”, o como “*defendible*” (Cuyás y Cuyás 1970) Siguiendo esta idea, en este trabajo, excepto que en el original en español aparezca “*sustentable*”, se utiliza el término “*sostenible*”

Informe sobre Desarrollo Humano de 1990 (PNUD 1990b) que "después de todo, se trata de proteger las oportunidades futuras de la gente y no de los árboles", de manera que el concepto ha evolucionado para entenderse, entre otras formas, como "un proceso en el cual las políticas económicas, fiscales, comerciales, energéticas, agrícolas, industriales y otras han sido diseñadas para generar un desarrollo que sea sostenible económica, social y ecológicamente" (Pronk y Haq 1992).

Baró (1996) relaciona las precondiciones para el logro del desarrollo sostenible. En el recuadro 1.3 se enumeran los rasgos que deben estar presentes, según este autor, en los nuevos modelos de desarrollo.

Recuadro 1.3

RASGOS QUE DEBEN CARACTERIZAR LOS NUEVOS MODELOS DE DESARROLLO

- Situar a los seres humanos en el centro de sus preocupaciones.
- Crear todas las condiciones para que los seres humanos puedan desarrollar plenamente sus capacidades y utilizarlas.
- Estructurar un sistema de relaciones nacionales e internacionales que convierta al modelo en una actividad realmente participativa - de cada ser humano en el plano nacional y de cada país en el internacional - así como que contribuya al fortalecimiento de la soberanía y a la eliminación de las disparidades e injusticias que actualmente existen.

Adoptar tecnologías que no sean nocivas para el medio y den criterios para la correcta valoración de los recursos ambientales.

FUENTE: Baró 1996

Los conceptos de «desarrollo humano» y de «desarrollo sostenible» convergen en el de «desarrollo humano sostenible» concebido como el que cumple el triple objetivo de la expansión del ingreso, del desarrollo social y de la protección ambiental y la regeneración (Kaul 1996).

Paralelamente con estas ideas surgió el concepto de «universalismo» que con un enfoque ínter e intergeneracional apela a que en el deseo de proteger a las futuras generaciones no se olviden los presionantes reclamos de los más afectados de hoy. Ello se resume en una esencial demanda de imparcialidad aplicada entre y dentro de generaciones que focaliza su atención en aquellos cuyas necesidades son más grandes y cuyas deprivaciones son más agudas (Anand y Sen 1996).

El término «desarrollo» es ambiguo. Puede interpretarse de acuerdo al contexto, si no se define, como desarrollo económico, desarrollo social, o más recientemente, como se ha visto, como desarrollo sostenible, desarrollo humano o desarrollo humano sostenible. Por otra parte, cuando se hace referencia a «crecimiento» casi inequívocamente se está aludiendo a crecimiento económico, entendiendo como tal el aumento de los niveles económicos de un territorio - en particular de un país - cuantificado a través de indicadores definidos. Esta diferenciación fue notada décadas atrás por Carlos Rafael Rodríguez. En 1960 expuso que "el desarrollo es una clase especial de crecimiento que asegura a un país crecer constantemente y a través de la autoimpulsión de su economía", y en 1973 señalaba que "desarrollar es, en primer término, crecer armónicamente: crecer en una forma que permita el desarrollo autosostenido de la economía" (Rodríguez 1983). Como acota Osvaldo Martínez (1997), hay elementos suficientes para demostrar que el crecimiento económico no significa siempre, ni en todos los casos, desarrollo real para un país o para la mayoría de la

población ya que, por una parte, países subdesarrollados que han logrado altos ritmos de crecimiento económico no han cambiado la situación de pobreza de sus poblaciones y, por la otra, se ha comprobado que algunos países - entre los cuales se incluye Cuba - con modestos niveles de recursos económicos han logrado un notable avance en materia de desarrollo humano, sustentado en una acertada utilización de los recursos disponibles.

El debate sobre la diferenciación entre desarrollo y crecimiento económico se retoma en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1996, en este caso desarrollo entendido como desarrollo humano. Concluyen los redactores de este Informe (PNUD 1996b) que no existen vínculos automáticos entre ambos, pero cuando tales vínculos se forjan mediante políticas deliberadas puede lograrse un refuerzo mutuo (un “círculo virtuoso”) de modo que el crecimiento económico impulse eficaz y rápidamente el desarrollo humano. El informe resalta el incremento de las brechas existentes, y sentencia que “de continuar las tendencias actuales, las disparidades económicas entre países industrializados y en desarrollo ya no sólo serán inequitativas y pasarán a ser inhumanas” (PNUD 1996c). El propio informe enfatiza que “el desarrollo que perpetúe las desigualdades actuales no es sostenible ni vale la pena sostenerlo” (PNUD 1996d), y señala (PNUD 1996b) que la fortaleza del vínculo depende de los siguientes factores: equidad, prioridad del gasto social, oportunidades de obtener ingresos, acceso a bienes de producción, buen gobierno y acción de la comunidad.

López (2000) distingue dos aspectos que deben ser tomados en cuenta en el vínculo crecimiento económico-desarrollo humano, lo que no se hace por los redactores de los Informes sobre Desarrollo Humano. Uno de ellos, es considerar el efecto de variables intervinientes o de variables confusoras³ en la relación establecida. Entre esas variables se encuentran la voluntad política de transformar el crecimiento económico en desarrollo humano y viceversa; el nivel prevaleciente y la tendencia seguida en la evolución del desarrollo humano; la magnitud, tendencia y forma del crecimiento económico y el grado de cumplimiento de los factores de los que depende la fortaleza de la relación. El otro aspecto es tener en cuenta el papel de las relaciones de producción; es decir, que el círculo virtuoso crecimiento económico-desarrollo humano no debe estar concebido al margen del tipo de relación de producción en que se halla inmerso.

1.1 LA EQUIDAD EN SALUD: ENFOQUES CONTEMPORÁNEOS

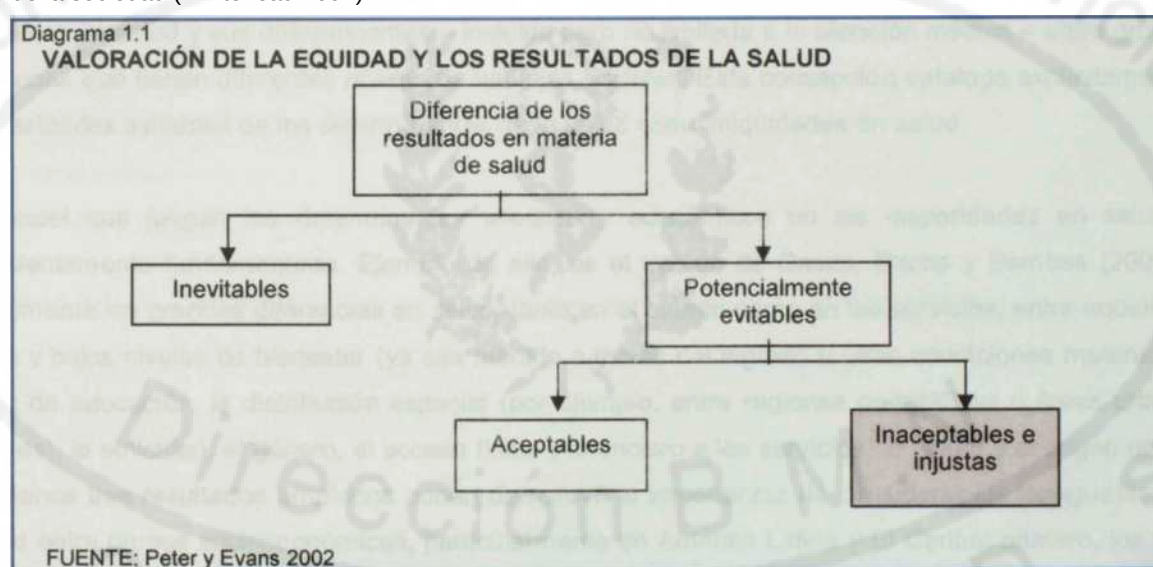
El alto grado de iniquidad en general, y en particular en salud, existente en el mundo hizo que la Organización Mundial de la Salud reconociera años atrás (OMS 1995) la necesidad de adoptar a escala universal una nueva política basada en la equidad y la solidaridad. En el mismo momento, la OPS aceptó la persistencia en las Américas de grandes brechas de salud (OPS 1995a) y múltiples organismos internacionales admitieron que las iniquidades sociales en América Latina y El Caribe eran de las más acentuadas en el mundo, y que se exacerbaron como consecuencia de la implantación de políticas de ajuste (OPS 1995b). En fecha más reciente, la OPS consideró que el combate de las iniquidades responde a dos imperativos: por un lado, el acceso a la salud es un derecho humano fundamental y, por el otro, los efectos de las iniquidades en salud constituyen uno de los mayores obstáculos al desarrollo humano

³ Entendiendo por variable interviniente aquella que explica una relación, o provee un vínculo causal entre otras variables, y por variable confusora a la que oscurece el efecto de otra (Vogt 1993).

sostenible pues impide la formación de capital humano y la incorporación óptima de la población al proceso productivo (OPS 1997). El tema continúa mereciendo la consideración de la OPS, ejemplo de lo cual es una reciente publicación (PAHO 2001) abarcadora de diversos aspectos sobre equidad y salud.

¿Qué es la equidad, o la inequidad en salud a la que se ha hecho referencia? Si bien la respuesta no es fácil desde el ángulo conceptual, menos lo es desde el punto de vista práctico.

Quizás, la definición de inequidad en salud más divulgada y sintética sea aquella propuesta por Margaret Whitehead que en su esencia plantea la inequidad referida a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas (Whitehead 1991). Esta concepción se resume en el diagrama 1.1. Así, para calificar una situación como inequitativa, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (Whitehead 1991).



Refiriéndose a Le Grand (1992), Metzger (1996) expone que la prueba crucial acerca de si las diferencias resultantes de la salud se consideran injustas parece depender en gran medida de si las personas eligieron la situación que causaba dicha mala salud o si estaba, en su mayor parte, fuera de su control directo. Asimismo, la Oficina Regional de la OMS para Europa considera, sucintamente, que “la equidad en salud supone que nadie debe estar desfavorecido para lograr su potencial de salud en la medida en que ello puede evitarse” (Whitehead 1991). Whitehead (1991) identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud:

1. Variaciones biológicas, naturales.
2. Conductas que dañan la salud elegidas libremente, tales como participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. Las ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta primeramente una conducta promotora de salud (en tanto otros grupos tengan los medios para alcanzarlo relativamente rápido).
4. Conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido.
5. Exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales.
6. Acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos.
7. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas

desciendan en la escala social.

Las desigualdades determinadas por las tres primeras categorías no son consideradas injustas, en tanto las restantes cuatro serían consideradas evitables, y como injustas sus diferencias resultantes en salud.

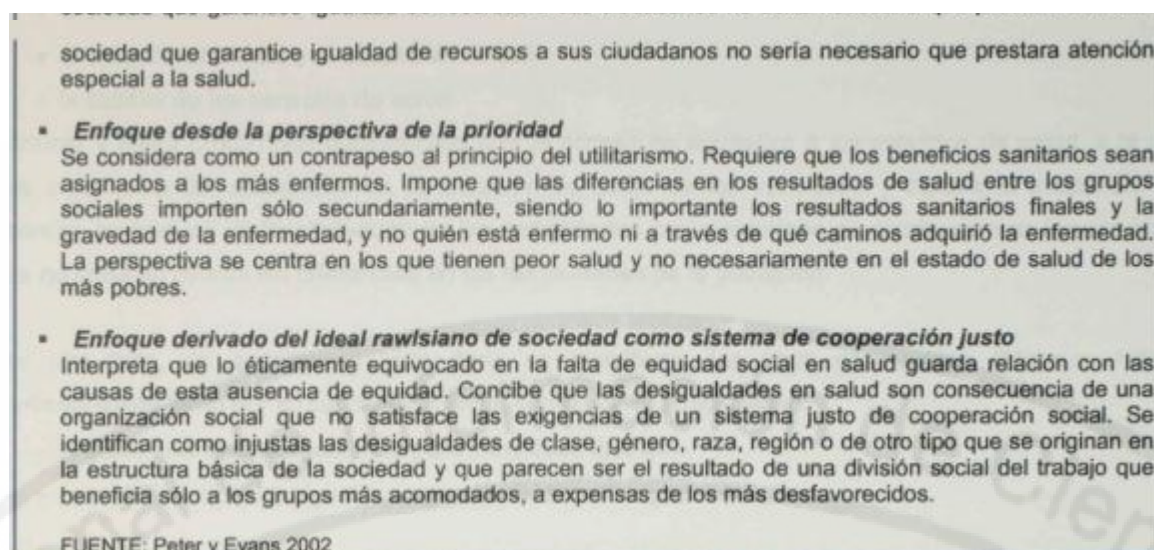
Braveman (1998) define operacionalmente como equidad en salud la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes - incluida pero no limitada a la atención médica - entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales. Esta concepción cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como iniquidades en salud.

El papel que juegan los determinantes sociales y económicos en las disparidades en salud está suficientemente fundamentado. Ejemplo de ello, es el trabajo de Casas, Dachs y Bambas (2001) que documenta las grandes diferencias en salud, tanto en el estado como en los servicios, entre aquellos con altos y bajos niveles de bienestar (ya sea medido a través del ingreso u otras condiciones materiales), el nivel de educación, la distribución espacial (por ejemplo, entre regiones geográficas o áreas urbanas y rurales), la etnicidad, el género, el acceso físico y financiero a los servicios de salud, y el origen nacional. Al menos tres resultados empíricos ponen de relieve la importancia de considerar las desigualdades en salud entre grupos socioeconómicos, particularmente en América Latina y El Caribe: primero, los pobres utilizan menos los recursos públicos que los grupos de clase media y alta; segundo, existen grandes desigualdades en salud, y con patrones definidos, entre grupos socioeconómicos así como entre género y origen étnico, que sugieren vínculos entre los resultados en salud y una variedad de condiciones materiales y sociales; tercero, las desigualdades en el impacto de estos macrodeterminantes en la salud y en el bienestar general van en aumento.

Diversos autores - entre ellos Castellanos (1991), Anand y Chen (1996), Rodríguez-García y Goldman (1996), y Starfield (1998) han interpretado en años recientes el papel de los determinantes de la salud a través de diferentes modelos. Gwatkin identifica diversos periodos en los que se han manifestado diferentes maneras de prestarle atención a las desigualdades en salud y a otros aspectos de la distribución del estado de salud y los servicios. Las ideas centrales se sintetizan en el recuadro 1.4.

Recuadro 1.4
FORMAS DE CONCEBIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN DIVERSAS ETAPAS EN AÑOS RECIENTES
• COMIENZO DE LOS 70 Movimiento de "Salud para Todos". Énfasis en mejorar la salud de los pobres de modo que pudieran lograr los beneficios de salud disponibles para los más favorecidos. Dado el patrón epidemiológico prevaleciente entre los pobres, la estrategia era la Atención Primaria de Salud basada en servicios gratuitos proporcionados por el Gobierno para cubrir grandes poblaciones. • MEDIADOS DE LOS 80 La severa situación económica de muchos países pobres, entre otras razones, hizo que se pusiera en duda lo adecuado del papel central del Gobierno en la provisión de servicios de salud, además de cuestionar la capacidad de la Atención Primaria de Salud de producir los drásticos beneficios esperados. El interés cambió de "Salud para Todos" a las "reformas del sector salud", aunque sin dejar de considerar los aspectos de la distribución del estado de salud y de los servicios. La atención se trasladó de la carga de enfermedad de los pobres a la del mundo en su totalidad, considerando la transición demográfica-epidemiológica que generaba nuevas clases medias y altas en los países pobres con enfermedades cuyas características se asemejaban más a la de los países occidentales que a la de los pobres. • MEDIADOS Y FINALES DE LOS 90 Comenzó un nuevo cambio regresando hacia una preocupación por la distribución del estado de salud y de los servicios. Surgen proyectos sobre pobreza, salud y equidad que abarcan varios países y se renueva el interés de las agencias internacionales por la salud de los pobres. • PRONÓSTICO Pareciera que continuará en el futuro inmediato la renovada atención por los aspectos de la distribución, parcialmente debido al creciente interés dado a la pobreza y a la desigualdad en el campo del desarrollo global, y en parte como resultado de los desarrollos dentro de la comunidad vinculada con la salud internacional.
FUENTE: Gwatkin s/f

Recuadro 1.5
ENFOQUES FILOSOFICOS-MORALES DE LA EQUIDAD EN SALUD
• Enfoque utilitarista Propugna que debe potenciarse al máximo la suma de bienestar individuales, asumiendo que es igual la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud. Bajo esta concepción, el logro de la máxima salud de la población implica que cada persona debe alcanzar el nivel más alto de salud, siendo indiferentes los grupos de población que logran estos beneficios (ricos o pobres, por ejemplo) siempre que dichos beneficios ejerzan el mismo impacto sobre la salud global de la población. Una crítica a este enfoque es su incapacidad para corregir los defectos de la justicia distributiva. • Enfoque igualitarista Se centra en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población. Existen diferentes tipos de teorías igualitarias. Algunas enfatizan en la igualdad de los resultados finales, que en el marco de la salud se traduciría en igualdad en el estado de salud. Otras ponen énfasis en la igualdad de oportunidades que puede, a su vez, concebirse de diferentes maneras. No todas las formas de igualitarismo privilegian la salud; por ejemplo, el enfoque de la igualdad de recursos de Dworkin sostiene que la justicia sólo requiere la igualdad de recursos generales, como por ejemplo, la oportunidad de ganancias económicas, y una vez lograda tal igualdad dependerá de cada uno cómo quiere utilizarlos. Desde este punto de vista, una



Los tres primeros enfoques proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente y tienen en común que se centran en un patrón distributivo de los resultados finales sanitarios, mientras que el enfoque rawlsiano sitúa el objetivo de la equidad en la esfera de la salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. La premisa fundamental de este enfoque es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud.

Como expresara Alleyne (2002), no es fácil separar el tema de la equidad del de la ética, pues el concepto de equidad en salud implica algunos de los juicios morales que son la esencia del pensamiento ético sobre la salud de la población.

Respecto a los servicios de salud en específico se identifican cuatro tipos de equidad (Whitehead 1991; Metzger 1996):

- igualdad en el acceso disponible para igual necesidad
- igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan)
- igualdad en la calidad de la atención
- igualdad en el resultado (pretende que los diferentes individuos con diferentes condiciones de vida, tengan una misma situación de salud)

Refiriéndose a Berman (1995) y a Daniels (1997), Mills (1998) señala que los tres elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud son:

- un financiamiento progresivo y una asignación de recursos equitativos dentro del sistema de salud
- el derecho universal y el acceso universal
- la calidad de los servicios de salud

Ramírez y Mesa (2002) han puntualizado que el acceso no equitativo a los servicios de salud, a la par que incrementa

las diferencias en la situación de salud de los individuos y agrava la incidencia de pobreza, se traduce en insatisfacción de las necesidades como resultado de distribución en los servicios que no toma en cuenta las diferencias en las necesidades de la población.

Por otro lado, de acuerdo al trato dado se identifican dos tipos de equidad (Metzger 1996), controversiales tanto por su concepción en sí, como por su aplicabilidad:

- equidad horizontal (igual trato para individuos iguales)
- equidad vertical (desigual trato para individuos desiguales)

Aplicado a la asignación de recursos, la equidad horizontal es la asignación de igual o equivalentes recursos para igual necesidad, en tanto la equidad vertical es la asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad. Bambas y Casas (2001) son del pensar que estas dos concepciones de equidad tienen diferentes implicaciones en las políticas y no pueden ser aplicadas aleatoriamente a los problemas; por el contrario, su aplicación debe responder a algún principio o rasgo característico del problema que justifique la elección de una u otra. Por ejemplo, señalan estos autores, que un plan universal de atención de salud puede concebirse como una equidad horizontal considerando que todos en cierta medida necesitamos atención de salud; por otro lado, programas focalizados en los pobres pueden considerarse como la aplicación del principio de equidad vertical. La distinción entre estas dos situaciones radica en la interpretación de necesidad: en el primer caso, la justificación es que todos desde el punto de vista biológico necesitamos la atención de salud, mientras que el segundo caso se sustenta en la necesidad financiera de los pobres, que no se aplica a los no pobres. Los pro y contra del enfoque de equidad vertical en el contexto de los actuales procesos de introducción de los mecanismos de mercado, en oposición a la provisión de servicios públicos, es también analizada por estos autores.

Para establecer una situación como inequitativa, las diferencias en la distribución de los bienes (tales como los recursos de salud o los determinantes del estado de salud) deben satisfacer - según Bambas y Casas (2001) - cada uno de los siguientes criterios ⁴:

- Las diferencias en la distribución tienen que ser a su vez técnica, financiera y moralmente evitables; si no son evitables, las diferencias no pueden ser consideradas injustas en un sentido social.
- Las diferencias no pueden reflejar una libre elección, siempre que la elección sea hecha en perfecta, o aun en condiciones razonablemente altas de elección, incluyendo adecuada información y libertad de elección.
- Debe establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable, bien culpable directa o indirectamente del daño, o bien responsable de rectificar la injusta distribución.

En términos de distribución, apuntan los propios autores que no es la igualdad de las distribuciones, sino la justeza de las distribuciones, lo que es central al concepto de equidad.

Es válido concluir este acápite con una reincursión a dos cuestiones: la situación inequitativa de salud que prevalece en el mundo en general, y en particular en la región, y una reflexión autóctona concerniente a la conceptualización de equidad, y singularmente de equidad en salud.

⁴ Señalan los autores que, dado el incremento del conocimiento científico, la aplicación de estos criterios pueden modificarse con el tiempo, y ponen como ejemplo, en relación con la elección libre, que el alcoholismo y el hábito de fumar no son ya tan vistos como asociados a estilos de vida, debido a que existe creciente evidencia de bases biológicas de la adicción. No obstante, esta afirmación es muy discutible y forma parte de la teoría biologicista, que a la larga entrañaría la no lucha contra la solución de estos problemas.

Williams e ILLsley (s/f) consideran que el logro de una mayor equidad en salud se enfrenta con dificultades, comenzando con la diversidad de opiniones relativas al significado y la significancia de términos claves en el debate, a lo que se añaden las diferencias ideológicas sobre la naturaleza de una buena sociedad, el imperfecto entendimiento de los mecanismos causales subyacentes que generan las desigualdades, las diversas consideraciones de cuáles desigualdades son las más inequitativas y terminando con la incertidumbre sobre qué, si es que algo puede hacerse en realidad para remediar la situación.

En lo que respecta a la región, la OPS (2001) ha señalado que la principal dificultad para mejorar la salud de Las Américas es la falta de equidad en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud, situación que se agrava por el hecho paradójico de que los países más pobres son los que reciben menos recursos y servicios de salud (OPS 1996a).

“La equidad en salud - apunta Sen (2002) - 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 sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Un buen compromiso con la equidad en salud necesita también que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales”.

El presente debate sobre la equidad en salud muestra - como se ha puesto de manifiesto a lo largo del examen realizado - una diversidad de definiciones y enfoques. La necesidad de ajustarse a los objetivos del presente trabajo exige - como se demandó en un trabajo previo (Escuela Nacional de Salud Pública 2001) - partir del enfoque que sobre la equidad social se ha legitimado en la sociedad cubana contemporánea y que determina el sentido de sus políticas económicas y sociales. La noción de equidad de la cual partimos se fundamenta en un criterio de justicia social que no niega la diversidad, e incluso la conceptúa como un elemento enriquecedor de lo social, y presupone la superación de toda práctica de discriminación en cualquiera de las esferas de la actividad humana. La equidad en salud significa para nosotros iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal.

Fidel Castro (1995a) ha puntualizado con nitidez que la equidad en salud se hace realidad cuando la política y el sistema de salud les dan igual valor a los actores sociales que reclaman sus servicios, les dispensan un trato adecuado a sus necesidades, promueven su participación en la aplicación y diseño de sus políticas, y se interesan por evitar desigualdades excluyentes, en un mundo de paz, justicia y dignidad, en el que todos, sin excepción alguna, tengan derecho al bienestar y a la vida.

1.3 INQUIETUDES Y PRÁCTICAS DE GOBIERNOS, ORGANISMOS INTERNACIONALES Y OTRAS AGENCIAS CON EL FIN DE LOGRAR LA EQUIDAD EN SALUD

Las inquietudes - muchas - y las prácticas - algunas menos - de gobiernos, organismos internacionales y otras agencias con el propósito de lograr la equidad en salud se ponen de manifiesto de diversas formas. En este documento nos centraremos esencialmente en tres de ellas, entre sí muy relacionadas, que a los efectos de simplificar la exposición se tratarán en forma independiente: los enfoques propuestos fundamentalmente a partir de la década de los 80, los eventos organizados a partir de los años 90, y los proyectos contemporáneos cuyo propósito es, entre otros, la identificación de las desigualdades en salud como vía para promover la equidad en salud. Por la íntima relación de la equidad en salud, con la equidad en general, y de ésta con aspectos tales como el desarrollo y la pobreza, es ineludible que estos temas sean asimismo abordados.

□ LOS ENFOQUES

Un enfoque al desarrollo, conocido como de las «necesidades básicas» se abordó por el Banco Mundial a principio de los 80 (Haq 1980) en el que se exponía que la única forma en que la pobreza podía ser eliminada era mediante el incremento de la productividad de los pobres complementado con la satisfacción de las necesidades básicas del hombre, acotándose que tal satisfacción no es por sí misma una estrategia de desarrollo, sino el objetivo principal del desarrollo. Sin embargo, de acuerdo a Streeten y colaboradores (1981) este enfoque no resuelve viejos conflictos en el campo de la cooperación internacional y puede acentuarlos aún más.

Un lustro atrás, en el conocido como “Informe Dag Hammarskjöld” preparado con motivo de la Séptima Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Hammarskjöld 1975) se aboga, en el llamado enfoque del «otro desarrollo», por uno cuyo máximo objetivo fuera la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, y entre las acciones propuestas para garantizar el desarrollo se señala como prioritaria la erradicación de la pobreza.

Se ha puntualizado (CIEM 1997) que los enfoques de las «necesidades básicas» y del «otro desarrollo» tienen puntos de contacto; no obstante, el primero logra penetrar de forma más aguda en la identificación e inserción de las necesidades humanas dentro de la estrategia de desarrollo, lo cual trasciende hasta el marco de la teoría económica y posibilita un análisis más balanceado de la esfera del consumo. Por otra parte, al colocar ambos enfoques el acento en la erradicación de la pobreza, el derecho al empleo, la distribución equitativa del ingreso y el acceso universal a los servicios básicos, se inscriben dentro de un movimiento renovador del pensamiento socioeconómico que rompe con la óptica tradicional sobre los problemas del desarrollo.

A finales del decenio de los 80 se publica patrocinada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la obra “Ajuste con Rostro Humano” (Cornia, Jolly y Stewart 1987) en la que se propone - basado en un estudio de diez países - un cuerpo de medidas económicas y de políticas, y se reclama que éstas formen parte de las políticas de ajuste, a la vez que tales políticas tomen en cuenta las implicaciones humanas. Taylor y Pieper (1996) critican este enfoque ya que no considera los impactos sociales que ocurrirían como resultado de las condiciones macroeconómicas negativas, aunque los programas estructurales de ajuste no se hubieran llevado a efecto.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) introduce a finales de los 80 y principio de los 90 el enfoque de «transformación productiva con equidad» (CEPAL 1990; CEPAL 1991; CEPAL 1992a; CEPAL 1992b) que propugna preferir aquellas políticas económicas que privilegian tanto el crecimiento económico como la equidad, y aquellas sociales que favorecen el efecto productivo y de eficiencia, y no sólo de equidad. Se sustenta el enfoque en la industrialización como eje de la transformación productiva con equidad, en la competitividad internacional como marco en el que debe desarrollarse la transformación, y en la compatibilidad de las transformaciones con el medio ambiente físico. Sonttag (1994) critica el enfoque de transformación productiva con equidad dada la ingenuidad con la que mira el funcionalismo del sistema mundial, su renuncia a una discusión acerca de si el desarrollo propugnado es posible, y la concepción relativamente mecanicista de la relación entre modernización económica, social y política, pero fundamentalmente porque no da respuesta a cómo se perfila la equidad y cómo alcanzarla.

Desde el ángulo específico del sector salud, la OPS planteó - junto con CEPAL - en los primeros años de la década del 90 que para contribuir al máximo a la estrategia de transformación productiva con equidad el sistema de salud tendría que modificarse de manera tal que incrementaran tanto la equidad en el acceso, como en la eficiencia en la producción de servicios. En 1997 OPS y CEPAL formulan una propuesta conjunta que se propone alcanzar una mayor equidad respecto a los riesgos de enfermedad y de acceso a los servicios de salud sustentada en el enfoque “cepalino” y en las políticas formuladas por la OPS en el área de la salud en el desarrollo. La propuesta abarca, entre otras recomendaciones, un enfoque multisectorial para mejorar las condiciones sanitarias y de los servicios de salud, y plantea la necesidad de innovar en el desarrollo de los sistemas de salud para atender tanto las iniquidades de acceso que se arrastran del pasado como las modificaciones previsibles de los perfiles epidemiológicos y otros tipos de cambios. Recomendando asimismo ampliar la cobertura mediante la incorporación de quienes hasta ahora han estado excluidos, reformar los sistemas de salud y la eficiencia microeconómica de su utilización, y sugiere políticas tendientes a que la salud ofrezca un ejemplo de que es posible avanzar en plazos breves en el logro de la equidad. La misma se sustenta en los siguientes componentes (OPS y CEPAL 1997):

1. la acción intersectorial y la promoción de salud;
2. la reforma de la política, organización, operación, financiamiento y gestión del sector;
3. la provisión de una canasta básica de servicios de salud;
4. la focalización de programas de atención de salud; y
5. la inversión en recuperación y ampliación de la infraestructura del sistema de salud.

Esta propuesta sintetiza otras previas, entre ellas, las hechas en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud efectuada en Santa Fe de Bogotá en 1992 (OPS 1996b) y las del Banco Mundial en 1993 sobre inversión en salud a la que se hará posteriormente referencia.

La búsqueda de la reducción de las inequidades en salud por parte de la OPS fue abordada asimismo en los primeros años de los 90 a través de un programa de promoción de salud que combinara los cinco mecanismos de acción propuestos en la Carta de Ottawa, a saber, la promoción de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, la reorientación de los servicios de salud, la potenciación de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales (OPS 1993).

El Banco Mundial en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 - centrado en la inversión en salud - a la par que reconoce la persistencia de problemas de salud de enorme magnitud y de diferencias notables entre los países en desarrollo y aquellos con economías consolidadas, propone el siguiente enfoque triple para las políticas oficiales dirigidas a mejorar la salud (Banco Mundial 1993):

- i. El fomento de un entorno que permita a las familias mejorar su salud mediante, entre otras maneras, la adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres, incluidas, cuando fuese necesario, las políticas de ajuste que preserven los gastos en salud eficaces en función de los costos.
- ii. La mejora del gasto público en salud a través de la reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario que aportan escasa mejora de la salud en relación con los fondos gastados, el financiamiento y aplicación de medidas encaminadas a hacer frente a las externalidades que acompañan la lucha contra las enfermedades infecciosas y otras acciones de salud, el financiamiento y prestación asegurada de servicios clínicos esenciales y el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales.

- iii. La promoción de la diversidad y la competencia. El financiamiento estatal de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales a nivel nacional haría que el resto de la asistencia clínica se financiara privadamente o mediante seguros sociales.

La esencia del mensaje del Banco Mundial es que el Estado trate de garantizar al menos la prestación de los servicios básicos de salud, dejando el resto de las actividades del sector a que se financien privadamente o mediante seguros sociales. Como fue acotado por López (1994a), las tres direcciones propuestas no parecen diferir de los lineamientos de acción que han caracterizado la estrategia neoconservadora: focalización, privatización y descentralización. Este autor recuerda que Isuani (1990) expresó hace más de una década que “en síntesis, el escenario más probable a partir de las propuestas neoconservadoras es el siguiente: la privatización dejará sin opciones de atención a los más pobres; la descentralización sin la presencia de un Estado central con decisión política de corregir desigualdades abandonará a los pobres a su propia suerte; y los intentos de focalización significarán un retorno a la viejas prácticas de la beneficencia que en los hechos significa dar un poquito a muy pocos”.

El problema del crecimiento demográfico fue considerado, y aún lo es, como un elemento que retarda el desarrollo. La idea subyacente es que en los países pobres es mejor distribuir lo poco entre los menos posibles⁵. Tal pensar originó drásticas campañas de control de la natalidad en muchos países. Centrado en la idea de lo perjudicial del incremento de la población para el desarrollo, en su interrelación con los problemas de la pobreza y del medio ambiente, en 1994 UNICEF expuso lo conocido como «problema PPA» (pobreza-población-ambiente), expresando que “si no logra atajarse el impacto combinado de los peores aspectos de la pobreza, el rápido crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente, dentro de muy pocos años la resultante será un incremento de las divisiones sociales, de las perturbaciones económicas y del malestar político” (UNICEF 1994), pronóstico que, desafortunadamente, se ha cumplido.

En abril de 1996 en la ciudad de Oslo, Noruega, resultado de una reunión de representantes de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas y las instituciones de Bretton Woods, para debatir la Iniciativa 20:20 se llegó a lo que se ha denominado el “Consenso de Oslo”. En el Consenso se instó a que se crearan mecanismos para revisar las asignaciones realizadas a los servicios sociales básicos atendiendo a las directrices 20:20.

Un enfoque que ha producido controversiales opiniones, al parecer más críticas que voces que lo apoyen, fue el propuesto en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 el cual declara que su objetivo central es mejorar el desempeño de los sistemas de salud en el mundo. Los sistemas de salud, de acuerdo con los autores del Informe, tienen tres objetivos fundamentales (OMS 2000): mejorar la salud

⁵ Para una discusión acerca de las complejas interrelaciones estadísticas y causales entre los niveles de desarrollo y natalidad puede consultarse (López 1998).

de la población a la que sirven; responder a las expectativas de la población; y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud, es decir, lograr la equidad de las contribuciones financieras. Una de las críticas al Informe es que da un peso notable a los sistemas de salud en el mejoramiento de la salud de la población, pero soslaya el papel de otros determinantes como los ambientes socioeconómico y físico. Pareciera, de acuerdo con lo expresado en el Informe, que la inversión en los sistemas de salud sería la solución para mejorar la situación de salud de los más desfavorecidos, aun cuando sigan viviendo en la mayor miseria económica y social.

Como señala López (2001), el primer objetivo es indudablemente incuestionable, pero el éxito de su cumplimiento pudiera estar obstaculizado por el incumplimiento de los dos restantes. En relación al segundo objetivo, los autores hacen una crítica a la atención primaria de salud ya que “presta muy poca atención a las demandas de la asistencia sanitaria... y se concentra casi exclusivamente en sus necesidades presuntivas”. El nuevo enfoque al que apuesta la OMS - denominado como «nuevo universalismo» - se centra en “hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social, lo que entraña una elección explícita de prioridades entre las intervenciones, respetando el principio ético según el cual es a veces necesario y eficiente racionalizar los servicios, pero considerando inadmisible la exclusión de grupos enteros de la población”. Es decir, como expresa el propio López (2001), el enfoque responde a las transformaciones neoliberales más típicas que se han producido en el mundo, sin cuestionarse lo oportuno o inoportuno que han sido tales cambios; se va de un enfoque en que los sistemas de salud deben responder a las necesidades de la población, al enfoque de que el fin de los servicios de salud es satisfacer la demanda de la población, ahora convertida en paciente-cliente regulada por los mecanismos de mercado.

A diferencia de la crítica hecha a la atención primaria de salud en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, el proyecto de texto de una estrategia internacional del desarrollo para el primer decenio del nuevo milenio elaborado por las Naciones Unidas en el mismo año señala que para fines del decenio todos los países deberían conseguir que el acceso a la atención primaria esté al alcance de todos, en tanto la Declaración de Alma Ata de 1979 sigue siendo la base para conseguir el objetivo de la salud para todos (Naciones Unidas 2000a).

□ LOS EVENTOS

La última década del pasado siglo se caracterizó por la realización de un conjunto de Cumbres y Conferencias mundiales en las que se abordaron desde diversos ángulos los problemas del desarrollo, la equidad y temas intervinclados. En el recuadro 1.6 se relacionan los principales eventos celebrados en ese período y posteriormente.

Recuadro 1.6

PRINCIPALES CONFERENCIAS Y CUMBRES MUNDIALES CELEBRADAS A PARTIR DE LA DÉCADA DE LOS 90 DONDE SE ABORDA EL TEMA DEL DESARROLLO, LA EQUIDAD Y OTROS RELACIONADOS		
CONFERENCIA	LUGAR	FECHA
Cumbre Mundial de la Infancia	Nueva York	1990
Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo	Río de Janeiro	1992
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	El Cairo	1994
Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social	Copenhague	1995
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer	Beijing	1995
Segunda Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (HABITAT II)	Estambul	1996
Cumbre Mundial sobre la Alimentación	Roma	1996
Asamblea General de la Naciones Unidas; Quincuagésimo quinto período de sesiones	Nueva York	2000
Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo de Naciones Unidas	Monterrey	2002
Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después	Roma	2002

Aunque todos los eventos son trascendentes, dada la necesaria brevedad que este documento requiere, se hará referencia a 3 de ellos por su particular vínculo con el tema que se aborda: la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y la Asamblea General de Naciones Unidas en su quincuagésimo quinto período de sesiones.

La Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo se celebró en Río de Janeiro, Brasil, del 3 al 14 de junio de 1992. Como resultado del evento se aprobaron la Declaración de Río y la Agenda 21. La Declaración de Río expresa, entre otros aspectos, que con el fin de lograr el desarrollo sostenible, la protección ambiental debe ser parte integral del proceso de desarrollo, así como que la erradicación de la pobreza es un requisito indispensable para el desarrollo sostenible. La Agenda 21 señala, entre otras múltiples cuestiones, que una política de desarrollo que se centre solamente en el incremento de la producción de bienes sin atender la sostenibilidad de los recursos en los cuales tal producción se basa generará un decremento de la productividad, lo cual pudiera tener también un impacto negativo sobre la pobreza (United Nations Conference on Environment and Development 1992). En esta Conferencia Fidel Castro nítidamente responsabilizó a las sociedades de consumo de la destrucción del medio ambiente y que no es posible culpar de esto a los países del tercer mundo. Asimismo, expresó que el intercambio desigual, el proteccionismo y la deuda externa agreden la ecología y propician la destrucción del medio ambiente. Hizo énfasis asimismo en que debe cesar la transferencia de estilos de vida y hábitos de consumo al tercer mundo que arruinan el medio ambiente (Castro 1992).

La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague entre el 6 y el 12 de marzo de 1995 fue la primera conferencia de Naciones Unidas dedicada específicamente a tópicos del desarrollo social, y resultó en un compromiso al más alto nivel para erradicar la pobreza. La Declaración de Copenhague y el Programa de Acción se sustentan en gran medida en las recomendaciones derivadas de la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo y de la Conferencia sobre Población y Desarrollo.

Los jefes de Estado o de Gobierno participantes, entre ellos el de Cuba, declararon su profundo convencimiento de que el desarrollo económico, el desarrollo social y la protección ambiental son componentes interdependientes que se refuerzan mutuamente con el desarrollo sostenible, y que éste constituye un marco en los esfuerzos para lograr una

mejor calidad de vida de todas las personas. En lo referente a la globalización consideraron que junto a aspectos positivos que ella conlleva (por ejemplo, el desarrollo de las comunicaciones y de tecnologías, y el intercambio de experiencias), el rápido proceso de cambios y ajustes ha estado acompañado por un incremento de la pobreza, el desempleo y la desintegración social, unido a una también globalización de las amenazas para el ser humano. Entre las condiciones que imponen severas amenazas a la salud, a la seguridad, a la paz y al bienestar de las personas se señalan el hambre crónica, la malnutrición, las drogas ilícitas, el crimen organizado, la corrupción, la ocupación extranjera, los conflictos armados, el tráfico ilícito de armas, el terrorismo, la intolerancia y el incitamiento a los odios raciales, étnicos, religiosos y otros, la xenofobia y las enfermedades endémicas, transmisibles y crónicas (World Summit for Social Development 1995).

Entre los acuerdos fundamentales plasmados por los líderes mundiales en la Declaración de esta Conferencia se encuentra el mandato a lograr el acceso universal y equitativo a la atención primaria de salud. Los 10 mandatos establecidos en la Declaración de Copenhague se relacionan en el recuadro 1.7.

Recuadro 1.7

DIEZ MANDATOS ESTABLECIDOS EN LA DECLARACIÓN DE COPENHAGUE

- o Erradicar la pobreza absoluta en una fecha establecida para cada país.
- o Apoyar el pleno empleo como un objetivo político básico.
- o Promover la integración social basada en una mejor valoración y la protección de todos los derechos humanos.
- o Lograr la igualdad y la equidad entre mujeres y hombres.
- o Acelerar el desarrollo de África y de los países menos desarrollados.
- o Garantizar que los programas de ajustes estructurales incluyan metas de desarrollo social.
- o Incrementar los recursos asignados al desarrollo social.
- o Crear un ambiente económico, político, social, cultural y legal que permita a las personas lograr el desarrollo social.
- o Lograr el acceso universal y equitativo a la educación y a la atención primaria de salud.
- o Fortalecer la cooperación para el desarrollo social a través de las Naciones Unidas.

FUENTE: World Summit for Social Development 1995

En su intervención en esta Conferencia Fidel Castro expuso una serie de hechos cuya existencia hace imposible el desarrollo social. Entre ellos se encuentran el crecimiento incesante de la deuda externa de los países menos favorecidos, el continuo robo de cerebros de los países que más los necesitan, la presencia del caos y la anarquía reinantes bajo las ciegas leyes del mercado, y el establecimiento de las sociedades de consumo y despilfarro como modelos para las poblaciones (Castro 1995b).

En la Asamblea General de Naciones Unidas en su quinquagésimo quinto período de sesiones se aprobó la conocida Declaración del Milenio. Los Jefes de Estado y de Gobierno decidieron, en lo tocante al desarrollo y erradicación de la pobreza, reducir para el año 2015 a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de menores de 5 años en dos terceras partes respecto a las tasas actuales, y haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Asimismo, decidieron alentar a la industria farmacéutica a que aumente la disponibilidad de los

medicamentos esenciales y los ponga al alcance de todas las personas que los necesiten en los países en desarrollo (Naciones Unidas 2000b).

Cuba es respetuosa de los acuerdos tomados en las Cumbres y Conferencias mundiales. Por ejemplo, el Gobierno de Cuba, con el apoyo de organismos del Sistema de Naciones Unidas, comenzó a ejecutar algo más de un año después de la Cumbre Mundial de la Infancia en correspondencia con lo acordado y en consonancia con la política de desarrollo que ha venido implementando, un Programa Nacional de Acción que sirve al país como una de sus herramientas estratégicas en el diseño y manejo de sus decisiones de política social y es a la vez un instrumento para la conducción de las acciones y las tareas de seguimiento y evaluación en el cumplimiento de las metas definidas para el mediano y largo plazo. En el Informe Nacional de Seguimiento de la Cumbre Mundial de la Infancia (Cuba 2000) se plasma el cumplimiento de las metas establecidas para el año 2000.

A los efectos de dar cumplimiento a los acuerdos de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, el Gobierno de Cuba aprobó en 1993, a escasamente un año de la Conferencia, el Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo (Cuba 1995) con vistas a dar respuesta a dichos acuerdos, en particular en lo que concierne a elaborar programas nacionales para detener o minimizar los daños que está sufriendo el planeta por la actividad humana en el proceso de desarrollo económico y social.

Asimismo, se ha preocupado por lo relativo a la seguridad alimentaria. En el Informe de Cuba a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después (Cuba 2002a) se señala que el Plan Nacional para la Nutrición ha tenido que ser formulado objetivamente y de acuerdo a las condiciones económicas del país teniendo en cuenta las profundas alteraciones ocurridas en lo que fuera su ámbito regular del comercio y los vínculos económicos internacionales, así como el recrudecimiento de las presiones y obstáculos del bloqueo impuesto por Estados Unidos.

En el sector salud los principales objetivos y metas de este Plan están encaminados a:

- ♦ disminuir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación;
- disminuir la morbilidad por enfermedades infecciosas;
- ♦ consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud y nutrición de la madre y el niño;
- ♦ disminuir las carencias de micronutrientes;
- ♦ evitar pérdidas y deterioros de alimentos destinados al consumo humano por deficiencias higiénico-sanitarias en las distintas fases de la cadena alimentaria, así como prevenir las enfermedades adquiridas por el consumo de alimentos contaminados;
- ♦ perfeccionar el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

□ LOS PROYECTOS

La OPS ha identificado la reducción de las iniquidades en salud como el objetivo principal de su cooperación técnica (Bambas y Casas 2001) y esta estrategia la materializa a través de diversos proyectos. Este organismo ha hecho suya la preocupación compartida por los Gobiernos de la región de mitigar la pobreza, por lo que orienta sus esfuerzos hacia la reducción de las iniquidades en salud (OPS 2001).

La década de los 90 vio surgir, o desarrollar, un buen grupo de proyectos relacionados con la pobreza, la equidad y la

salud que involucran a más de un país. Estos proyectos son de particular importancia para la cuantificación de las desigualdades en salud como vía para valorar iniquidades en salud. En un trabajo para el Banco Mundial (Carr, Gwatkin y Fragueiro 1999) se identificaron 14 proyectos, de ellos 10 en América Latina y el Caribe. Los proyectos, sus patrocinadores, sus principales áreas de estudio y los países involucrados se resumen en el anexo 1.1. De los proyectos considerados, Brasil es el país involucrado con mayor número de estudios.

Issues Panel on Equity in Health es un grupo que se ha constituido bajo la iniciativa de Alan Williams y Raymond Illsley para el estudio de la equidad en salud en el Reino Unido y su objetivo es identificar los diversos aspectos debatibles sobre el tema. Entre los elementos inicialmente considerados se encuentran los siguientes: ¿qué se entiende por equidad?, ¿qué se entiende por salud?, ¿cuáles desigualdades en salud importan más?, ¿cómo deben medirse las desigualdades?, ¿cuáles son las causas de las desigualdades en salud?, ¿cuáles son las principales barreras para reducir las desigualdades en salud en el Reino Unido? (Williams e Illsley s/f).

La reforma del sector salud ha sido un mecanismo que los gobiernos han pretendido utilizar para disminuir las iniquidades en salud en los países. Las Américas a mediados de la pasada década parecía ser la más activa de las regiones de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta a las reformas sanitarias en donde prácticamente todos los países de la región consideraban la posibilidad de implementar alguna iniciativa para reformar sus sistemas de salud, sus políticas, o ambas cosas (Infante 1996). Se declara que el macropropósito de las reformas sanitarias es elevar el nivel de salud de toda la población, aumentar la equidad en la atención médica y mejorar la calidad y la eficiencia de los sistemas y servicios de salud (CEPAL 1995) y la necesidad de superar las iniquidades en salud se considera como uno de los cuatro "principios de principios" en los que se sustenta la reforma (Suárez 1995). Como parte del trabajo de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur se realizó un análisis de las reformas sanitarias en Argentina, Brasil, Uruguay y Colombia (Almeida 2002) de donde puede concluirse que estos procesos han tenido impactos de muy diverso tipo y magnitud en la equidad en salud. Así, se considera (López 1997) que prevalece una situación evidentemente contradictoria en la que, por una parte, las reformas sanitarias persiguen proporcionar servicios de salud a grandes masas de población carentes de estos servicios como consecuencia de las iniquidades existentes, y por otra, las políticas en las que se sustentan estas reformas han sido una continuación de las políticas de ajuste responsables de exacerbar las iniquidades sociales en la región.

El problema de la equidad en salud ha sido también objeto de preocupación por las máximas autoridades en salud de los países. En este sentido, entre otros hechos, los Ministros y Ministras de Salud de Iberoamérica se reunieron en La Habana en octubre de 2001 teniendo como eje central del debate "Los sistemas de salud y la equidad en el nuevo milenio". Señalaron que una política macroeconómica adecuada y solidaria constituye uno de los fines fundamentales para promover la equidad, resaltando el papel del Estado en la obtención de la equidad social. Asimismo, los Ministros y Ministras de Salud iberoamericanos señalaron que la equidad es un factor esencial en la accesibilidad a los servicios de salud y expresaron la prioridad de incrementar la eficiencia y efectividad con equidad, planteando nuevas fórmulas que aseguren los servicios de salud a la población más pobre (Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica 2001).

1.4 DIVERSOS VÍNCULOS ENTRE LA SALUD, LA EQUIDAD Y OTROS TEMAS RELACIONADOS

Numerosos temas se relacionan con la equidad y la salud: justicia, desarrollo, libertad, eficiencia, reformas del sector salud, derechos humanos, violencia, ética y bioética, por tan sólo citar algunos de ellos, y en muchas ocasiones estos aspectos transitan por una interrelación entre sí, al tiempo que se vinculan con la equidad en salud. Dado el propósito del presente documento nos limitaremos al examen de sólo algunas de estas relaciones.

Salud y condiciones de vida

Los problemas de salud tienen su origen en la interrelación entre las condiciones de vida de la población, las acciones de salud y el bienestar. Se entiende por condiciones de vida el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad; es decir, en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que desarrolla, y además en las relaciones de poder que caracterizan su organización política (Castellanos

1992) , comprendiendo los procesos correspondientes a las cuatro grandes dimensiones del campo de la salud: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención de salud (Lalonde 1988).

La sociedad debe garantizar a sus miembros las mismas oportunidades para disfrutar de buena salud; no obstante, subyace bajo esta premisa de sentido común un laberinto de aspectos complejos relacionados con la multidimensionalidad del concepto de salud, su constitución sociobiológica y la limitación de los conocimientos acerca de los factores que influyen en la distribución del estado de salud en la población y entre las poblaciones (Peter y Evans 2002).

Se ha señalado que en la región de las Américas la iniquidad en salud se agrava por la prolongada crisis económica y las políticas de ajuste macroeconómico, y se enfrenta a un deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, a un aumento de los riesgos para la salud y a la reducción de los recursos para hacerle frente. Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida, y las complejas y agobiantes desigualdades de tipo económica, ambiental, social, política, cultural - así como las relativas a cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud - tienden a acentuarse (OPS 1996a).

Visto así, las iniquidades en salud expresan desigualdades en las condiciones de vida y, en consecuencia en las necesidades de salud, las que no son enfrentadas con suficiente eficacia; de modo que cualquier mejora de la salud debe basarse necesariamente en condiciones o prerrequisitos tales como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, entre otros aspectos (OMS 1986).

Promoción de salud

A tono con la voluntad de que el individuo o grupo social sea capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente, la promoción de salud viene a proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorarla y ejercer un mayor control sobre la misma (OMS 1986). Conseguir la salud para todos implica el desafío de reducir las desigualdades, incrementar la prevención y favorecer el afrontamiento a través de mecanismos de autocuidado y de las decisiones propias del individuo en beneficio de su salud, la ayuda mutua, el

respaldo social y la creación de entornos sanos o ambientes saludables. Como base para la acción y en respuesta a los desafíos a que se enfrenta la salud, existen tres estrategias que proporcionan una dirección clara: favorecer la participación de la población, fortalecer los servicios de salud comunitarios y coordinar las políticas saludables (Jake 1986).

Por su parte, la obtención de beneficios económicos a través de la promoción de salud en algunos países ha producido algunos efectos adversos al ofertarse como un paquete atractivo y vendible para añadirse a la vida de los consumidores, o como una técnica cada vez más comercial para que los inversionistas conserven sus rentas y aumenten sus ganancias, por lo que es imprescindible que el proceso de toma de decisiones en promoción de salud se oriente tanto al campo público como colectivo, enraizando la salud en políticas y programas capaces de salvaguardar las condiciones sociales y de otro tipo que favorecen su conservación (Milio 1996).

Las políticas públicas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables deben ser incentivadas, en tanto armonizados los mecanismos de concertación y negociación entre los sectores sociales e instituciones para llevar a cabo acciones de promoción de salud con miras a avanzar hacia el logro del bienestar, propiciar la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil y fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan sus vidas y optar por estilos de vida saludables (OPS y Ministerio de Salud de Colombia 1992; OPS 2001).

El cumplimiento del compromiso de la Región de las Américas de fortalecer la planificación para la acción, asumido cuando los países firmaron la Declaración de México en el año 2000, requiere que la promoción de salud ocupe un lugar destacado en las agendas políticas. Los principios de la promoción de la salud esbozados en la Carta de Ottawa y las conclusiones y acuerdos alcanzados en las posteriores conferencias internacionales constituyen en la actualidad su marco conceptual, y sus postulados básicos comprenden el uso combinado de la teoría y los métodos de la información, la comunicación y la educación, hacer que participen todos los interesados en las decisiones, definir las prioridades y determinar la utilización de los recursos así como abogar para que los diversos programas de salud tengan en cuenta los factores que repercuten en la salud, el desarrollo humano y la equidad (OPS 2002).

Género y equidad en salud

Se ha subrayado (Gómez 1993) la existencia de dos paradojas con relación a las diferencias por sexos en materia de salud: la primera se refiere al hecho de que las mujeres, pese a gozar de una mayor esperanza de vida que los hombres, muestran mayores índices de morbilidad; la segunda, el contraste que se observa entre el predominio numérico de las mujeres en el sector salud y su exigua representación en los niveles altos de decisión, prestigio y remuneración. Ello ha sugerido que el foco para el análisis sea puesto en la detección y examen de aquellas asimetrías existentes entre los sexos que representan desventaja o discriminación en contra de la mujer, tanto para los aspectos de la situación de salud como de la provisión de los servicios.

Se entiende como género la “construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres” (Gómez 1993). Además de las

diferencias en las necesidades de salud derivadas de la biología específica para cada sexo existen desigualdades de género en los resultados de salud, en el acceso a la asistencia, en su utilización, en el financiamiento de los servicios, en la distribución de las responsabilidades y en el poder en la gestión de la salud por encima de los factores determinantes (OPS 1999); de modo que las desigualdades entre ambos sexos constituyen un reflejo de las diferencias en la carga de adversidades por los roles sociales de mujeres y hombres y de su relativa ubicación en función del acceso.

Las desigualdades de género existen en la mayoría de los países del mundo - aunque no como un fenómeno homogéneo - y se materializa en una colección de problemas interrelacionados que se ilustran en diversos tipos de disparidades tales como la mortalidad, la natalidad, los servicios básicos, las oportunidades especiales y las profesiones, entre otras (Sen 2001). Luego, el surgimiento de la categoría de género ha permitido enriquecer no sólo el análisis de la mujer con respecto al hombre sino la elaboración de estrategias para un desarrollo centrado en lo humano, con relaciones de equidad (Gómez 1993). En este sentido, Artilles (2001) ha resaltado la necesidad de desarrollar indicadores con perspectiva de género que permitan medir la eficacia de los servicios y monitorear los determinantes en los niveles de salud, para lo cual resulta indispensable perfeccionar las formas de obtener la información con este enfoque.

A partir del reconocimiento de las diferencias derivadas de la biología y de la posición social de hombres y mujeres emerge el concepto de “intervenciones especiales”, guiadas por el principio de eliminación o reducción de la discriminación en contra de la mujer, tomando en consideración que el alcance de una situación equitativa entre hombres y mujeres debe considerar las diferencias de sexo-género cuando éstas son relevantes, de modo que no entrañen una desvalorización para ningún grupo. En consecuencia, la base conceptual sobre la que descansa la noción de los programas especiales dirigidos a la mujer no es otra que el principio de la equidad, contribuyendo así a la corrección de una discriminación largamente tolerada en un proceso de valoración de todos los miembros de la sociedad (Gómez 1993).

Hasta fecha reciente se había prestado escasa atención al impacto de género en la salud de los hombres, aunque este hecho actualmente se ha ido modificando. Los estudios de género enfocados al ámbito de la equidad y salud requieren ir más allá de las consideraciones sobre la condición social desfavorecida de las mujeres y de los daños a su salud para abarcar también dimensiones culturales, subjetivas y relacionales contenidas en la dimensión de género y explorar sus posibilidades y consecuencias para el bienestar de hombres y de mujeres (Szasz 1999).

La existencia de desigualdades evitables entre la mujer y el hombre obedecen menos a diferencias biológicas de sexo que a riesgos y oportunidades ligados a construcciones sociales de género. La mayor longevidad o la mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres no puede tomarse como expresión de mejor salud o de privilegio en el acceso a la atención. Un análisis adecuado de las diferencias de género en cuanto a necesidades y a acceso y control sobre los recursos apropiados para satisfacerlas, es condición indispensable para la comprensión de la situación de salud y para el logro amplio de la equidad (OPS 2002).

Etnicidad y equidad en salud

La etnicidad se describe (Torres 2001) como el conjunto de relaciones intergrupales dentro de un orden social y una forma de conciencia cambiante en el tiempo, construido a partir de compartir mitos, ancestros, orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje y rasgos físicos, entre otros elementos. Aunque este tema se ha mantenido en la agenda política regional los conceptos de raza y etnia ocupan todavía espacios muy restringidos en la investigación sobre desigualdades y salud, existiendo la tendencia a no ser considerada como variable de importancia en la construcción de modelos sobre desigualdades⁶ - reflejo de ciertas ideologías nacionales y del mito de la democracia racial - además de existir dificultades para operacionalizar tales conceptos (Córdova 2001).

Si bien no existen pruebas de que las variaciones en el fenotipo de las personas sean suficientes para preconfigurar diferencias mayores entre los seres humanos en términos de salud y acceso a los servicios, es la discriminación racial - como factor social - la que interviene en la constitución de diferenciales de salud entre los individuos con una posición de mayor vulnerabilidad, al tiempo que se traduce en dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, falta de información adecuada para la toma de decisiones o a través de mecanismos indirectos como los estilos de vida, lugar de residencia, tipo de ocupación y nivel de ingresos (OPS 2002), lo que a su vez genera situaciones que van desde el miedo hasta desconfianza, rabia y frustración, comprometiendo así la calidad y credibilidad de los servicios (Coimbra 1999).

El no reconocimiento de la igualdad de oportunidades hacia los grupos étnicos de un país implica quitar visibilidad a estos sectores poblacionales y generar iniquidades. Así, la adopción de la variable de “etnia/raza” para analizar las diferencias entre los distintos grupos sociales puede resultar de utilidad para que los programas y políticas de lucha contra la pobreza resulten en un mayor impacto (OPS 2002).

Aun cuando existen países de la región que han formulado marcos legislativos reconociendo la multi-etnia y la pluriculturalidad todavía falta mucho por avanzar, y hay multitud de países que ni siquiera reconocen, por ejemplo, a las poblaciones negras o que implementan políticas públicas generales que no atienden las diferencias de etnia o de raza, lo que engendra más pobreza e impide el acceso de estas poblaciones a la salud y a los sistemas de salud. La perspectiva de establecer políticas públicas diferenciadas por regiones o por etnias puede evitar conflictos, y en la medida en que estos grupos sean visibles en las políticas públicas, se posibilita la convivencia, pero sobretudo, el goce de los derechos sociales, económicos y culturales que eviten los espacios de iniquidad (Córdova 2001).

Educación y equidad en salud

La educación es la llave maestra que permite incidir conjuntamente sobre la equidad, el desarrollo y la ciudadanía. La provisión de educación básica y el desarrollo de aptitudes son de real importancia a nivel individual como medio para transmitir a la población información sobre la salud, y a nivel general para brindar conocimientos que ayuden a esa población a modificar situaciones de salud (Rodríguez-García y Goldman 1996). El nivel de educación de un país es

⁶ Recientemente ha comenzado a ser considerado en América Latina y el Caribe (OPS 2002)

considerado como una inversión acumulada que revierte beneficios en salud a largo plazo, mientras que los efectos del deterioro del nivel de instrucción de una sociedad a consecuencia de la privación económica se perciben de forma lenta en el tiempo. Así, variables como la edad de embarazo en la mujer, la paridad y el espaciamiento de los hijos parecen estar más relacionados con el nivel de instrucción de la madre que con cambios inmediatos de la situación económica (Gómez 1993).

Los efectos positivos de la educación son observados tanto en hombres como en mujeres, al facilitar más y mejores oportunidades laborales. Esto resulta particularmente ventajoso para las madres - en relación con la salud de los niños - aún antes del nacimiento, observándose que las mujeres con grados más altos de educación tardan en casarse y tienen hijos más tarde, a la vez que utilizan más los servicios de cuidados prenatales y solicitan atención durante el parto con mayor frecuencia. A su vez, sus hijos viven en hogares más higiénicos, se alimentan mejor, tienen al día el programa de vacunación y reciben la atención médica apropiada (OPS 1998).

En este sentido, se reconoce la necesidad de poner en marcha políticas orientadas a promover una mejor distribución de las capacidades, conocimientos y destrezas, mediante un sistema educativo accesible, de calidad y de conjunto con la población (Ocampo 2001) en tanto se dirijan las metas de los países latinoamericanos hacia el logro de modelos educativos sin exclusiones de raza, sexo, discapacidad física o mental, situación económica o localización geográfica en una combinación de elementos físicos, culturales, emocionales y sociales definidas (OPS 1998).

Pobreza

La relación entre pobreza, salud y equidad ha sido analizada desde diferentes perspectivas en el transcurso del último siglo. Pocos se atreven a desconocer las diferencias que existen en los niveles de salud entre países de bajos ingresos y países ricos (Persesen 1999) en un mundo que se caracteriza por una gran pobreza en medio de la abundancia. En los últimos 30 años, los niveles de vida a nivel mundial

- en términos de consumos per cápita - se elevaron y verdaderos adelantos en indicadores sociales como promedio han acompañado al crecimiento de los ingresos; sin embargo, grandes disparidades

regionales, nacionales y locales todavía persisten, mientras la pobreza tiende a un crecimiento rápido con mayor énfasis en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo (Banco Mundial 2001; ¿Qué es la pobreza? <http://monografias.com/trabajos10/pobrez/pobrez.shtml>).

La evolución de la pobreza ha sido heterogénea en la región de las Américas, y en la mayoría de los países es superior a los niveles vigentes antes de la crisis de la deuda. Durante la segunda mitad de los años noventa la mayoría de los países centroamericanos evidenciaron un crecimiento económico, y varios han logrado avanzar en la reducción de la pobreza por la canalización de transferencias monetarias desde el sector público hacia los sectores menos favorecidos de la población y al freno de los procesos hiperinflacionarios - apoyados en algunos casos por el incremento del salario mínimo - (Ocampo 2001) mientras que otros no lo han logrado. En la década de los 90 en América Latina el número de personas pobres aumentó cerca de 11 millones, y se esperaba que en el período 2000-2002 la cifra de pobres en la región aumentaría en 15 millones, hecho que señala un sensible deterioro del panorama social de la región (CEPAL 2002).

Aunque se han logrado progresos en la medición y análisis de la pobreza desde el punto de vista del consumo y el ingreso, se requiere de más esfuerzos para investigar y estudiar sus otras dimensiones, a saber, indicadores sociales, de vulnerabilidad y riesgo y de acceso socio-político (¿Qué es la pobreza? <http://monografias.com/trabajos10/pobrez/pobrez.shtml>; Banco Mundial 2001).

De acuerdo a la información brindada por la OPS (1996a) los países de las Américas manifiestan una paradójica relación inversa entre aspectos importantes de los determinantes de la salud - y del propio estado de salud de la población - y los niveles de riqueza. Se observa que en tanto mayor es la pobreza de los países considerados, menor es el gasto per cápita por concepto de salud, menor es el número de médicos por habitantes, menor es la cifra de mujeres que reciben atención prenatal y menor es la magnitud de partos atendidos por personal capacitado. A su vez, la mortalidad infantil y otros indicadores del estado de salud de la población tienden a aumentar mientras mayor es el nivel de pobreza de los países. Otros autores sostienen que la disponibilidad de una atención médica de óptima calidad tiende a variar en proporción inversa a la necesidad que tiene la población que la recibe (Gwatkin 2001). Se puede afirmar que en la mayoría de los países la pobreza y la mala situación de salud se hace cada vez más evidente (Paganini 2000). La salud contribuye a aliviar la pobreza mediante el aumento del desarrollo económico, pero en la medida en que la pobreza sea vista no sólo en términos económicos reduccionistas, el mejoramiento de la salud contribuirá directamente y por derecho propio a la reducción de la pobreza (Alleyne 2000; Wagstaff 2000).

En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1966, Fidel Castro (1996) subrayó: “el hambre, inseparable compañera de los pobres, es hija de la desigual distribución de las riquezas de este mundo”

y añadió: “son el capitalismo, el neoliberalismo, las leyes de un mercado salvaje, la deuda externa, el subdesarrollo y el intercambio desigual los que matan a tantas personas en el mundo”. Fidel Castro (1999) asimismo apuntó: “El huracán permanente de la pobreza y el subdesarrollo mata cada año decenas de miles de centroamericanos cuyos cadáveres no aparecen en las imágenes de la televisión flotando en las aguas o envueltos en el lodo, conmoviendo al mundo. Son enterrados en silencio por sus familiares sin que nadie se entere. El problema ahora no es sólo llorar por los que han muerto, sino ocuparnos de salvar a aquellos que silenciosamente mueren cada año”. En este contexto, el sector de la salud puede hacer mucho para revertir tal situación mediante la aplicación de políticas activas que protejan selectivamente a la población, compensen otras iniquidades y, consecuentemente, que los sistemas de salud consigan remover los mecanismos de exclusión o de asignación inequitativa de recursos (OPS 2002).

Genética humana y equidad en salud

En el contexto mundial actual, a las iniquidades ya existentes en el acceso a los beneficios del saber médico se suman otras como resultado de las injusticias imperantes; tal es el caso de la genética humana. Ella puede contribuir al bienestar de las personas mediante la prevención y el tratamiento de dolencias que causan sufrimiento, discapacidad y muerte; pero también puede ser empleada de manera que ocasiona mayores perjuicios que beneficios.

Existen evidencias actuales sobre el uso de información genética de individuos o familias para restringir o encarecer su cobertura de salud, y sobre la realización compulsiva de exámenes genéticos por parte de empleadores para detectar posibles predisposiciones genéticas de sus empleados, lo que puede llevar a la pérdida del trabajo o a la negación de beneficios de salud, siendo común que los servicios de genética no sean equitativos, accesibles ni acordes a la necesidad debido a barreras socioeconómicas, culturales y lingüísticas que se interponen con frecuencia (Penchaszadeh 2001).

Globalización

En el contexto del examen de la equidad en salud no es posible pasar por alto su vinculación con la globalización y sus efectos. Por globalización se considera un conjunto de transformaciones en el ámbito del sistema capitalista mundial que se expresa no solamente en el nivel económico sino también en el político y el ideológico (Nervi 1999) y que implica la transferencia de capital, mercancías, personas, conceptos, imágenes, ideas y valores a través de las fronteras. El crecimiento que sugiere la globalización entre las economías nacionales, lejos de contribuir a la plena integración de todas las naciones, ha determinado una creciente diferenciación económica y política entre los Estados creando una jerarquía internacional de la riqueza y el poder que reducen las posibilidades de las naciones subdesarrolladas para insertarse adecuadamente en la economía mundial (CIEM 2000). En este nuevo mundo de flagrante polarización en la distribución de la riqueza y las oportunidades, el 20% más pobre de la humanidad se beneficia de menos del 1% de la riqueza, del comercio y de la inversión externa directa, mientras que el 20% más rico se apropia del 86% del producto económico global, disparidad que en términos del acceso o uso de los medios de información y comunicación es aún mayor, ya que el sector más pobre utiliza tan sólo el 1,5% de las líneas telefónicas y el 0,2% de Internet (OPS 2000).

La globalización ha provocado impactos simultáneos en cuanto a la equidad y su relación con la salud, a saber: el

impacto epidemiológico, el impacto que el comercio y la producción global tienen sobre la salud; el impacto sobre la gobernabilidad en materia sanitaria acerca de qué mecanismos e instituciones deben establecerse o reforzarse para que se pueda dar una regulación más adecuada a nivel global sobre los factores que afectan a la salud; el impacto sobre la información y las comunicaciones y el impacto sobre las finanzas por los cambios que se producen en los mercados globales financieros para la salud (Lee 2000).

Para que el tema de la salud reciba un tratamiento adecuado - en este contexto de intenso intercambio comercial - debe existir un abordaje común desde las etapas iniciales del proceso de negociación, no sólo desde el ámbito de las organizaciones internacionales sectoriales, sino a través de un enfoque multidisciplinario y multisectorial de los problemas de salud. En este nuevo escenario creado por la globalización y la integración, en aras de optimizar los beneficios a lo largo del proceso, se requiere que el sector de la salud concilie su objetivo final, la protección de la salud de la población, con las demandas generadas por la producción y el comercio de bienes y servicios de salud en el plano nacional e internacional (OPS 2002).

ANEXO 1.1			
PROYECTOS VINCULADOS AL ESTUDIO DE LA POBREZA Y LA EQUIDAD EN SALUD			
PROYECTO ^(a)	PATROCINADORES ^(b)	AREAS DE ESTUDIO	PAISES PARTICIPANTES
▪ Initiative on Equity in Health and Health Care	OMS, SIDA	Políticas relacionadas con la equidad en salud y la atención en salud.	Lituania, Sri Lanka, Zimbabwe
▪ Global Health Equity Initiative	FR, SIDA	Análisis en los países y estudios conceptuales. Los estudios analizan tópicos tales como la equidad en salud y en la atención médica, las políticas que han incrementado o reducido la equidad y los contextos políticos en tanto afectan la equidad en salud. Los estudios conceptuales comprenden aspectos tales como ética médica, género, determinantes sociales, financiamiento de la atención médica, globalización y políticas.	Bangladesh, Chile, China, Japón, Kenya, México, Rusia, Sudáfrica, Suecia, Tanzania, Reino Unido, Estados Unidos, Viet Nam
▪ Comparative Study of the Health of Poor and Non-Poor Population Groups	Gobierno de Noruega, BM	Establecimiento de diferencias relacionadas con la situación de salud, uso de los servicios de salud y otros indicadores sociales entre los pobres y los no pobres.	(Entre 40 y 50 países)
▪ Equity in Health in Latin America and the Caribbean (EquiLAC)	BM (con el apoyo de los Gobiernos Danés y Español)	Equidad de los sistemas de salud en países de América Latina y El Caribe en términos de necesidades de salud, acceso y utilización de los servicios de salud y patrones de gasto y financiamiento. Los resultados se basan en encuestas de hogares.	Brasil, Ecuador, Jamaica, México, Argentina, Chile, Colombia, Rep. Dominicana, El Salvador, Perú y Venezuela
▪ Country Studies on Equity and Health	USAID	- Fase 1: Distribución de la enfermedad autoreportada, utilización de los servicios de salud y gasto por quintiles de ingreso y/o área rural-urbana. - Fase 2: Profundización de Fase 1 y análisis de la incidencia del financiamiento de los servicios de salud	- Fase 1: Kazajstán, Kirguiztán, Sudáfrica, Tailandia, Paraguay, Guatemala, Burkina Faso, Zambia - Fase 2: Sudáfrica, Guatemala
▪ Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET)	IDRC	Políticas y actividades relacionadas con la equidad y salud en el Africa Meridional. Se trabaja en tres proyectos: asignación de recursos y equidad con foco en el análisis por áreas geográficas; descentralización, gobernabilidad y participación pública en los sistemas de salud; monitoreo de la equidad en salud mediante bases de datos continuas.	Países de la Comunidad de Desarrollo del África Meridional (Southern Africa Development Community)
▪ Investments in Health Equity and Poverty Project (IHEP)	OPS, PNUD	Pobreza y distribución del ingreso en América Latina y estudios de casos en países.	Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Perú

• Comparative Studies on Health Sector Reform	Gobierno de Noruega, OMS	Relaciones entre determinantes sociales, estado de salud y políticas de salud.	Filipinas, Sri Lanka, Zimbabue, Kenya, Botswana, Jamaica, San Vicente, Tanzania, Uganda, Chile, Perú, Colombia, RPD Lao, Bangladesh, Brasil, Tailandia, Indonesia
• Network for Health Systems and Services Research in the Southern Cone/Program on Equity-Oriented Health Policy Analysis in Latin America	IDRC	Reforma del sector salud y equidad.	Argentina, Brasil, Colombia, Uruguay
• Country Information Sheets on Health, Nutrition, Population and Poverty	BM	Diferencias entre pobres y ricos con respecto a salud, nutrición y población para 48 países basada en encuestas de hogares realizadas por el programa de Encuestas Demográficas y de Salud.	Bolivia, Chad, India, Costa de Marfil, Malawi, Marruecos, Filipinas, Tanzania, Viet Nam ⁷³
• Project on Managing and Financing Health to Reduce the Impact of Poverty in the Caribbean Region	OPS, PNUD	Impacto de las reformas de salud sobre la reducción de la pobreza en el Caribe. Su principal objetivo es desarrollar políticas e identificar las mejores prácticas para administrar y financiar la atención de salud protegiendo la salud de los pobres.	Bahamas, Belice, Canadá, Guyana, Trinidad-Tobago, Antigua, Barbados, Jamaica, Surinam, Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Perú
• ECuity Project	Comisión Europea, gobiernos nacionales, fundaciones	Equidad en el financiamiento de la atención de salud y en el servicio de atención médica: y desigualdades en salud en los países de la Unión Europea y Estados Unidos.	Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Alemania, Irlanda, Italia, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Gran Bretaña, Estados Unidos
• West Africa Equity Initiative	USAID, UNICEF	Estrategias que los Ministerios de Salud Pública puedan implementar para proteger el acceso de los pobres y grupos vulnerables a servicios médicos de calidad.	Benin, Burkina Faso, Guinea, Mali
• Poverty, Equity and Health in Developing Countries	BM	Desigualdades en salud, pobreza, desigualdad en el acceso y utilización de la atención en salud, financiamiento de la atención médica.	(Selección de países de la mayor parte de las regiones del BM)

FUENTE: Carr, Gwatkin y Fragaire 1999

(a) Se respetan los títulos de los proyectos en el idioma en que están dados en el documento.

(b)

BM	: Banco Mundial
FR	: Fundación Rockefeller
IDRC	: International Development Research Centre (Canada)
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PNUD	: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	: Swedish International Development Agency
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	: U.S. Agency for International Development

La situación social en general, y en salud en particular, de Cuba en 1958 eran típicas de un país subdesarrollado. La desocupación alcanzaba a casi la tercera parte de la población económicamente activa; el analfabetismo, según datos del Censo de Población y Viviendas de 1953, era cercano a una cuarta parte de la población, y sólo algo más de la mitad de los niños entre 6 y 14 años estaban matriculados en la escuela. Igualmente, deteriorada estaba la situación de la vivienda, la seguridad social y la situación en las zonas rurales, inmersa estas realidades en una estructura económica deformada con una economía en manos de los Estados Unidos en función de sus intereses y desatendiendo las reales necesidades del país (CIEM 1983). Respecto a los valores actuales prevalecían altas cifras de mortalidad infantil, baja esperanza de vida al nacer⁷ y una alta incidencia de enfermedades transmisibles⁸.

La organización de los servicios de salud en el nivel primario de atención, pilar fundamental para el desarrollo de las actividades de promoción de salud y la prevención de enfermedades, exhibía muy poco desarrollo. Básicamente se sustentaba en las llamadas “casas de socorro” y en cuerpos de guardias de los hospitales, a los que se les agregaron dispensarios - principalmente de enfermedades venéreas y tuberculosis - que se concentraban en las capitales de los territorios. Estas instituciones se limitaban a la asistencia curativa, a la par de ser insuficientes y mal dotadas. Aproximadamente un 20% de la población del país recibía servicios de

⁷Para el período 1955-1959 la mortalidad infantil era de 58 por mil niños nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer de 62.1 años (CEDEM et al 1995a).

⁸Según encuesta realizada en 1957 por la Asociación Católica Universitaria el 14% había padecido de tuberculosis, el 31% de paludismo y el 36% se encontraba parasitado (CIEM1983)

instituciones de tipo mutualistas, mientras que el sistema de consultas médicas privadas estaba determinado por las leyes de la oferta y la demanda (Ramírez y Mesa 2002).

El país contaba con 6511 médicos de los cuales 4615 (70.9%) se ubicaban en las ciudades capitales de las antiguas 6 provincias del país. La mayor concentración se localizaba en la Ciudad de La Habana - el 58.5% del total de estos profesionales - mientras que sólo mil médicos en todo el territorio nacional trabajaban en el sector estatal, una ínfima parte de los cuales laboraba en zonas apartadas y en su mayoría dedicados al ejercicio privado de la medicina (s/a 1958). A ello se unía el escaso número de instituciones de salud que no ascendían ni a 400 unidades médicas en 1958, con una dotación de unas 32500 camas para la asistencia médica y social (Comité Estatal de Estadísticas 1982) lo que imposibilitaba el acceso a los servicios básicos y por tanto impedía enfrentar los males que afectaban al país.

De los escasos institutos de investigación existentes durante el período de la república burguesa, al triunfo revolucionario sólo se mantenía en activo el Instituto de Medicina Tropical (Delgado 1996a), que entonces pertenecía a la Facultad de Medicina de La Universidad de la Habana. Por su parte, las sociedades científicas que existían no pudieron sustraerse a la influencia que sobre

ellas ejercían los miembros de sus juntas de gobierno procedentes en su inmensa mayoría de la alta burguesía nacional y cayeron, primero, en el ostracismo y como consecuencia de éste, en el cierre de sus puertas más tarde (Delgado 1996b). Los servicios de epidemiología funcionaban a nivel de los municipios a través de una jefatura local de sanidad encargada de la recolección de información de algunas enfermedades transmisibles y la participación en campañas de vacunación frente a las situaciones epidémicas que con frecuencia se presentaban, existiendo un cuerpo de inspectores que ejecutaban acciones muy limitadas y con un alto grado de corrupción (Recio 1955). El control higiénico-sanitario era pobre y se acompañaba de un amplio subregistro, característico de esa época en las estadísticas de morbilidad y en menor grado en las de mortalidad (Martínez 1955).

El año 1959 marcó un punto de partida para la completa transformación en la vida de la población cubana. Tras el triunfo de la Revolución, junto a la prácticamente total eliminación del analfabetismo, se instituyó la enseñanza gratuita sin distinción de color de la piel, religión o género, se integraron los conceptos y hábitos saludables a toda la población infantil en la educación regular y fueron construidas numerosas escuelas en el campo para los niveles secundario y preuniversitario, en las cuales los escolares reciben alimentación, vestuario, material escolar y transportación de manera gratuita. La consistente voluntad política de elevar las condiciones de vida y los niveles de educación, así como de proveer servicios de salud de calidad trajo consigo cambios significativos en el estado de salud de la población.

Las bases jurídicas que traducían el pensar revolucionario sobre la nueva salud pública cubana se fueron estableciendo desde los años iniciales del proceso revolucionario. En el propio año 1959 se dictó el Decreto Ministerial No. 709 para la reducción del precio de las medicinas, y la Ley No. 100 para hacer accesible la

asistencia médica calificada a los campesinos de las zonas más apartadas del país; se dispuso el carácter gratuito para todos los servicios de salud mediante el Decreto Ministerial No. 4 de 1960, y se estableció por la Ley No. 905 de 1960 la subordinación al Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria de todos los servicios hospitalarios y de sanidad pública de los municipios. En ese mismo año se constituyó el Ministerio de Salud Pública de Cuba por la Ley No. 717 como órgano encargado del estudio de los problemas de salud del pueblo, el que paulatinamente asume la responsabilidad y rectoría de todas las actividades de salud en el país en acciones de promoción de salud, prevención, atención médica, asistencia social y rehabilitación; producción, distribución y venta de medicamentos, distribución de equipos y efectos médicos y terapia mineromedicinal, algunas de ellas previamente pertenecientes a otras entidades.



En 1961 se decretó la Ley No. 959 con vistas a que las instituciones públicas, privadas y mutualistas de la salud fueran adscritas a un sistema nacional de salud único e integral, con un carácter totalmente público, regionalizado y descentralizado de sus acciones y apoyado en principios rectores de la política de salud del Gobierno cubano (Delgado 1996b), prohibiéndose además, por Resolución Ministerial de 1962, el cobro de honorarios profesionales por servicios brindados a los trabajadores en caso de accidente o enfermedad. La integración de todas las unidades conformó una red de instituciones agrupadas en tres niveles de atención - primario, secundario y terciario - coordinadas entre sí y amparadas en la ley del derecho a su uso, sin distinción alguna de persona y de manera gratuita.

El aumento de la cobertura, de la accesibilidad y de la participación social fueron las primeras acciones que acometió el Sistema Nacional de Salud, mediante el incremento del número de consultas en las instituciones existentes y, más tarde, mediante la habilitación de nuevos locales para ofertar consultas y servicios de laboratorios (Ramírez y Mesa 2002). El mayor énfasis fue puesto en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad las que fueron garantizadas, entre otras formas, a través del incremento en la formación de los recursos humanos (médicos, estomatólogos, enfermeros y técnicos) que se distribuyeron desde un inicio por todo el país ocupando las áreas más alejadas y desprotegidas, sobre todo la rural, y con un adecuado nivel de especialización y de desarrollo científico-técnico de los servicios. Lo anterior se acompañó de la promulgación en 1960 de la Ley No. 723 para la creación del Servicio Médico Social Rural que materializó que la población contara con médicos, incluso en lugares tan recónditos donde ni siquiera habían conocido de su presencia con anterioridad, a pesar de la reducción a la mitad del número de estos profesionales ocurrida a mediados de la década de los 60 como consecuencia de la emigración hacia los Estados Unidos, y de haber quedado sólo 16 profesores en la única Facultad de Medicina existente en todo el país (Meza 1999). A partir de la primera graduación de médicos y estomatólogos celebrada en el Pico Turquino en 1965, los graduados renunciaron voluntariamente a la práctica privada de la Medicina para ejercerla en servicios estatales.

Los principios que rigen la salud pública en Cuba se presentan en el recuadro 2.1. El modo práctico en que ha operado el sistema de salud en Cuba ha conducido a cambios en el desarrollo paulatino de la atención médica. La distribución de las instituciones hospitalarias se amplió a los niveles de hospitales rurales y postas médicas, el número de hospitales se incrementó a la cifra de 267 en el

2001 y el total de camas para la asistencia médica y social a 70927 (6.3 camas por 1000 habitantes) en el propio año 2001. Asimismo fueron creadas o ampliadas 55 unidades de cuidados intensivos en hospitales

Recuadro 2.1
PRINCIPIOS DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA:

- 1) El carácter estatal y social de la medicina
- 2) La accesibilidad y gratuidad de los servicios
- 3) La orientación profiláctica
- 4) La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica
- 5) La participación de la comunidad
- 6) La colaboración internacional

Fuente: Martínez (1968)

clínico-quirúrgicos y 34 en hospitales pediátricos distribuidos en todo el territorio nacional (MINSAP 2002a).

Con el surgimiento del policlínico integral en 1964 se introdujeron los conceptos relativos a la medicina integral con carácter preventivo-curativo en el sistema de salud (MINSAP 1966b; Delgado 1996c), lo cual fue seguido de la división poblacional en Áreas de Salud para desarrollar los programas básicos de salud (MINSAP 1966a; MINSAP 1978) y del modelo de la medicina en la comunidad con la creación del policlínico docente, hasta llegar al modelo actual del médico y enfermera de la familia. Se ha seguido, por tanto, una trayectoria ascendente con búsqueda permanente de mayores niveles de salud, donde la respuesta del sector es satisfacer la demanda continua de mayor calidad y la necesidad permanente de abaratar los costos de operaciones (MINSAP 2001a) y de buscar una mejor cobertura, accesibilidad y equidad en salud.

Este modelo proporcionó en el 2001 una cobertura de 30726 médicos y 44864 enfermeras ascendente a 59.1 médicos y 75.0 enfermeras por 10000 habitantes. El 99.1% de la población total

- cifra que alcanza el 100% en 10 de las 14 provincias del país - es atendida por el médico y la enfermera de la familia (MINSAP 2002a) con un alto grado de preparación ética, solidaria y científica, lo que refuerza su influencia en las modificaciones de los problemas que afectan al individuo en su medio físico y social. Esto permite dar respuesta al 90% de los problemas de salud de la población cubana (Ramírez y Mesa 2002). Por su parte, se reafirma el papel del Policlínico en la planificación, organización, dirección y control de la labor que se ejecuta en el nivel primario de atención, convirtiéndose en parte integral de la Facultad de Ciencias Médicas para que el profesional pueda comprender, integrar, coordinar y administrar el cuidado de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

Asimismo, la integralidad y continuidad en el modelo cubano actual de salud pública se ha ido superando tanto en los aspectos de la atención primaria como de la hospitalaria y en su relación entre ellas, sin olvidar la necesaria participación social donde los seres humanos y las familias son sujetos y objetos del sistema de salud (Martínez 1968), donde la atención se dirige a las personas, a la familia y a la comunidad en el medio social en que vive, trabaja, estudia y realiza sus actividades de la vida diaria, siendo la promoción de la salud consustancial a la esencia de la actuación de estos profesionales complementado por la comunidad en el apoyo y en la dirección de las acciones de salud.

Para asegurar el ambicioso programa de formación de recursos humanos el Sistema de Salud partió de recursos con bajo nivel escolar hasta llegar actualmente a las 21 Facultades de Ciencias Médicas con que cuenta el país y 12 institutos de investigaciones que dan respuesta al desarrollo

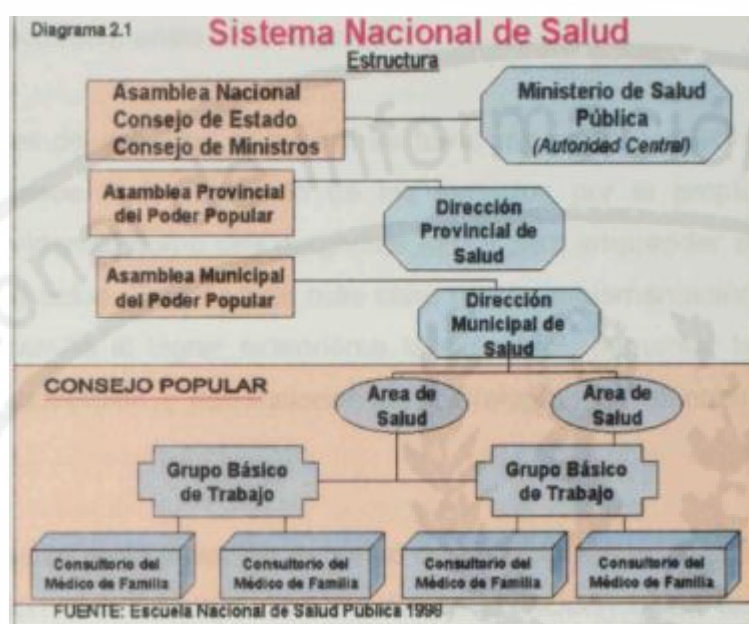
de las ciencias médicas, las investigaciones, la docencia y la atención en la mayoría de ellos, en especialidades y campos de importancia científica (MINSAP 2002a).

El constante desarrollo de la sociedad cubana ha implicado una permanente elevación del nivel educacional de la población. Fueron creadas escuelas formadoras de cuadros procedentes de la comunidad para la dirección de las organizaciones de masas, mientras se implementaban campañas para lograr niveles de 6º y 9º grados de escolaridad en la mayoría de los adultos. En agudo contraste con el 23.6% de analfabetos que existían en el país en 1959 (Castro 1960a) hoy son universitarios el 14.0% de la población laboral cubana (ONE 2002a) lo que también ha incidido directamente en la necesidad de incrementar el nivel educacional de los recursos humanos en el sector salud ante la creciente demanda de calidad en escuelas, facultades e institutos distribuidos a lo largo y ancho del país.

A partir de la voluntad política del Gobierno y el Estado cubanos expresada en la elocuente frase: “el futuro de Cuba tiene que ser necesariamente un futuro de hombres de ciencia...” (Castro 1960b) el país promovió el trabajo científico en salud en aspectos tales como la ingeniería recombinante de proteínas, la obtención de anticuerpos monoclonales diagnósticos y terapéuticos, el desarrollo acelerado de la biología molecular, la producción de equipos médicos de alta tecnología y la creación de nuevos centros de investigaciones científicas tales como el Centro de Investigaciones Biológicas en 1982, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología en 1986, el Centro de Inmunoensayos en 1987, el Instituto Finlay para la investigación, desarrollo y producción de vacunas en 1989 y el Centro de Inmunología Molecular en 1994, por sólo citar algunos ejemplos descolantes que junto a otras instituciones científico-productivas - que completan la infraestructura necesaria para el desarrollo de las investigaciones científicas y sus salidas productivas, tales como el Centro Nacional de Producción de Animales de Laboratorio - agrupan hoy más de 200 instituciones de este tipo, y cerca de 10 mil profesionales, cuyos logros han sido introducidos inmediata y extensivamente a toda la población (Martínez 2002). La calidad de las producciones de estos centros ha determinado que firmas especializadas de países altamente desarrollados se hayan interesado en adquirir vacunas, anticuerpos monoclonales, animales de laboratorio, plantas medicinales y equipos electrónicos (Delgado 1996c). Junto a esto, la introducción de técnicas de avanzadas en los análisis epidemiológicos, clínicos y sociales, y el enfoque de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su integración en un sistema de vigilancia en salud pública con la creación de las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud han permitido abordar la salud como problema social con intervenciones eficientes y efectivas.

El Sistema Nacional de Salud se estructura en tres niveles que se corresponden con la estructura político-administrativa del país. El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud Pública y es el órgano rector con funciones metodológicas, normativas y de coordinación y control

al cual se le subordinan directamente los centros universitarios, institutos de investigaciones, centros hospitalarios de asistencia médica altamente especializados, centros de distribución y comercializadoras de suministros y tecnologías médicas, así como otros centros y entidades nacionales destinados a actividades técnicas y de apoyo (Escuela Nacional de Salud Pública 1998). Los otros dos niveles están representados por las direcciones provinciales y municipales de salud que agrupan las instituciones de salud a su respectivo nivel y que, al igual que en el nivel central, se subordinan desde el punto de vista administrativo a las estructuras de Gobierno en los distintos niveles organizativos, representando sus intereses ante ellos dando respuesta a las demandas y necesidades de la población. La estructura del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en el nivel municipal, se presenta en el diagrama 2.1.



Desde sus inicios las acciones de regulación y control en el Sistema de Salud fueron muy importantes para incrementar su eficiencia y efectividad, así como para garantizar las condiciones de gratuidad, de libre acceso y de equidad. Inicialmente se implementaron inspecciones y supervisiones a unidades de salud, y por la Resolución ministerial No. 406 de 1961 se elaboró un reglamento general de hospitales que normalizó las actividades en un sistema de asistencia hospitalaria nacional. Desde fecha muy temprana se crearon comités de trabajo científico para evaluar los diferentes aspectos que integran este proceso (comités de auditoría médica, de tejidos, de programa, de enfermería, de internos y residentes, entre otros) los que fueron posteriormente actualizados por las Resoluciones No. 115 de 1963 y No. 51 de 1973. La organización y el establecimiento de funciones para el Policlínico Integral (MINSAP 1966a; MINSAP 1966b) y las evaluaciones del cumplimiento de los programas básicos del área de salud también contribuyeron al perfeccionamiento del sistema de salud, lo cual fue continuado por la Resolución ministerial No. 230 de 1985 que amplió el control y evaluación de los comités hospitalarios en aspectos tales como las intervenciones quirúrgicas, sangre y hemoderivados, fallecidos y ética médica, y por la implantación del programa nacional para la prevención y control de la infección hospitalaria. Más tarde, se aplicaron los sistemas de costos (MINSAP 1985) en los principales hospitales del país y se implantó la Resolución ministerial No. 232 del 2000 que regula la regionalización de los servicios de diagnóstico y la remisión de casos para la atención médica especializada. También fueron perfeccionados los sistemas de evaluación en la atención primaria que abarcaron las

modificaciones en el cuadro de salud, el cumplimiento de las actividades asistenciales y docentes y la opinión de la población con los servicios recibidos, entre otros aspectos.

Con el fortalecimiento de los órganos locales de gobierno el control se tornó más participativo y democrático, realizándose análisis de procesos y de resultado de los servicios por la propia población, por lo que el control popular se evidenció como una magnífica forma para emprender el proceso de perfeccionamiento del sistema de salud. Esto se hizo más claro con la implementación del modelo del médico y la enfermera de familia al lograr extenderse la cobertura, aumentar la capacidad de conocimiento sanitario de la población y perfeccionar las tecnologías de atención médica y de comunicación social.

Cuba ha experimentado una total transformación de la situación de salud de la población en la que el envejecimiento poblacional, la erradicación o la sensible disminución de la incidencia de las enfermedades infecciosas, unido a la relativamente alta prevalencia de enfermedades no transmisibles han generado cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad. El desarrollo de la infraestructura de servicios de salud organizada y con poder resolutivo, dotada de recursos humanos suficientes y científicamente calificados, así como el balance entre el uso de las tecnologías más novedosas junto a la ética, el humanismo y la solidaridad, han sido elementos básicos del desarrollo extensivo y tecnológico en el sector salud.

La práctica comunitaria y social, la interrelación con nuestro pueblo, y la satisfacción en primera instancia de sus necesidades integrales, dieron como resultado un incremento de la satisfacción y la confianza del pueblo en el sistema de salud, a la vez que se ha alcanzado un alto prestigio internacional. Estos hechos han contribuido notablemente al empoderamiento de la sociedad cubana, de su sistema de salud, y que la población hoy lo defiende como uno de sus bienes más preciados.

El presupuesto para la salud pública, que en 1958 era de 3.01 pesos por habitante se fue incrementando paulatinamente mientras se desarrollaba el Sistema Nacional de Salud alcanzando la cifra de 168.98 pesos por habitante en el 2001 (MINSAP 2002a). Sin embargo, los gastos en divisas para el financiamiento de la salud que tuvieron un comportamiento ascendente a partir del año 1960 (MINSAP 2001b) decrecieron abruptamente en el período 1990-1993 como resultado del recrudecimiento del bloqueo económico impuesto por el Gobierno de los Estados Unidos contra Cuba, unido a los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos por la crisis económica mundial y la desaparición de la URSS y de los países de Europa del Este con los cuales se sostenía hasta entonces un intercambio económico justo (Rojas y López 1997). En consecuencia, fue impactada negativamente la importación de suministros necesarios para la salud - que se tradujo en la insuficiencia de medicamentos, materias primas para la industria farmacéutica, material gastable de uso médico, piezas de repuestos para los equipos tecnológicos y no médicos, así como la ausencia de importación de equipos - con afectaciones para el sistema de salud y un importante deterioro de las unidades asistenciales. Esta tendencia comenzó a revertirse e inició su recuperación a partir del año 1995 (MINSAP 1998a).

Para el período 1992-2000 se estableció una estrategia con el objetivo de mejorar la salud de la población cubana, basada en el análisis de la situación de salud y sus tendencias, en la que predominaba la preocupación por el comportamiento de las enfermedades no transmisibles y los accidentes, cuando la repercusión de la situación económica en la salud aún no era notoria (MINSAP 1992). El impacto económico se hizo más notable en los años ulteriores cuando se produjeron cambios en las condiciones de vida de la población, deterioro en los servicios y surgieron nuevos perfiles de salud lo que demandaba un reanálisis de la respuesta social y sectorial de la salud pública. Ello unido a las transformaciones que llevaba adelante el país en el terreno económico, al proceso de perfeccionamiento del Estado y de los órganos de Gobierno y a las contradicciones propias del desarrollo del sistema de salud constituyó un contexto para que el Sistema Nacional de Salud diera la respuesta de enfrentar el reto y de dar un nuevo salto cuantitativo y cualitativo en medio de esas difíciles circunstancias (MINSAP-OPS/OMS 1996).

Las medidas tomadas estuvieron dirigidas a aumentar la calidad de la atención médica, mejorar los niveles de salud, aumentar la eficiencia económica dentro del sistema, incrementar el nivel de satisfacción de la población y brindar una mayor atención al hombre, aprovechando las fortalezas y las oportunidades en el desarrollo ya alcanzado de los recursos humanos, destacándose el fortalecimiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud. Asimismo, fueron objetivos explotar las reservas del sistema para incrementar la eficiencia y la efectividad y mantener la igualdad de acceso frente al crecimiento de los costos de las nuevas tecnologías planteando nuevos procedimientos que acercaran los servicios a la población para lograr mayor eficiencia, efectividad y calidad en las acciones de salud (MINSAP 1998a). Fueron igualmente adoptadas nuevas formas sociales participativas, como los Consejos de Salud en todos los niveles de la estructura administrativa del país y los Consejos por la Salud a nivel local, y en este sentido se fortaleció el papel del Movimiento de Municipios por la Salud, o de Comunidades Saludables, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, a cuyos fines se creó esta red cubana.

En 1996 el Sistema Nacional de Salud adoptó desde el punto de vista organizativo 5 estrategias fundamentales y priorizó 4 programas básicos para continuar perfeccionándose, sin tomar medidas de restricción de los servicios de salud u otras medidas de corte neoliberal. Estas estrategias son (MINSAP 1998a):

- 1) la reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental: el médico y la enfermera de la familia;
- 2) la revitalización de la atención hospitalaria;
- 3) la reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e institutos de investigaciones;
- 4) la consolidación del Programa Nacional de Medicamentos y el Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional;
- 5) la atención priorizada a otros importantes aspectos como son: la asistencia estomatológica, los servicios de óptica, el mantenimiento de las instituciones de asistencia social, el subsistema de transporte sanitario, los complejos de servicios, así como se incluyeron los aspectos relacionados con el plan de inversiones y la profundización en los sistemas de costos.

En lo referente a los programas priorizados se destacan el de atención materno infantil, el de control de enfermedades transmisibles, el de control de enfermedades crónicas no transmisibles, y el de atención al adulto mayor, todos los cuales han sido monitorizados, controlados y evaluados de acuerdo a la metodología establecida. Se definió asimismo la municipalización como un “proceso de consolidación en la integración de los programas y estrategias mediante la utilización eficiente de los recursos y capacidades del sistema municipal de salud para la solución de los problemas locales, orientado siempre a la mejora continua y sostenible de la salud de la población”, definiéndose de hecho como uno de los ejes principales de la estrategia, en cuya jurisdicción político-administrativa se complementan y desarrollan las potencialidades del sistema (MINSAP 2000a).

Estos esfuerzos y resultados no significan dejar de tener en cuenta un número importante de dificultades que conspiran contra la eficiencia y efectividad de los servicios de salud cubanos debido a la difícil situación económica que presenta el país, por lo que algunas áreas sensibles como el estado de las plantas físicas de las instalaciones, el suministro de medicamentos y la renovación del equipamiento fueron, y son, áreas con un nivel de afectación y deterioro que ponen a prueba diariamente la inteligencia, la creatividad y la capacidad de los trabajadores, profesionales y directivos del sistema de salud.

La sociedad y el Estado cubano han resistido un complejo problema de ataques externos, los cuales han producido como respuesta en los ciudadanos un permanente y sostenido proceso de solidaridad y confianza sin paternalismos, pero que han permitido una gran gobernabilidad hasta en los momentos más críticos del llamado “periodo especial” (Rojas y López 1997). Entendida así, la gestión social es una estrategia de participación protagónica de la comunidad en las políticas de salud y de articulación de la sociedad civil socialista con el Estado.

La descentralización en salud ha contribuido al incremento de la eficiencia y de la efectividad del Sistema de salud cubano en un proceso que se subordina a la descentralización político-administrativa al interior de los Gobiernos provinciales y municipales en el marco del fortalecimiento del papel de la sociedad, y no de una simple reforma estatal. Se trata de modernizar y generar un

nuevo tipo de modelo sanitario con el desarrollo de los niveles operativos del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto. Defender que los servicios brinden acceso universal tanto en el consumo como en la distribución, es un principio básico de nuestro sistema de salud. Esto supera con creces la lucha de otros sistemas que al tratar de obtener la equidad para dar algo a los que no tienen nada y lograr una medicina para los pobres no toman en consideración que, con ello, más tarde o más temprano, llegan a tener una pobre medicina.

El modelo cubano ha transitado por tres concepciones que fueron desarrollándose en el tiempo, pero las nuevas no borraron los antiguos conceptos en su totalidad, manteniendo su vigencia en determinadas circunstancias y respetando la historicidad del desarrollo de los modelos anteriores. Seguidamente se examinan estas concepciones (Capote y Granados 1996):

1. La concepción basada en el daño, donde el sujeto de programación está representado por la enfermedad, y la apertura programática va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de este. Este modelo es el que ha dominado por mucho tiempo la planificación en salud. Por su naturaleza misma induce a un centralismo en las intervenciones y sigue siendo el que se aplica en los casos de emergencia epidémica y otras situaciones de respuestas rápidas a problemas.
2. La sustentada en el concepto de riesgo, en la que la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidos a riesgos específicos, determinando un proceso salud- enfermedad caracterizado por daños comunes. La apertura programática va orientada a la identificación de factores de riesgo, seleccionados en función de su vulnerabilidad, para luego definir una estrategia de modificación de los mismos. Este concepto de intervención eminentemente biológico-asistencial abre la posibilidad de intervenciones diversas desde el plano sectorial con acciones asistenciales, promocionales y preventivas multisectoriales. El mismo es descentralizado y constituye una de las bases de la presente planificación de salud para coberturas de población como madres, niños y otros grupos.
3. La concepción basada en el concepto de familia y cobertura total, más avanzado que el anterior y en pleno desarrollo, se fundamenta en el concepto de universalidad, igualdad y cobertura de la población, no sólo buscando la individualización de grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa: la familia. La misma parte del marco conceptual de que la salud no es un problema sanitario solamente sino la expresión de vida de la estructura social concreta, y para alcanzarla precisa acciones sectoriales, y fundamentalmente intersectoriales. El concepto forma parte de la respuesta cubana a los compromisos contraídos en la Carta de Ottawa, de los objetivos, propósitos y directrices de la salud pública cubana para el período 1992-2000, y es la base actual del desarrollo del programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

La crisis de los sistemas de salud que ha afectado a todos los ámbitos de la vida social contemporánea en el mundo y, en especial a nuestra América, ha tenido - necesaria e inevitablemente - un impacto sobre los sistemas de salud. Los conceptos y bases doctrinarias que durante años alimentaron los procesos nacionales de transformación de los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe, han sufrido el embate del tiempo y de las radicales transformaciones políticas, económicas y sociales consustanciales al nuevo orden mundial unipolar (Martín y Schumann 1998). Ello ha sucedido en momentos en que la pobreza "cubre nuestra América en los

albores de un nuevo milenio, donde hay miles de millones de seres humanos que pueblan el planeta aún analfabeto, que no tienen escuelas y su número crece cada año; cuando a diario niños que podrían salvarse mueren antes de cumplir el primer año de vida, en una región donde existe la mayor diferencia entre ricos y pobres y donde en muchas naciones los más pobres apenas disponen del 4% o el 5%, a veces incluso menos, del producto interno bruto” (Castro 2002a).

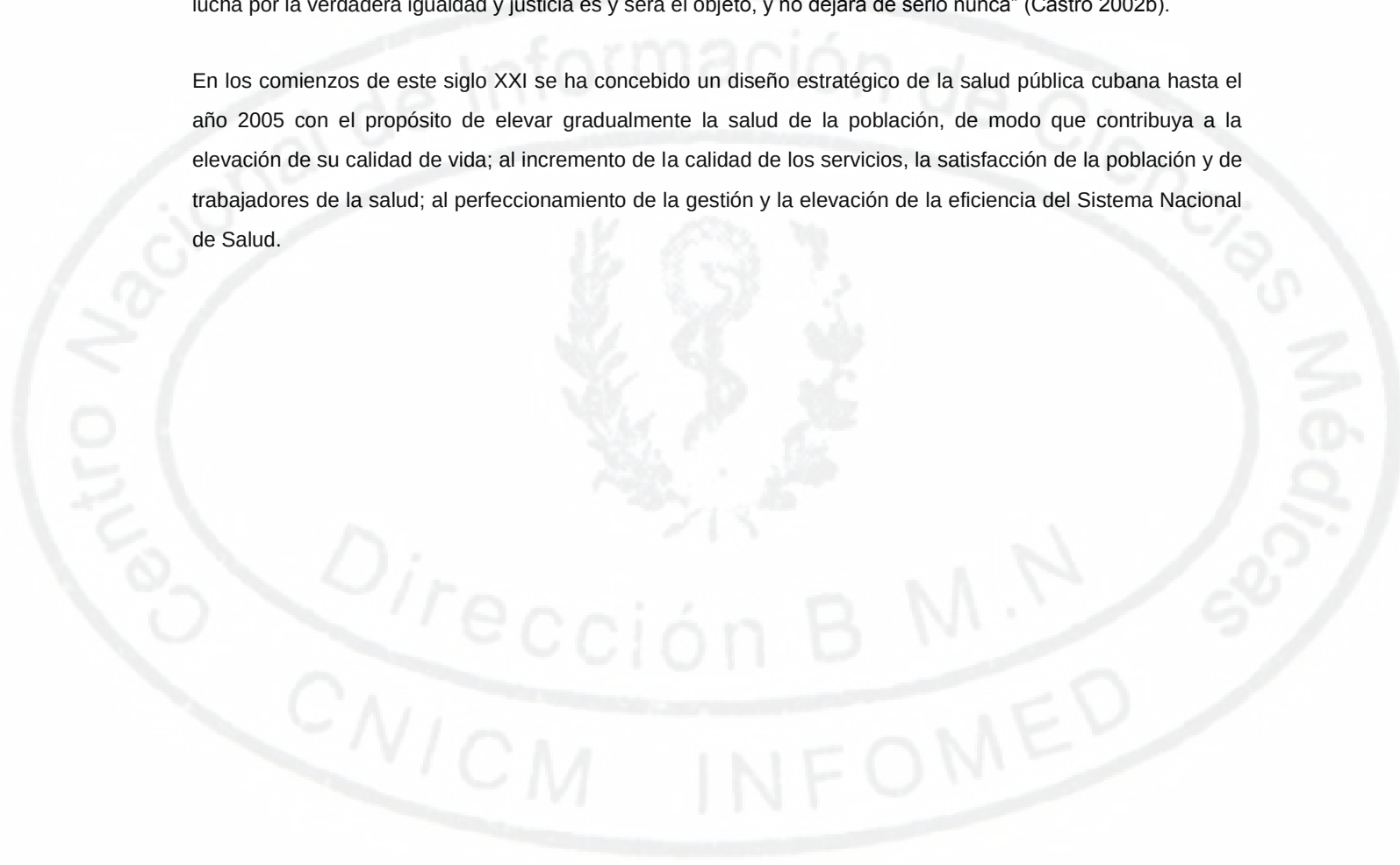
En la evolución y desarrollo del Sistema Nacional de Salud cubano, la colaboración internacional con otros pueblos del mundo, en cumplimiento de uno de sus principios, ha tomado diferentes modalidades según las necesidades del país con el que se ha establecido. A partir de 1960, ante situaciones de pueblos asolados por catástrofes tales como terremotos, maremotos, huracanes, inundaciones, grandes epidemias, fue enviada ayuda médica a Chile, Perú, Nicaragua, Siria, Honduras, Angola, Bolivia, Ecuador, Colombia, México, El Salvador y Armenia en la Unión Soviética aún sin haberse establecido relaciones diplomáticas con algunos de sus Gobiernos (Delgado 1996b; Meza 1999). Subsiguientemente se estableció una colaboración sistemática con países en vías de desarrollo de África, Asia y América Latina, la que se fue incrementando vertiginosamente en cuatro décadas hasta abarcar un total 89 países y el aporte de 50011 trabajadores de la salud, de ellos 26700 médicos (MINSAP 2002a). Su misión se ha caracterizado por brindar asistencia médica integral de manera desinteresada y donde fuera necesario, incluso en zonas intrincadas y de difíciles condiciones de vida y de trabajo. A su vez, la calidad científica de los servicios prestados y el prestigio alcanzado por la medicina cubana contribuyó a que otros Estados con recursos económicos suficientes también solicitaran la cooperación cubana en el sector salud.

Esta colaboración, sin embargo, no solo se ha manifestado en circunstancias de adversidad. Miles de pacientes han sido atendidos en instituciones de salud cubanas, al tiempo que se han donado hospitales, medicamentos, unidades de terapia intensiva a diversas naciones (Meza 1999). La enseñanza de la medicina también ha estado presente en la cooperación internacional contribuyendo a la creación de Facultades de Medicina en 9 países, en tanto se han graduado en Cuba más de 3000 estudiantes extranjeros. En el año 2002 cumplieron misión 4217 colaboradores cubanos de la salud y 17 docentes en 59 países del mundo (MINSAP 2002a).

Por su parte, la idea del Presidente cubano Fidel Castro de desarrollar un programa integral de salud para los países necesitados y de una Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, estuvo motivada por la experiencia de dos terribles huracanes que azotaron al Caribe y Centroamérica, causando un impresionante número de víctimas mortales e incalculables daños materiales. En dicha escuela estudian más de 3000 alumnos procedentes de los lugares más remotos e inaccesibles de 17 países de América, África y Asia, cuyo fundamental objetivo habrá de ser su consagración total al más noble y humano de los oficios, en tanto apóstoles y creadores, más que médicos, celosos guardianes de la salud de sus pueblos; “y mientras ellos estudien en Cuba y se conviertan más tarde en especialistas prestando sus servicios a sus propias comunidades, miles de médicos cubanos se disponen a cooperar con sus países por el tiempo que sea necesario” (Castro 1999).

La evolución de los servicios de salud en este siglo es un proceso de las instituciones, pero - en el caso de Cuba - es además un proceso de la sociedad civil socialista como sujeto del desarrollo de la salud que involucra las necesarias modificaciones a las relaciones, interacciones e imbricaciones entre el Estado y la Sociedad. Este cambio es la transformación radical del modo de vida de la población y de los valores sociales, entre los cuales la salud pasa a ser la expresión más clara de la vitalidad de una población para sus actividades sociales, culturales, científicas, artísticas y productivas y donde “el cese de la explotación entre los seres humanos y la lucha por la verdadera igualdad y justicia es y será el objeto, y no dejará de serlo nunca” (Castro 2002b).

En los comienzos de este siglo XXI se ha concebido un diseño estratégico de la salud pública cubana hasta el año 2005 con el propósito de elevar gradualmente la salud de la población, de modo que contribuya a la elevación de su calidad de vida; al incremento de la calidad de los servicios, la satisfacción de la población y de trabajadores de la salud; al perfeccionamiento de la gestión y la elevación de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.



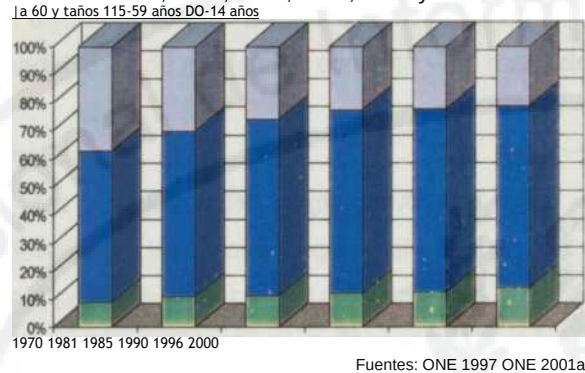
El presente capítulo intenta ofrecer un examen panorámico de la dinámica de la población cubana, las principales características en la evolución del nivel de salud por segmentos poblacionales y su estado actual, junto a la situación de algunos factores socio-ambientales estrechamente vinculados a la salud.

Población

Antes del triunfo revolucionario de 1959 la población cubana era poco más de 6 millones de habitantes, con predominio de los hombres y los jóvenes; el 60% de la población se agrupaba entre

los 15 y 64 años, el 36% eran menores de 15 años y sólo el 4% sobrepasaba los 65 y más

años de edad (MINSAP 1975). Dos hechos marcaron las diferencias encontradas años después: la reducción de la mortalidad, que incidió de manera importante en los cambios experimentados en los años subsiguientes, y la fecundidad, que comenzó a descender de 4.7 hijos por mujer en 1963, y aunque con más lentitud posteriormente, a menos de la tercera parte de ese nivel existente.

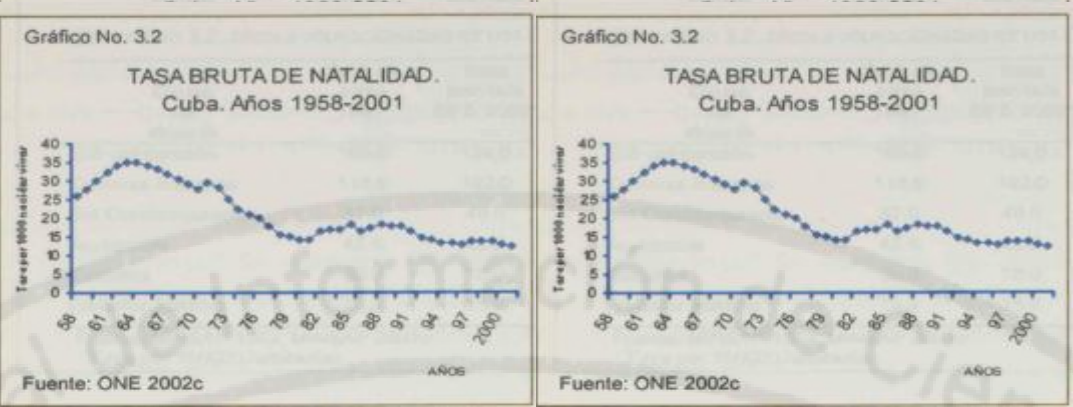


Entre los factores determinantes de este descenso se encuentran la generalización del acceso y el uso de métodos anticonceptivos y el incremento del aborto (CEDEM et al 1995b). así como la elevación del nivel educacional y económico de la población y la formación de nuevos patrones de conducta social. En 1973 el número total de población alcanzaba los 9 millones de habitantes con una tasa de crecimiento anual de 18.1 por 1000 habitantes, la que en ese momento ya presentaba una tendencia al descenso (ONE 2002b). En los años sucesivos la estructura de la población por edades también evidenciaba transformaciones significativas (gráfico 3.1) al descender proporcionalmente el número de menores de 15 años e incrementarse el de 15 años y más, muy especialmente el grupo de 60 años y más.

La tasa bruta de natalidad que se había incrementado hasta 35.1 por mil habitantes en 1963 - valor más alto en la etapa revolucionaria - descendió prácticamente a una tercera parte (gráfico 3.2).

En la década del 90 la población cubana mostró un incremento de aproximadamente medio millón de habitantes, arribando en el 2001 a la cifra estimada de 11 243 358 habitantes; de ellos corresponde prácticamente un 50% a cada sexo. El 20.9% de la población para ese año se

concentra en el grupo de menores de 15 años de edad, mientras que el de 65 años y más agrupa el 10.3% de la población. En tanto, el número de nacidos vivos continúa una marcada reducción con una tasa bruta de natalidad de 12.4 por 1000 habitantes en el 2001, y una tasa de fecundidad general de 45.7 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años (ONE 2002d; ONE 2002e).



En síntesis, el perfil demográfico cubano muestra una población de lento crecimiento con tendencia a la disminución en los próximos años, con un proceso de envejecimiento acelerado, elevado nivel de urbanización y niveles de fecundidad - y de mortalidad como se verá más adelante - muy bajos (MINSAP-OPS/OMS 1996b).

Mortalidad

En los inicios del siglo XX las enfermedades infecciosas jugaron el papel más importante en el cuadro de mortalidad del país; sin embargo, para fines de los años cincuenta comenzaron a predominar las enfermedades crónicas no transmisibles (del Puerto et al. 2002a). Enfermedades no transmisibles accidentes y lesiones autoinfligidas intencionalmente encabezan en la actualidad el cuadro de mortalidad del país (nueve de las diez primeras causas de muerte) con un mayor riesgo de morir por enfermedades del corazón, tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular (Recuadro 3.1).

Recuadro No 3 1
Mortalidad por enfermedades no transmisibles y daños a la salud. Cuba 1996-2000

Causa	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enf. del corazon	159,8	192,6	142,6	142,6	133,7	128,6
Tumores malignos	111,0	110,2	110,0	116,0	115,9	111,3
Enf. cerebrovascular	96,1	93,6	92,9	96,1	53,8	50,2
Diabetes mellitus	18,8	14,8	12,1	11,1	10,4	10,4
Accidentes	43,8	42,1	39,0	37,7	35,8	33,4
Suicidio	19,9	19,3	19,3	19,9	13,6	12,0

Tasas ajustadas por 100 000 habitantes
Fuentes MINSAP 1997,1998b. 1999a. 2000c, 2001c y 2002a

Un impulso sustantivo a la reducción de las tasas de mortalidad - en particular las debidas a enfermedades crónicas no transmisibles y daños - lo constituyó la estrategia denominada “Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana en el año 2000 (OPD-2000)”, implementada por el Ministerio de Salud Pública en 1992 (MINSAP 1992). El recuadro 3.2 muestra el cumplimiento en el año 2000 de las metas seleccionadas.

RECUADRO 3.2. METAS SELECCIONADAS DE LOS OBJETIVOS, PROPÓSITOS y DIRECTRICES OPD-2000.					
Causa de muerte	Tasa base 1990*	de Tasa prevista OPD 2000*	% de reducción a alcanzar	Tasa ajustada*	% de variación según tasa de 1990
Enf. del corazón	168.0	134.0	20	133.7	Reduc de 20.4
Tumores malignos	113.0	102.0	10	115.5	Increm de 2.2
Enf Cerebrovascular	57.0	40.0	30	53.8	Reduc de 5.6
Accidentes	45.0	40.0	10	35.8	Reduc de 20.4
Suicidios	20.0	18.0	10	13.6	Reduc de 32
Diabetes Mellitus	18.5	15.9	15	10.4	Reduc de 43.8

Fuente: MINSAP 1992; MINSAP 2001c
 * Tasa por 100000 habitantes

Este programa de acción agrupaba 4 niveles de intervención: a) cambios en los estilos de vida; b) control del medio ambiente y eliminación de factores de riesgo; c) conservación de la vida a través del diagnóstico y el tratamiento oportuno de las enfermedades para evitar las complicaciones; y d) el tratamiento de las limitaciones y secuelas e incorporación del enfermo a la realización de la vida social, laboral y afectiva.

Enfermedades y daños a la salud

Las enfermedades infecciosas que predominaban en los primeros años de la década de los 60 se asociaban con alta incidencia de tuberculosis, enfermedades diarreicas agudas, poliomielitis, fiebre tifoidea, paludismo, difteria y tétanos, entre otras (del Puerto et al. 2002b) contra las cuales desde los inicios del proceso revolucionario fueron implementadas intensas campañas nacionales para su eliminación, reducción y control, y cuyos resultados se han visto coronados con un positivo impacto en la morbilidad así como en la evitación de discapacidades (Recuadro 3.3).

Recuadro 3.3 IMPACTO EN ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS. CUBA 1962-2001			
Enfermedades	Año Intervención	Año Impacto	Impacto Logrado
Poliomielitis	1962	1962	Eliminación
Tétanos Neonatal	1962	1972	Eliminación
Difteria	1962	1979	Eliminación
Sarampión	1971	1993	Eliminación
Rubéola	1982	1995	Eliminación
Parotiditis	1986	1995	Eliminación
Tos Ferina	1962	1997	Eliminación
Sínd. Rub. Congénita	1986	1989	Eliminación
Mening. Post Parot.	1986	1989	Eliminación
Tétanos	1962	1992	Tasa 0.1x105hab
H. influenzae tipo b	1999	2001	Tasa 0.1 x 10 ⁶ hab
Hepatitis B < 20 a	1992	2001	Tasa 0.1 x 105hab
Fuente: MINSAP 2002b			

Manteniendo la tendencia descendente de la leptospirosis, blenorragia, sífilis, meningoencefalitis bacteriana, tuberculosis y hepatitis durante el periodo de 1996 al 2000, la incidencia de estas enfermedades transmisibles en el año 2001 mostró una reducción respecto al año anterior. Otras

como las infecciones respiratorias agudas, meningoencefalitis virales, escarlatina y VIH no manifiestan tal decrecimiento (MINSAP 2002c); no obstante todas son controladas y monitoreadas sistemáticamente a través de un Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública que además comprende los factores y condiciones que determinan la salud de individuos, familia y comunidad.

Salud en la niñez

La mortalidad infantil ha mantenido una tendencia decreciente, y de una cifra cercana a 60 por 1000 nacidos vivos para finales de la década del 50 (CEDEM et al 1995a), en el año 2001 la tasa fue de 6.2 por 1000 nacidos vivos (MINSAP 2002a), comparable a las tasas de los países desarrollados. Esta reducción se produjo en las primeras décadas del proceso revolucionario a expensas de la disminución de la mortalidad post-neonatal - consecuencia del mejoramiento de las condiciones ambientales y socioeconómicas, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y el desarrollo de los programas masivos de vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles - los que posteriormente se hicieron sostenibles con la puesta en práctica del programa de reducción de la mortalidad infantil que se convirtió en la prioridad número uno en todos los niveles organizativos del sistema de salud (MINSAP 1970). Posteriormente se logró una reducción en el componente neonatal (precoz y tardío) como consecuencia de las condiciones del desarrollo socioeconómico, la calidad de los servicios de salud y la disponibilidad de tecnología avanzada (MINSAP 1999b), lo que hizo que en el año 2001 al componente neonatal le correspondiera el 63.5% de las defunciones ocurridas en el menor de un año y el 42.7% al componente neonatal precoz (MINSAP 2002a).

Las cinco primeras causas de muerte en el menor de un año desde 1980 son, en orden de importancia, afecciones perinatales, anomalías congénitas, accidentes, influenza y neumonía y meningitis bacteriana (MINSAP 2002a). Las cifras de otros indicadores de mortalidad en la niñez se han comportado como sigue:

- ✚ Mortalidad perinatal: ha experimentado una reducción marcada de una tasa en 1970 de 32.5 por 1000 nacidos vivos y defunciones fetales de 1000 gramos o más de peso (MINSAP 1998c) a 16.7 en el año 2001 (MINSAP 2002a).
- ✚ Bajo peso al nacer: luego de una tendencia al descenso, en 1992 se registra un 8.6% (MINSAP 1998c) como consecuencia de la situación socioeconómica por la que atraviesa el país. Tras la implantación de un conjunto de acciones de salud bajo el programa nacional de control y prevención, junto a un mejor desempeño de la economía, se ha logrado la recuperación del valor del indicador a 5.9% en el año 2001 (MINSAP 2002a).
- ✚ Mortalidad en el menor de cinco años: ha continuado su descenso, registrándose una tasa de 8.0 por 1000 nacidos vivos en el año 2001 (MINSAP 2002a).

Por su parte, la morbilidad en el niño cubano - al igual que en la población en general - se ha visto beneficiada por el programa nacional de inmunizaciones el que ha tenido un impacto importante gracias a la alta cobertura de vacunación alcanzada. El niño que nace ha recibido como promedio 25 controles médicos, en los que se sigue de cerca su crecimiento y desarrollo, y durante el primer

año de vida se le administran vacunas contra 13 enfermedades (Rojas 1985; MINSAP 2002b). Se proyecta la reducción de la enfermedad causada por *Hemophilus influenzae* tipo b en los menores de 5 años de edad, así como incluir en el esquema nacional las vacunas contra el *Streptococo pneumoniae* y la antitifoídica de polisacárido (MINSAP 200 2c).

Salud de los adolescentes

Este grupo de población - que por definición de la OMS comprende el período entre los 10 y 19 años - constituye alrededor del 15% de la población total (ONE 2002d). La edad media del matrimonio para la mujer según encuesta realizada por el Instituto de Investigaciones Económicas era de 18.4 años en 1987 (MINSAP 1999b); no obstante la edad de casarse se ha ido modificando hacia edades menos jóvenes, siendo en el 2001 para el primer matrimonio de 29.1 años en las mujeres y 32.8 años para los hombres⁹. La tasa de fecundidad en las adolescentes ha tenido una tendencia a la reducción, siendo en el año 2001 de 48.3 por 1000 mujeres menores de 19 años (ONE 2002e).

El comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual es similar a lo reportado en el ámbito internacional, relacionado con los hábitos y conducta sexual de este grupo de población, con mayor riesgo de morbilidad por blenorragia, sífilis y condiloma acuminado, donde la incidencia más elevada se presenta en el grupo de 15 a 24 años. La infección por VIH/SIDA presenta un incremento en este grupo de edad, lo cual se enfrenta a partir de una estrategia que comprende el estudio de los grupos de mayor riesgo, el estudio epidemiológico del 100% de los casos, el análisis del ingreso hospitalario y el sistema de atención ambulatoria, con un amplio programa de educación para la salud a la población general (MINSAP 2002b).

La principal causa de muerte en este grupo de edades son los accidentes con una tasa casi 3 veces superior a la segunda causa, los tumores malignos (MINSAP 2002b).

Salud de la mujer

La mortalidad materna en el año 1959 se calculaba en tasas de alrededor de 100 a 120 por 100000 nacidos vivos (Alfonso et al 1996), aunque las cifras reales eran desconocidas. La incorporación de la mujer a los diferentes sectores económicos y sociales en forma activa le ha permitido alcanzar niveles de competencia en todos los escenarios de la vida, avalado con garantías priorizadas para el acceso a la salud y otros programas de beneficio social implementados por el Estado cubano. En particular, la preocupación por la salud de la mujer embarazada se ha hecho explícita mediante diversas leyes y resoluciones promulgadas a través de los años de la etapa revolucionaria¹⁰.

En 1962 surgió el Hogar Materno para acercar los servicios de salud a las embarazadas que residían en áreas de difícil acceso y propiciar el parto en instituciones de salud. La estrecha vinculación con la comunidad ha sido

⁹ Cálculos realizados por el autor basado en (ONE 2001b)

¹⁰ En 1960 fue promulgada la ley 1100 de la seguridad social estableciendo la licencia de maternidad por 12 semanas para la mujer trabajadora; más tarde en 1974 aparece la ley 1263 que concedió 18 semanas de licencia retribuida y una licencia no retribuida hasta que el niño alcanzara el primer

un apoyo valioso para las gestantes con deficiencias nutricionales, dificultades de tipo social y embarazos múltiples, entre otros eventos, para llegar a feliz término del embarazo.

La atención prenatal cubre actualmente la totalidad de las mujeres - que en más de un 90% son captadas en el primer trimestre del embarazo - el parto es institucional en el 99.9% del total y el número de controles prenatales es como promedio superior a 10 por parto, con el 95% de las primeras consultas antes de las 14 semanas de gestación (MINSAP 2002a; MINSAP 2002d). El equipo de salud de la atención primaria realiza visitas al hogar de la embarazada, donde observa su medio y establece un proceso de comunicación y orientación a los demás integrantes de la familia. En cualquier etapa del embarazo la mujer cuenta con los servicios especializados, externos o de hospitalización, que requiera (MINSAP 1999b).

La institucionalización de la práctica del aborto voluntario a nivel hospitalario - ilícito hasta inicios de la década de los 60 y que era causa contribuyente de la mitad de las muertes maternas - y junto a ello, la connotación de delito desde el punto de vista jurídico a las prácticas del aborto, ya sea por lucro, fuera de instituciones de salud autorizadas, por personal no médico o sin consentimiento de la mujer, le ofreció una alternativa en el libre derecho de decidir sobre su reproducción (MINSAP 1999b). La práctica sostenida de estas acciones contribuyó a que la tasa de mortalidad materna iniciara un progresivo descenso para alcanzar en el año 2001 la cifra de 33.9 por 100000 nacidos vivos (MINSAP 2002a).

La planificación familiar, como componente principal de la salud reproductiva de la mujer, ha devenido en un plan estratégico dirigido a lograr una conducta reproductiva consciente, basada en el principio de la responsabilidad de las parejas para tener hijos en los momentos que le sean más favorables; garantizar el derecho a la reproducción responsable; consolidar los niveles de salud alcanzados en la atención a la madre y al niño y niña, con estructuras de comunicación adecuadas, y sustentado en una red de servicios con eficiencia cuya base está representada por el médico y la enfermera de la familia (CEDEM et al 1995c).

año de vida. En 1984 fueron aprobados artículos en la Ley No. 49 que otorgaba plazas preferentes, condiciones de trabajo y de protección a la maternidad. A partir de 1991 se concedió a la madre trabajadora, por la Resolución No. 10, el derecho a retribución económica del 60% del salario vencido el término de las primeras 12 semanas de licencia post-natal y hasta los seis meses de vida del niño, lo que en el 2001 fue extendido a un año de licencia de maternidad retribuida.

Las principales causas de muerte en la mujer cubana en el presente son, en orden de importancia, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, influenza y neumonía y enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (MINSAP 2002a).

Salud del adulto mayor

El porcentaje de población de 60 años y más desde inicios del pasado siglo XX hasta 1981 mantuvo una tendencia al crecimiento¹¹. En 1981 ascendió a la cifra de 10.9% de la población cubana y alcanza en el año 2001 el 14.5% con ligero predominio en la población femenina, respecto a la masculina (ONE 2002d). Se espera que esta evolución continúe su incremento para alcanzar un 15% en el año 2005, 16.8% en el 2010 y un 18.5% en el 2015 (ONE 2001c).

Las principales causas de muerte en el adulto mayor se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas: cardiovasculares, tumores malignos y cerebro vasculares, que agrupan el 63% del total de fallecidos en esas edades, aunque en el año 2001 se observa una reducción en la mortalidad del grupo de 60 a 74 años (20.2 por 1000 habitantes) con respecto al año anterior, así como en las muertes causadas por enfermedades diarreicas agudas, suicidio y accidentes; también disminuye la morbimortalidad por tuberculosis. Las enfermedades transmisibles que más afectan a esta población en cuanto a morbilidad son las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas, con cifras de 54.7 y 301.8 casos vistos, respectivamente, por cada 1000 habitantes de esa edad (MINSAP 2002a).

En la década de los 60 existían en Cuba solo 20 hogares de ancianos, en su mayoría órdenes religiosas y fraternales que dirigían la atención a los adultos mayores frágiles y vulnerables (MINSAP 1999b), elevándose el número de estas instituciones a 295 en el año 2001 (MINSAP 2002a). En 1974 se creó el primer programa nacional de atención integral a esta población y se encaminaron los primeros esfuerzos al desarrollo de la geriatría, para ser aprobado en 1995 el actual programa nacional de salud del adulto mayor dirigido a normalizar las acciones específicas de atención a este grupo poblacional en la comunidad, en las instituciones y en los hospitales (MINSAP 1999b). De esta manera, en casi todos los territorios del país se ofrecen variadas opciones de atención informal con participación de la comunidad, tales como círculos de abuelos, casas de abuelos, grupos de orientación y recreación, atención domiciliaria para ancianos solos, atención gerontológica por equipos multidisciplinarios, entre otros (MINSAP 2002e).

El sistema cubano de jubilación no es compulsivo, lo que contribuye a que el adulto mayor se mantenga activo aún después de haber arribado a la edad de jubilación (mujeres 55 años y hombres 60 años) lo que implica beneficios en el orden económico, social e individual. La asistencia social es rectoreada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y existen programas sociales de carácter intersectorial dirigidos al anciano solo o sin apoyo familiar, cuyo objetivo fundamental es cubrir las necesidades económicas y psicosociales para elevar su calidad de vida y mantenerlo en su entorno familiar (MINSAP 1999b).

¹¹ Según cifras de Censos de población y viviendas celebrados en los años 1907, 1919, 1931, 1943, 1953, 1970 y 1981.

Salud de los trabajadores

En la década del 60 se crearon departamentos de atención al trabajador en la estructura del sistema nacional de salud y se puso en vigor el reglamento de higiene del trabajo, así como se promulgó la Ley de seguridad social que extendió la cobertura de la atención de salud a todos los trabajadores del país. En 1977 se dictó la ley No. 13 que le concedió un carácter integral a esa actividad, y se establecieron los fundamentos que regirían en lo adelante el sistema de protección de higiene del trabajo, siendo su cumplimiento fiscalizado por los Ministerios de Salud Pública y del Trabajo y Seguridad Social (MINSAP 1999b). Así, las acciones preventivas que en lo adelante fueron establecidas se fundamentan en un cuerpo de leyes y resoluciones de obligatorio cumplimiento¹².

El programa nacional de salud de los trabajadores comprende acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en particular, hacia el control de factores de riesgo y a la ubicación de los trabajadores en puestos acorde a sus aptitudes. La mayoría de los centros de trabajo priorizados cuentan con un equipo de salud compuesto por médico y enfermera de la familia, y otros especialistas y técnicos que los asesoran en la ejecución del examen médico pre- empleo, chequeo periódico, peritaje médico, acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo (MINSAP 1999b).

La invalidez por enfermedad se ha visto reducida de un 31.1% con respecto al total de jubilaciones en el año 1991 en todo el país al 16.5% en el año 2001, como consecuencia de la sistemática labor de atención a los trabajadores que es controlada por comisiones de peritaje médico laboral constituidos en todo el país. Asimismo, existen grupos a cargo de la seguridad social a corto y largo plazo que evalúan el comportamiento de la emisión de certificados médicos (MINSAP 2002c).

La mortalidad por accidentes de trabajo ha disminuido en términos absolutos y relativos. De los fallecidos por esta causa alrededor del 70% son hombres y la mayor proporción de defunciones ocurren en personas entre 21 y 40 años. Por su parte, la tendencia de la accidentalidad laboral ha sido a la disminución en los últimos años (MINSAP 1999b).

Riesgos ambientales

El abasto de agua a través de los sistemas de acueducto cubre alrededor del 90% de la población con un servicio domiciliario mayor de un 70% de la misma (MINSAP 2002c). Hasta el mes de mayo del 2002 más del 97% del agua suministrada por los acueductos en el país recibió tratamiento, y se alcanzó un 98% de continuidad en la cloración. En las ciudades capitales provinciales y otras importantes se han producido afectaciones en la calidad del agua suministrada, por mal estado técnico de las redes de distribución al ser muy antiguas y dificultarse un sistemático mantenimiento, lo que facilita la ocurrencia de contaminaciones hídricas al

¹² Ejemplo de ellas son la Ley No. 24 de la seguridad social de 1979, la Ley de protección del medio ambiente de 1992, la Resolución 176/1989 sobre los certificados médicos, la Resolución No. 2/96 sobre las enfermedades profesionales y la Resolución No. 13/97 sobre los portadores de VIH y enfermos de SIDA, entre otros.

producirse el flujo negativo por abastecimiento intermitente (MINSAP 2002f).

El control de residuales líquidos alcanza una cobertura del 91% en el país, beneficiándose con alcantarillado el 34.2% de la población; no obstante, todas las viviendas situadas en zonas sin alcantarillado - las que se concentran en zonas rurales - cuentan con sistemas individuales de recolección y tratamiento (MINSAP 1999b). El tratamiento de los residuales líquidos se realiza en el 47.0% de las principales fuentes de contaminación, aunque se producen frecuentes obstrucciones y roturas en sus sistemas de control con el consiguiente desbordamiento, así como sobrecarga y mal estado técnico de las redes colectoras (MINSAP 2002f).

Existe un programa nacional de vigilancia de la contaminación atmosférica dirigido a la identificación y control de los problemas de cada fuente emisora a través de la actualización de inventarios, la inspección y la identificación de áreas de mayor riesgo atmosférico, perfeccionándose el sistema desde el nivel de atención primaria de salud en la detección, evaluación y control de los factores ambientales de riesgo, su comportamiento en el espacio y el tiempo y la adopción de medidas de control más adecuadas (MINSAP 1999b).

La red de laboratorios para la vigilancia de los alimentos cuenta con centros municipales, los que se nutren del muestreo que realizan las Unidades de Higiene y las Áreas de Salud. Este sistema de vigilancia del programa de contaminantes en alimentos en Cuba fue implantado en 1988 con vistas a disminuir el número y frecuencia de las enfermedades atribuidas al consumo de alimentos contaminados con gérmenes dañinos a la salud (MINSAP 1999b).

Riesgos del comportamiento

La realización de encuestas nacionales con entrevistas estructuradas a hogares e individuos en los años 1990 y 1995 por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología permite el análisis de algunos factores de riesgo del comportamiento (MINSAP 1999b):

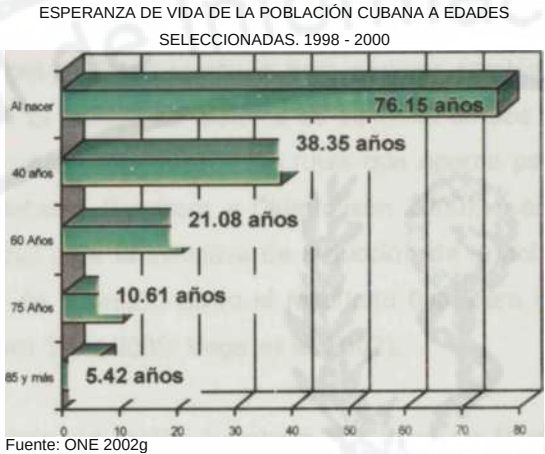
- ❖ La prevalencia del hábito de fumar, según encuesta de 1990, arrojó que en todas las provincias era mayor este hábito en los hombres que en las mujeres. En ambos sexos se ha observado un inicio precoz del hábito y una notable prevalencia en los jóvenes. En la realizada en 1995 se constató además un incremento del consumo de tabaco en las mujeres.

- ❖ El 55% de la población encuestada en 1995 correspondió a individuos que refirieron no ingerir bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. No obstante, existen grupos sociales que acumulan bebedores con mayor riesgo: hombres con edades entre 20 y 29 años y de 40 a 59 años, obreros y dirigentes, fumadores, y personas negras y mestizas.
- ❖ El sedentarismo se redujo de un 70% a un 33% con el consecuente incremento en la actividad física en el quinquenio 1991-1995. Es mayor en mujeres y aumenta con la edad, observándose grandes variaciones entre provincias.
Una mayor proporción de personas con deficiencia energética crónica y bajo peso ha sido observada en las edades entre 20 y 29 años, más marcado en los mayores de 60 años, con diferencias entre regiones del país. El sobrepeso y la obesidad son mayores en mujeres y tiende a aumentar con la edad.

Perspectivas de vida para la población cubana

En las cinco primeras décadas del siglo XX, la esperanza de vida aumentó de unos 38 a

Gráfico 3.3



alrededor de 56 años. La esperanza de vida en el primer lustro de los años 60 era algo superior a los 65 años. Para mediados de los años ochenta este indicador era cercano a los 75 años (CEDEM et al. 1995a). Para el periodo 1998-2000 la esperanza de vida al nacer del cubano ascendió a 76.15 años, 74.20 para los varones y 78.23 para las mujeres (gráfico 3.3). Ello significa que de continuar los factores y condiciones que propician esta expectativa de vida, el cubano que arribe a los 60 años tiene una esperanza de vida de unos 21 años y al arribar a los 75 años de edad su esperanza de vida es

cercana a los 11 años (ONE 2002g).

4.1 EXPERIENCIAS DE SISTEMAS DE MONITOREO DE LA EQUIDAD EN SALUD

Como se mencionó en el capítulo 2, existe una multitud de proyectos vinculados al estudio de la equidad en salud, algunos de ellos relacionados, de una u otra forma, con sistemas de monitoreo que, aunque en general tienen similares propósitos, pueden diferir sustancialmente en su diseño. En la presente discusión nos limitaremos a ciertas experiencias latinoamericanas.

En Chile se viene desarrollando un monitoreo continuo de la equidad en salud a nivel de las regiones del país y de comunas, a través de información recolectada rutinariamente mediante diferentes fuentes relacionadas con datos demográficos y vitales, socioeconómicos, educacionales, y de morbilidad y mortalidad. El sistema se inspira en el concepto de “Equity Gauge” derivado del trabajo desarrollado en la reunión internacional organizada por The Health System Trust en Sudáfrica a mediados del año 2000. El concepto implica un enfoque activo para monitorizar las iniquidades en salud que se mueve de una descripción pasiva de los indicadores de equidad a un conjunto de intervenciones para generar cambios que reduzcan las desigualdades injustas en la salud. El trabajo del sistema se sustenta en dos marcos conceptuales: el modelo desarrollado por Diderichsen que explica las rutas que operan para aumentar o disminuir las iniquidades en salud (Whitehead, Burstrom y Diderichsen 2000), y el segundo derivado de una propuesta del Banco Mundial para la iniciativa de reducción de la pobreza (Claeson et al. s/f) adaptado a equidad, en lugar de pobreza, como el resultado final para la definición de posibles fuerzas políticas (Health System Trust 2000; Vega et al. 2002).

A escala de región y estado del país, en Brasil, se viene desarrollando un monitoreo de las desigualdades en salud. El sistema se apoya en información captada a través de diversas fuentes y considera indicadores de recursos humanos y capacidades en salud, de acceso y utilización de los servicios de salud, del financiamiento de la salud, de la calidad de la atención médica, de la situación de salud y de condiciones de vida. Las categorías de análisis para medir las desigualdades son la geográfica, la clase social, el ingreso, el sexo, el color de la piel, la ocupación, la escolaridad y la edad (Nunes et al. 2001).

Si bien no se ha conceptualizado como un sistema de monitoreo, en Perú se ha desarrollado un análisis de la magnitud de la iniquidad en salud en ese país. El estudio pretende, en primer lugar, profundizar en la magnitud de la iniquidad en el estado de salud de los peruanos con la finalidad de mostrar la necesidad de introducir este tema en la agenda nacional, involucrando no solo a la comunidad académica sino también a políticos, funcionarios del sector público y la sociedad civil en general, y, en segundo lugar, busca evaluar la robustez de los índices de concentración obtenidos por Gwatkin et. al (2000) a la luz de la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud aplicada en el Perú en 1996, construyendo, con este fin, un indicador alternativo (Valdivia 2002).

Otros estudios sobre equidad en salud, en particular en materia de acceso a los servicios de salud y a servicios de salud de igual calidad, se desarrollaron en Colombia y en Venezuela. En Venezuela el estudio se ejecutó en 1992 basado en los resultados del censo de 1981, y el de Colombia se desarrolló en 1998 sustentado en el

censo de 1993. El análisis de las iniquidades consideró las divisiones políticas y el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas en cada unidad geográfica poblacional agrupadas en estratos socioeconómicos (Málaga et. al. 2001).

Para conocer las características de otras experiencias en el monitoreo de la equidad en salud puede consultarse los siguientes trabajos: (WHO 1998; Health Systems Trust 2000) y sobre aspectos más generales - conceptuales y metodológicos - relacionados con la medición de las desigualdades en salud, el lector puede referirse, entre otras, a las siguientes obras: (Whitehead, Scott-Samuel y Dahlgren 1998; Borrell et al. 1999; Murray, Gakidou y Frenk 1999; Programa Especial de Análisis de Salud 1999; Anand et al. 2002; Dachs 2001; Sen 2001; Wolfson y Rowe 2001; Kunst y Mackenbach s/f).

4.2 JUSTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE MONITOREO DE LA EQUIDAD EN SALUD EN CUBA

Durante la década de los 90 ocurrieron en Cuba diversos hechos relacionados con la crisis económica en la que el país se ha visto envuelta como resultado del recrudecimiento del bloqueo del gobierno norteamericano hacia el país con la adopción de nuevas figuras legales que amparan esta brutal política (Alarcón de Quesada 2000) y la desaparición del campo socialista europeo. En particular, la política hostil de sucesivos gobiernos norteamericanos ha tenido impacto en el Sistema Nacional de Salud cubano entorpeciendo la adquisición de tecnologías, medicamentos, materias primas, reactivos, medios de diagnóstico, equipos y piezas de repuesto (Cuba 1999; Cuba 2002b; MINSAP 2000a).

Estudios realizados en Cuba entre 1995 y 1996 por instituciones nacionales e internacionales, incluidas organizaciones norteamericanas (American Association for World Health 1997) han demostrado el genocida impacto que sobre la población cubana, y especialmente sobre su salud, ha tenido esta política norteamericana. Hasta el año 1999 las afectaciones a la economía nacional ascendían a 67000 millones de dólares; en particular, las pérdidas económicas ocasionadas al sector de la salud se estimaban en 1715 millones de dólares (Cuba 1999), afectación que estuvo determinada por los 400 millones de dólares que fueron necesarios invertir para la reconversión de la tecnología médica, 300 millones por el deterioro de las plantas físicas y sistemas ingenieros, 165 millones por concepto de alejamiento de los mercados de importación, 300 millones por la necesidad de reconversión tecnológica de la industria médico-farmacéutica y 550 millones de dólares ocasionados por el incremento de precios de importaciones (MINSAP 2000a). Más aún, esa cifra ascendería a 2123.8 millones de dólares si se incluyen las pérdidas por 295.6 millones ocasionadas por la epidemia de neuropatía y las originadas por la epidemia de dengue introducida por los Estados Unidos en nuestro país en 1981 ascendente a 113 151 643 dólares, la que además tuvo el alto precio de 158 fallecidos, de los que 101 eran infantes (Cuba 2002a).

El recrudecimiento del bloqueo norteamericano en la década de los años 90 coincide, como ya se mencionó, con la desaparición de la Unión Soviética y el resto de los países socialistas europeos con los cuales Cuba

mantenía un intercambio económico justo. Con los países socialistas europeos se realizaba el 80% del comercio exterior con condiciones de intercambio ventajosas respecto a las que se habrían producido si se consideraran los precios del mercado mundial. De estos países se obtenía el 63% de los alimentos que consumía la población, el 75% de los suministros requeridos por el proceso inversionista, el 98% del petróleo, el 86% de las materias primas y el 80% de maquinarias y equipos (s/a s/f; Rodríguez 1994; Pérez 1994). En esos mercados se situaba el 63% del azúcar producido, el 73% del níquel y el 95% de los cítricos (s/a s/f). Cuba se priva por la desintegración de la Comisión de Ayuda Mutua Económica de un financiamiento vital. Solo la ayuda soviética entre 1960 y 1990 se estima en 40 mil millones de dólares (Zimbalist 1989).

Como consecuencia de esta nueva situación económica, el país adoptó un conjunto de medidas para mantener los logros de la revolución cubana, sin tener que aplicar medidas neoliberales, para conseguir mayores beneficios económicos y sociales, con énfasis en los grupos más vulnerables (niños, mujeres y ancianos). No obstante, han ocurrido un conjunto de hechos que han repercutido en los niveles de ingreso en la población y en el incremento de la desigualdad. Entre los que han contribuido a modificar los niveles de ingreso - tendiendo a aumentarlo en algunos casos y a reducirlos en otros - se encuentran la despenalización de la tenencia de divisas, la recepción de remesas de divisas del exterior, la introducción de mecanismos de estímulo a la producción y a los servicios, el aumento de precios y tarifas de productos no vitales, la eliminación de ciertas gratuidades y la implantación de un sistema impositivo. A su vez, la rápida evolución del comercio informal y del trabajo por cuenta propia, y, en general, las presencias de diversas formas de obtención de divisas han repercutido en el aumento de las desigualdades (MINSAP-OPS/OMS 1996a).

El Comandante en Jefe Fidel Castro (2002a), dirigiéndose a los estudiantes de la enseñanza media en el X Congreso de la Federación Estudiantil de la Enseñanza Media reflexionaba acerca de “si realmente en nuestro Socialismo - del cual tenemos un alto concepto por el avance que ha representado en todos los terrenos y especialmente en lo social - existen plena justicia y real igualdad de posibilidades para todos los niños que nacen”. Y añadió que incluso, partiendo de los muchos logros de la Revolución expresados por esos jóvenes y que tan bien ellos representan, “la sociedad cubana está lejos de ser enteramente justa”.

Por otra parte, en la actualidad existe abundante información tanto sobre el estado de salud de la población, como sobre el panorama social del país y sobre las afectaciones del bloqueo a la salud de la población cubana; sin embargo, se puede decir que se está aún lejos de conocer cómo las disparidades sociales - trasladadas en desigualdades en los determinantes de salud - pueden impactar en el estado de salud de nuestra población.

Finalmente, para contar con un conocimiento detallado de los problemas que afectan la salud de la población se hace crecientemente necesario el estudio de la diversidad entre grupos humanos que, entre otras, presentan diferencias de acceso a los servicios de salud, diferencias geográficas, diferencias de género y diferencias socioeconómicas.

En síntesis, son tres los hechos que justifican la implementación de un sistema para monitorear la equidad en salud en Cuba:

- (1º) Las modificaciones sustantivas que se han producido en las condiciones de vida de la población y en otras esferas del quehacer económico y social unido a la disminución de la homogeneidad que caracterizaba a la población cubana.
- (2º) Se está aún distante de conocer cómo las disparidades sociales pueden impactar en el estado de salud de la población.
- (3º) Se hace necesario el estudio de la diversidad entre grupos humanos que presentan diferencias en diversos aspectos, entre ellas, las diferencias en el acceso a los servicios de salud, las geográficas y las socioeconómicas.

4.3 OBJETIVOS DEL SISTEMA

Los objetivos del sistema propuesto son:

- (A) 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, teniendo en cuenta una perspectiva temporal.
- (B) Determinar las relaciones existentes entre los niveles del estado de salud de la población y los niveles de los determinantes de la salud.
- (C) Valorar inequidad en salud resultantes de las desigualdades identificadas.

El sistema se estructura sustentado en las siguientes premisas:

- Que sea coherente con la política nacional de salud y con sus estrategias específicas.
- Que esté en consonancia con los recursos existentes en el país.
- Que sea sensible a cambios en la situación de salud y en los determinantes que se produzcan en un plazo relativamente corto.
- Que posea la suficiente flexibilidad para responder a las necesidades de los usuarios.
- Que complemente e integre la información disponible que producen otros mecanismos del Ministerio de Salud Pública y de otros organismos.

4.4 RESULTADOS ESPERADOS DEL SISTEMA

Se espera que el sistema

- (1) Ponga de manifiesto realidades en la situación de salud de la población actualmente no visibles.
- (2) Identifique elementos para la producción de alertas en salud, tanto dentro del sector salud como en otros sectores.
- (3) Produzca resultados útiles para la toma de decisiones político-administrativas en las diversas instancias del Sistema Nacional de Salud según la magnitud y la distribución del evento considerado.

4.5 COBERTURA Y UNIDADES DE ANÁLISIS

La cobertura del sistema es nacional y las unidades de análisis son los 169 municipios del país.

4.6 INFORMACIÓN A MONITORIZAR

El sistema obtendrá información tanto de naturaleza permanente, como ocasional. La información de carácter

permanente fluirá según procedimientos determinados, en tanto el contenido y los mecanismos de transmisión de la información ocasional se determinarán en los momentos necesarios de acuerdo a las circunstancias prevalecientes.

En el módulo de información permanente se monitorizará tanto el estado de salud de la población como sus determinantes. Las áreas del estado de salud a monitorizar serán:

- Mortalidad del menor de 5 años
- Mortalidad materna
- Mortalidad y morbilidad por causas específicas
- Estado nutricional
- Discapacidad

En lo que respecta a los determinantes, las áreas que serán objeto de monitoreo permanente, agrupadas por determinantes ¹³, son las siguientes:

DETERMINANTE	AREA
Atención médica	Recursos de salud
	Servicios de salud
Social	Política social
	Recursos para la educación
	Nivel de educación
	Recursos para la cultura
	Acceso a la cultura
	Práctica del deporte
	Estado de la vivienda
	Acceso a portadores energéticos
	Transporte
	Comunicaciones
Económico	Recursos económicos
	Fuerza de trabajo
Medio ambiente	Acceso a agua potable
	Acceso a saneamiento
Demográfico	Población y natalidad
	Movimiento migratorio
	Urbanización
	Matrimonios y divorcios

4.7 INDICADORES A MONITORIZAR

El proceso de selección de los indicadores a monitorizar en el sistema se inició con la identificación de potenciales indicadores que existieran desglosados para todos los municipios del país, los que fueron sometidos a la consideración, en aproximaciones sucesivas, de un nutrido grupo de expertos del sector salud y

¹³
No se es ajeno que existen múltiples formas de definir los determinantes de la salud. En el presente trabajo se utiliza la que parece más apropiada a los fines de agrupar las áreas objeto de monitoreo.

de otros sectores para evaluar su incorporación al sistema de monitoreo, atendiendo a condiciones que estos indicadores debían cumplir.

Las consultas fueron realizadas con funcionarios de la Oficina Nacional de Estadísticas, tanto de la Dirección Nacional de Información como del Departamento de Sistemas Estadísticos, de la Asamblea Nacional del Poder Popular, de los Ministerios de Educación, Cultura, Industria Básica, Trabajo y Seguridad Social, y Economía y Planificación, así como de los Institutos Nacionales de Deportes, Educación Física y Recreación, de la Vivienda, de Recursos Hidráulicos y de Planificación Física y de la Oficina Nacional del Carné de Identidad. En el sector salud las consultas se desarrollaron con funcionarios y especialistas de las Direcciones Nacionales de Estadística, de Epidemiología y de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública, de la Escuela Nacional de Salud Pública, del Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos, de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, así como de la Dirección Provincial de Estadística de Salud de Ciudad de La Habana. Por otra parte, se convocó a una reunión con expertos de los organismos no pertenecientes al sector salud con el objetivo de elaborar la propuesta que constituirían los indicadores de tipo social y económicos a incorporar en el sistema de monitoreo. Para el área de los indicadores del sector salud se efectuó una reunión con especialistas de diversas áreas (nutrición, medicina familiar, estadística, adulto mayor, enfermedades crónicas no transmisibles) para establecer la propuesta de indicadores sobre enfermedades, daños a la salud, causas de muerte y discapacidades a introducir en el sistema ¹⁴

Otras actividades realizadas a los fines de identificar los indicadores que serían monitorizados en el sistema, o aspectos muy relacionados con este proceso, fueron la revisión de dos tesis de doctorado en vías de presentación de docentes de la Escuela Nacional de Salud Pública ¹⁵, una reunión de trabajo con un grupo multidisciplinario (matemáticos, geógrafos, epidemiólogos y estadísticos) con el propósito de analizar clasificaciones de territorios que habían sido desarrolladas para evaluar su factibilidad de uso en el sistema de monitoreo, y una reunión de especialistas para discutir los diversos enfoques que pudieran aplicarse en el monitoreo de la mortalidad, la incidencia o la prevalencia en el caso de territorios pequeños.

A partir de que se puso de manifiesto que existe heterogeneidad en los sistemas de información de las provincias, fue necesario precisar si era posible calcular a nivel de municipio un conjunto de indicadores, y de ser esto posible, su periodicidad. Esta actividad la desarrollaron las Direcciones Provinciales de Salud y las Oficinas Provinciales de Estadística.

Asimismo, en el proceso de análisis para la incorporación de nuevos indicadores al sistema fueron revisados, entre otros:

- los principales indicadores para evaluar las áreas de intervención del programa de salud y calidad de vida (PSCV) y la versión española del EuroQol como uno de los sistemas existentes para medir la

En el anexo 1 se relacionan los funcionarios y expertos que participaron en las diversas reuniones y talleres realizados.

¹⁵ Tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud de las Dras. María Elena Astráin: "Clasificación de territorios según condiciones de vida por provincias y municipios" y María del Carmen Púa: "Análisis de Situación de Salud según condiciones de vida a nivel local".

calidad de vida asociada a la salud como consecuencia de las intervenciones sanitarias, cuyo sistema resulta recomendado para ser usado en estudios observacionales y en ensayos clínicos, con la desventaja de no ofrecer información a nivel municipal

- las encuestas nacionales de factores de riesgo, el sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles y el sistema simplificado de vigilancia de factores de riesgo (en fase de diseño) que incorpora criterios de la organización Mundial de la Salud y la experiencia acumulada por el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y el Ministerio de Salud Pública, y aunque se justificaría incorporar los determinantes de la salud considerados en este sistema, no se aplica a nivel de municipio
- los resultados de un estudio sobre indicadores positivos de salud considerados en una tesis de Maestría¹⁶ pero en el que las mediciones propuestas no se realizan a nivel municipal
- la propuesta de indicadores de sostenibilidad del programa de erradicación del mosquito *Aedes Aegypti* relacionados con el ambiente y la salud como parte de la estrategia para lograr la sostenibilidad en su etapa de consolidación.

La inclusión de estos procedimientos será considerada cuando se perfeccione posteriormente el sistema.

Dos actividades que tuvieron una importancia cardinal en la identificación de los indicadores a tener en cuenta en el sistema fueron los talleres desarrollados en la Escuela Nacional de Salud Pública. En el primero participaron especialistas del sector salud, en el cual se analizó, además de los indicadores hasta ese momento considerados, otros aspectos relacionados con la justificación, los objetivos y resultados esperados del sistema, la cobertura y unidad de análisis, las áreas de monitoreo, la propuesta de procedimiento para la recolección de la información, los procedimientos de análisis, la propuesta de un sistema georreferenciado a emplear y el diseño del Índice Territorial de Equidad en Salud. Asimismo, se brindó información sobre el programa "World Health Chart" que se prevé utilizar en una fase posterior de implementación del sistema.

Finalmente se realizó un segundo taller en el que los indicadores hasta el momento seleccionados del estado de salud de la población se valoraron respecto a los siguientes criterios:

- (1) Exista la información para todos los municipios del país.
- (2) Se base en información confiable.
- (3) Tenga capacidad discriminativa.
- (4) Presente diferencias territoriales.

Los indicadores seleccionados asociados con cada área del estado de salud de la población a ser monitorizados se relacionan a continuación:

¹⁶ "Positive health: an analysis of its applicability in Cuba" del Dr. Guillermo Mesa Ridel, presentada en la Universidad de Liverpool para la obtención del grado de Master in Philosophy, septiembre de 1997.

AREA	INDICADOR
Mortalidad del menor de 5 años	Tasa de mortalidad del menor de 5 años [global y por sexo]
Mortalidad materna	Número de defunciones maternas [total, directa e indirecta]
Mortalidad y morbilidad por causas específicas	Tasa de mortalidad global, por sexo y grupos de edades, tasa de mortalidad ajustada y años de vida potencialmente perdidos por las siguientes causas: • Enfermedades transmisibles Bronconeumonía y neumonía < 5, > 60 Enfermedad diarreica aguda < 5, > 60 • Enfermedades crónicas y daños a la salud Tumor maligno de mama 25-39, 40-59, > 60 Tumor maligno de útero 25-39, 40-59, > 60 Tumor maligno de pulmón 25-39, 40-59, > 60 Tumor maligno de próstata 40-59, > 60 Tumor maligno de íleo y colon 25-39, 40-59, > 60 Cardiopatía isquémica 25-39, 40-59, > 60 Accidentes del transporte < 5, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-59, > 60 Accidentes del hogar < 1, 1-4, 5-14, 15-49, 50-59, > 60 Lesiones autoinfligidas intencionalmente 15-24, 25-39, 40-59, > 60 Agresiones 15-24, 25-39, 40-59, > 60 Asma < 15, 15-24, 25-39, 40-59, > 60 Cirrosis alcohólica 40-59, > 60 Fractura de cadera > 60 Tasa de incidencia o prevalencia por sexo y grupos de edades de las siguientes causas: • Enfermedades transmisibles VIH-SIDA 15-40 Enfermedad diarreica aguda < 5, > 60 Tuberculosis pulmonar 15-59, > 60 Blenorragia 15-40 Sífilis 15-40 Escabiosis < 15 Pediculosis < 15 • Enfermedades crónicas y daños a la salud Lesiones autoinfligidas intencionalmente ; 15-24, 25-39, 40-59, > 60
Estado nutricional	Índice de bajo peso al nacer
Discapacidad	Número de discapacitados por cada 1000 habitantes [total y por sexo]

La fuente de información para estos indicadores es la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

En el propio taller los indicadores hasta el momento considerados de los determinantes se valoraron para su inclusión respecto a los criterios siguientes:

- (1) Exista la información para todos los municipios del país.
- (2) Se asocie al quehacer del municipio.

- (3) Se base en información confiable.
- (4) Tenga capacidad discriminativa.
- (5) Presente diferencias territoriales.
- (6) Sean modificables y en un plazo razonable.
- (7) Para los recursos y servicios de salud y política social: puedan contribuir a identificar desigualdades en algunos de los siguientes aspectos:
 - acceso y utilización de los servicios
 - eficiencia de la gestión sanitaria
 - calidad de la asistencia médica
 - satisfacción de la población

Los indicadores seleccionados a ser objeto de monitoreo relacionados con cada área de los determinantes, y sus fuentes básicas de información, se relacionan seguidamente:

AREA	INDICADOR	FUENTE ^{1a)}
Recursos de salud	Gasto per capital en salud asignado a los grupos presupuestarios “policlínicos” y “centros de higiene y epidemiología” (suma de ambos)	DPS
	Número de médicos de familia en la comunidad por 1000 habitantes.	
	Número de déficit de casas-consultorios del médico y enfermera de la familia por cada 100 habitantes	
	Número de enfermera(o)s en la atención primaria de salud (excluyendo los asignados a los Círculos Infantiles, centros de trabajo y escuelas) por cada 100 habitantes	
	Número de estomatólogo(a)s por cada 1 00 habitantes	MINSAP/DNE
	Número de sillones estomatológicos por cada 100 habitantes	
	Percentil 75 del número de personas atendidas por consultorio del médico y enfermera de la familia	EPFO
	Porcentaje de falta de medicamentos del cuadro básico en la farmacia principal municipal	
Servicios de salud	Número de casos vistos en consultas [total, en el consultorio, de terreno] del Médico General Integral por 1000 habitantes	DPS
	Ingresos en el hogar por cada 100 habitantes	
Política social	Número de plazas en hogares de ancianos, casas de abuelos o servicio semiinterno por cada 100 habitantes de 60 años o más	MINSAP/AAM
	Número de los siguientes servicios prestados por cada 100 discapacitados según tipo <i>tipo de discapacidad servicio prestado</i>	
	Sordera prótesis auditiva	
	. prótesis de miembros inferiores "s,ca-motora sin» mocas	
	Mastectomía I prótesis de mama	
	Porcentaje de adultos mayores (60 años y más) en condiciones de fragilidad [total y por sexo]	
	Porcentaje de adultos mayores frágiles atendidos [total y por sexo]	

Recursos económicos	Presupuesto municipal per capital	DPEP
	Producción mercantil per capital	OPE
	Total de ejecución física invertida	
Fuerza de trabajo	Relación de dependencia	
Recursos para la educación	Relación alumno-personal docente frente al aula en la enseñanza primaria	DPE
	Relación alumno-personal docente frente al aula en la enseñanza secundaria	
	Porcentaje de matrícula en la enseñanza primaria atendida en grupos de 20 o menos alumnos	
Nivel de educación de la población	Escolarización de la población menor de 14 años [global y por grupos de edades 6 a 11 y 12 a 14 años]	
Acceso a portadores energéticos	Porcentaje de viviendas con acceso a electricidad	OPE
Estado de la vivienda	Porcentajes de viviendas según estado técnico	DPV
	Porcentajes de viviendas según tipo habitacional	
	Porcentajes de viviendas según tipología constructiva	
Acceso a agua potable	Volumen (m ³) de agua suministrada por habitante	DPAA
	Tiempo medio (horas/día) de servicio de suministro de agua	
Acceso a saneamiento	Porcentaje de población con acceso a alcantarillado	
	Porcentaje de población con acceso a fosas sépticas y letrinas sanitarias	
Práctica del deporte	Número de practicantes sistemáticos en el deporte participativo por cada 100 habitantes [global y por sexo]	DPD
Transporte	Número de medios de transporte por habitante	DPT
Comunicaciones	Líneas telefónicas a la población por cada 100 habitantes	ETECSA
Recursos para la cultura	Número de habitantes por bibliotecas públicas	DPC
	Número de habitantes por casas de cultura y aficionados	
Acceso a la cultura	Número de actividades totales de casas de cultura y aficionados por cada 100 000 habitantes	
Movimiento migratorio	Tasa de migración interna neta	OPE
	Tasa de migración externa neta	
Matrimonios y divorcios	Relación divorcios-matrimonios	
Urbanización	Porcentaje de población urbana	
Nutrición	Porcentaje de desnutridos menores de 1 año	DPS
	Porcentaje de desnutridos de 1 a 4 años	
	Porcentaje de menores de 1 año con riesgo de desnutrición	
	Porcentaje de embarazadas con peso deficiente al inicio del embarazo	
	Porcentaje de embarazadas con anemia en el tercer trimestre del embarazo	
	Porcentaje de adultos mayores con deficiencia energética crónica	
Medio ambiente	Porcentaje de población con cobertura de recogida de residuales sólidos	DPSC

Natalidad y población	Tasa global de fecundidad	OPE
	Tasa de fecundidad temprana (15 a 19 años)	
	Porcentaje de población con 60 años y más	
	Densidad poblacional	
(a)	: Empresa Cubana de Telecomunicaciones S.A. (Nivel Central) :	
ETECSA	Empresas Provinciales de Farmacias y Ópticas : Direcciones	
EPFO	Provinciales de Acueductos y Alcantarillados : Direcciones	
DPAA	Provinciales de Cultura : Direcciones Provinciales de Deporte :	
DPC	Direcciones Provinciales de Educación : Direcciones Provinciales de	
DPD	Economía y Planificación : Direcciones Provinciales de Salud :	
DPE	Direcciones Provinciales de Servicios Comunes	
DPEP		
DPS		
DPSC		
DPT	Direcciones Provinciales de Transporte	
DPV	Direcciones Provinciales de la Vivienda	
MINSAP/AAM	Dirección Nac. de Atención al Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública	
MINSAP/DNE	Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública Oficinas	
OPE	Provinciales de Estadística	

La información, salvo para ciertos indicadores, se recogerá con periodicidad anual.

Debe hacerse notar que acorde con el principio de revisión quinquenal de los Sistemas de Información Estadística Complementarios (SIEC), corresponde en el año 2003 realizar el proceso de perfeccionamiento del SIEC de Salud que, entre otros aspectos a modificar, se encuentra una mayor descentralización del sistema, más elementos de la actividad preventiva y de las acciones de la atención primaria, y la inclusión de subsistemas diferenciados para la gestión administrativa. Por tanto, en una fase posterior deberá revisarse los indicadores incluidos en el sistema en correspondencia con el perfeccionamiento que se realice en el SIEC de Salud.

Adicionalmente, como parte del módulo permanente se contemplan los resultados del Sistema de Vigilancia de la Opinión de la Población de la Unidad de Análisis y Tendencias de Salud que monitoriza sistemáticamente los criterios que los usuarios y los prestadores tienen acerca de los servicios de salud, lo que posibilita valorar los problemas fundamentales que afectan la satisfacción. El sistema da cobertura a los 169 municipios del país, y la información se obtiene a través de encuestas semi estructuradas que se aplican en las unidades de salud, y se incluye el análisis de las opiniones que entran al sistema por otras fuentes, tanto del sector salud como de otros sectores. Entre los aspectos que se consideran en los usuarios se hallan las condiciones de las instalaciones y el trato recibido, mientras que para los prestadores se encuentran los recursos para brindar la atención, lo inherente a las relaciones de trabajo y sus expectativas.

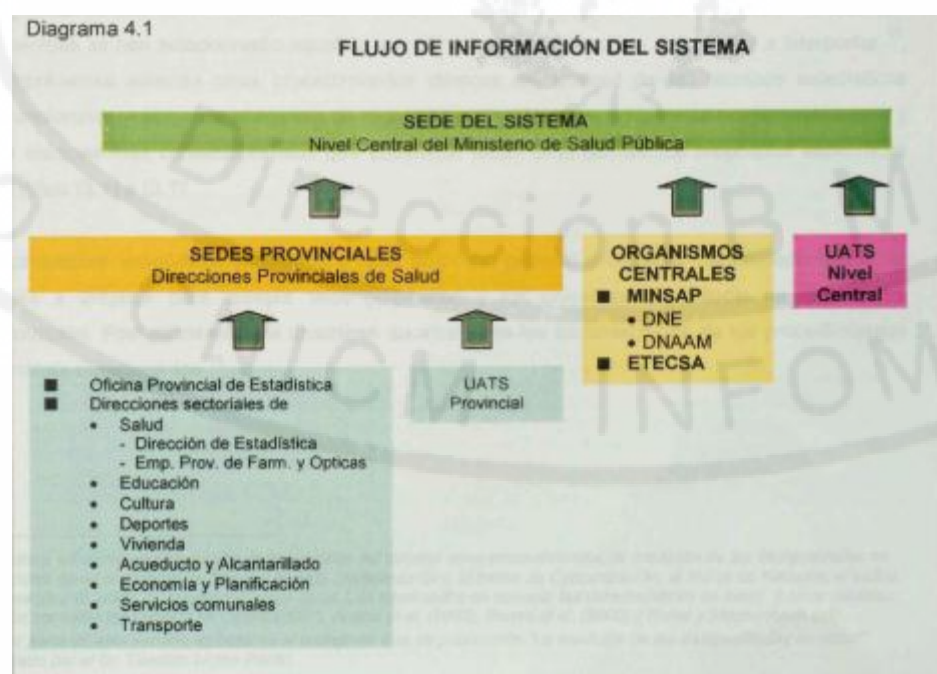
4.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la sede del sistema - ubicada en el Nivel Central del Ministerio de Salud Pública - se procesará centralmente la información proveniente de tres fuentes: las sedes provinciales del sistema, organismos nacionales y la Unidad de Análisis y Tendencias de Salud (UATS) del nivel central. Los organismos nacionales que brindarán información a la sede central serán, del propio Ministerio de Salud Pública, la Dirección Nacional de Estadística y la Dirección Nacional del Adulto Mayor; y ETECSA.

En las sedes provinciales del sistema radicadas en las Direcciones Provinciales de Salud se recogerá la información generada en el Departamento Provincial de Estadística de Salud, en la UATS provincial, en la Empresa Provincial de Farmacias y Ópticas, en la Oficina Provincial de Estadística y en las direcciones provinciales sectoriales de educación, cultura, deportes, vivienda, acueducto y alcantarillado, economía y planificación, servicios comunales, y transporte.

La información que brindan tanto los organismos nacionales como provinciales serán desagregados según los municipios que le tributan.

El flujo de información descrito se resume en el diagrama 4.1.



4.9 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS

El análisis de la información resultante del sistema tiene como propósitos generales:

- (1) Monitorizar en tiempo y espacio la mortalidad, la incidencia o la prevalencia, según corresponda, de las enfermedades y daños a la salud definidos.
- (2) Identificar los patrones de distribución espacio-temporal de las áreas consideradas del estado de salud de la población y de los determinantes.
- (3) Determinar la relación existente entre los niveles de mortalidad, incidencia o prevalencia y los niveles de los determinantes.
- (4) Identificar el potencial impacto de las intervenciones que se realicen en la dinámica de las series de tiempo del estado de salud de la población o de los determinantes que se consideran.

El tercero de los objetivos expuestos constituye un aspecto cardinal del sistema y está en concordancia con el énfasis emergido en años recientes de la necesidad de monitorizar las relaciones que existen entre el estado de salud de la población con su estatus socioeconómico, que en el sistema que se propone se extiende a otros elementos de los determinantes de la salud. En correspondencia con este interés, se han venido utilizando un cuerpo de medidas - algunas importadas de diversas áreas como la economía o la epidemiología - de muy variada complejidad para medir, en general, las desigualdades en salud, y en particular, para asociar tales desigualdades con los niveles socioeconómicos de las poblaciones estudiadas. De este conjunto de medidas se han seleccionado aquellas que en general son sencillas de calcular e interpretar¹⁷, incorporándose además otros procedimientos clásicos del arsenal de las técnicas estadísticas convencionales - como es el análisis de regresión o las dójimas de hipótesis no paramétricas - y otras técnicas más contemporáneas que posibilitan todas ellas cumplir los propósitos específicos de análisis (3.1) a (3.7).

Los propósitos específicos asociados a cada propósito general enunciado, los procedimientos de análisis a emplear para cumplir tales propósitos y los universos de estudio se exponen a continuación. Posteriormente, se describen sucintamente las características de los procedimientos de análisis mencionados ¹⁸.

¹ Pudiera valorarse en una versión perfeccionada del sistema otros procedimientos de medición de las desigualdades en salud tales como el coeficiente Gini y el pseudo coeficiente Gini, el Índice de Concentración, el Índice de Kakwani, el Índice de Sinergia y el Índice de Dispersión, entre otros. Los interesados en conocer las características de estas y otras medidas pueden consultar los trabajos de Dachs (2001), Anand et al. (2002), Borrell et al. (2000) y Kunst y Mackenbach (s/f).

¹⁸ Una parte de esta sección se basa en el trabajo en vías de publicación "La medición de las desigualdades en salud" elaborado por el Dr. Cándido López Pardo.

PROPOSITO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	UNIVERSO DE ESTUDIO
(1.1) Detectar incrementos significativos en el tiempo de la mortalidad, la incidencia o la prevalencia de las enfermedades o los daños a la salud considerados.	• Canal endémico basado en el método de Texas	Conjunto de todos los municipios, agrupaciones de municipios y cada municipio en particular.
(1.2) Identificar los municipios con un exceso significativo de mortalidad, incidencia o prevalencia de las enfermedades o daños a la salud tenidos en cuenta para cada categoría de indicadores seleccionados de los determinantes.	■ Comparación del indicador Brecha Reducible (BR) con valores críticos [Decil 1, Cuartil 1, Cuartil 3, Decil 9]	Conjunto de todos los municipios o agrupaciones de municipios.
(2.1) Identificar si existen agrupaciones de municipios con valores de los indicadores notoriamente altos o bajos.	■ Análisis de autocorrelación espacial (Coeficiente de Moran y Razón de Geary) • Método de Grimson	(ídem)
(2.2) Determinar la existencia de clusters en el tiempo.	■ Método Sean ■ Método de Chen	Conjunto de todos los municipios, agrupaciones de municipios y cada municipio en particular.
(2.3) Evaluar tendencias y establecer pronósticos.	• Regresión mínimo-cuadrática • Alisamiento exponencial ■ Modelación ARIMA (según características de las series)	(ídem)
(2.4) Identificar patrones estacionales y calcular índices estacionales	■ Análisis clásico ■ Alisamiento exponencial ■ Modelación ARIMA-SARIMA (según características de las series)	(ídem)
(3.1) Identificar la relación que existe entre valores o niveles de mortalidad, incidencia o prevalencia y categorías de los determinantes.	■ Análisis de correlación ■ Análisis de regresión ■ Pruebas de hipótesis (clásicas o no paramétricas) para contrastar valores entre diversas categorías	(ídem).
(3.2) Determinar la diferencia absoluta o relativa de la mortalidad, incidencia o prevalencia entre el estrato de mejor condición del determinante y los restantes estratos.	■ Diferencia absoluta ■ Diferencia relativa	Municipios agrupados en estratos según niveles del indicador considerado del determinante.
(3.3) Determinar el cambio promedio de l valor del indicador de mortalidad, incidencia o prevalencia (variable dependiente) por cada unidad de cambio del indicador del determinante (variable independiente)	■ Índice de Efecto Absoluto	(ídem)

Determinar las variaciones relativas entre los cambios promedios del indicador de mortalidad, incidencia o prevalencia (variable dependiente Y) entre intervalos sucesivos de valores del indicador del determinante considerado (variable independiente X)	■ Cociente entre las pendientes de la recta de ajuste de los valores de Y para cada intervalo de X).	(idem)
(3.5) Evaluar en qué proporción disminuiría (o aumentaría) la mortalidad, incidencia o prevalencia global de la enfermedad o daño a la salud considerado si todos los estratos experimentaran el riesgo del estrato de mejor condición del determinante tenido en cuenta.	■ Riesgo Atribuible Poblacional del valor global del indicador de mortalidad, incidencia o prevalencia respecto al estrato de mejor condición del determinante.	(idem)
(3.6) Evaluar en qué proporción disminuiría (o aumentaría) la mortalidad, incidencia o prevalencia de la enfermedad o daño a la salud tenido en cuenta en cada estrato si experimentara el riesgo del estrato de mejor condición del determinante tenido en cuenta.	■ Riesgo Atribuible Poblacional del valor de mortalidad, incidencia o prevalencia del valor de cada estrato respecto al estrato de mejor condición del determinante.	(idem)
valuar los riesgos relativos de mortalidad, incidencia o prevalencia de las enfermedades o daños a la salud considerados en cada estrato respecto al estrato de mejor condición del determinante ajustado a factores que pudieran confundir el efecto de las variables tenidas en cuenta.	■ Regresión tipo Poisson	(idem)
(4.1) Identificar si ha habido un cambio significativo en la dinámica de la serie de tiempo en los puntos de ruptura (momentos en que se han efectuado las intervenciones) o en su entorno.	■ Prueba de punto de ruptura de Chow	Conjunto de todos los municipios, agrupaciones de municipios y cada municipio en particular

Seguidamente se describen brevemente los procedimientos de análisis. Se agrupan según los objetivos específicos enunciados.

(1.1) Detectar incrementos significativos en el tiempo de la mortalidad, la incidencia o la prevalencia de las enfermedades o los daños a la salud considerados

Las técnicas que se emplean para la detección oportuna de problemas de salud se sustentan habitualmente en la comparación de los valores observados de una variable que cuantifica el problema en cuestión (por ejemplo, la tasa de incidencia de una enfermedad dada) con los valores que hubieran de ocurrir en presencia de “normalidad”.
Un procedimiento empleado frecuentemente es la construcción de un gráfico conocido como “canal endémico” o

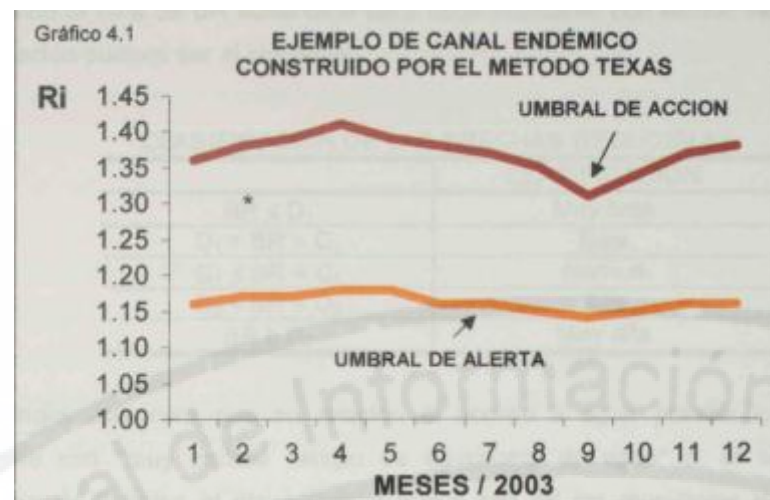
“curva epidémica”. Este gráfico establece los límites de lo “esperado”, y por ende define asimismo los valores epidémicos. Como unidades de tiempo para el análisis habitualmente se consideran trimestres, meses o semanas según el problema en cuestión. Para la construcción del gráfico se obtienen valores medios y dos límites, uno superior y otro inferior, basado en lo observado en un período base, actuando en forma similar a las curvas de control de calidad que se utilizan en la producción. Las formas de obtener las cifras medias y los límites pueden ser variadas (Amador y Redondo 1964; Camel 1985); por ejemplo, para cada unidad de tiempo como valores medios se consideran las medianas, como límite superior los valores inferiores al máximo observado (los “inframáximos”), y como límite inferior los valores superiores al mínimo (los “supramínimos”). De esta manera el gráfico queda dividido en 4 zonas

19

Sin embargo, como ha sido demostrado (López 1994b), este diseño de canal endémico proporciona un diagnóstico correcto de la situación de salud (en términos de estado normal/epidemia) solo cuando la serie no presenta una tendencia marcada. Si la serie tiende a disminuir, como puede ocurrir cuando ha sido eficiente una determinada intervención (una campaña de vacunación, por ejemplo), el canal endémico subdiagnostica la situación; por el contrario, si la tendencia es ascendente, el canal endémico sobrediagnostica la situación. Luego, el riesgo a una conclusión falso negativa o falso positiva depende de lo marcado de la tendencia al descenso o al ascenso existente.

Se hace necesario, por tanto, construir un canal endémico tal que tome en cuenta tanto el efecto estacional como el efecto tendencial. Con este fin es particularmente útil el diseño de un gráfico sustentado en la aplicación del método Texas. Este método fue creado con el propósito de monitorizar la aparición de determinados problemas de salud asociados a la presencia de factores ambientales (Hardy et al. 1990). El procedimiento, ya aplicado a la construcción de un canal endémico, se basa en el establecimiento para cada unidad de tiempo del período de observación, digamos meses, de un “umbral de alerta” y de un “umbral de acción”; de esta manera, el gráfico queda estructurado en 3 zonas: por encima del umbral de acción, entre el umbral de acción y el umbral de alerta, y por debajo del umbral de alerta (gráfico 4.1).

Habitualmente la que se halla por encima del límite superior se le denomina “zona epidémica”, la que se encuentra entre el límite superior y los valores medios se conoce como “zona de alarma”, la que se ubica entre las cifras medias y el límite inferior “zona de seguridad”, y la ubicada por debajo del límite inferior se le llama “zona de éxito”.



Posteriormente, ya cuando se hace uso del gráfico, se calcula la razón R_i entre los valores observados O_i y los esperados E_i para cada momento, y se determina si el valor de R_i se encuentra en la zona de “normalidad” (por debajo del umbral de alerta), de “alerta” o de “acción”¹⁹. Los valores que definen el umbral de alerta y de acción se basan en principios probabilísticos y se pueden hallar utilizando el programa CLUSTER (Aldrich y Drane 1993). Los valores esperados para cada momento se pueden obtener a partir de lo observado en el período base por diversos procedimientos según sea la característica de la serie, por ejemplo, a través de la técnica de alisamiento exponencial con 3 parámetros

(1.2) Identificar los municipios con un exceso significativo de mortalidad, incidencia o prevalencia de las enfermedades o daños a la salud tenidos en cuenta para cada categoría de indicadores seleccionados de los determinantes.

Para agrupaciones de municipios (los pertenecientes a una provincia, por ejemplo) o todos los municipios del país, según se considere, se pueden identificar aquellos con un exceso significativo de mortalidad, incidencia o prevalencia de las enfermedades o daños a la salud considerados para cada categoría de indicadores seleccionados de los determinantes, de la forma siguiente:

1º) Calculando para cada municipio el indicador Brecha Reducible (BR), dado por

$$BR = \text{tasa observada} / \text{tasa menor registrada} \quad 2^\circ) \text{ Estableciendo valores críticos}$$

de BR obtenidos a partir de lo observado en todos los municipios. Tales valores críticos pudieran ser el Decil 1 (D₁), el Cuartil 1 (C₁), el Cuartil 3 (C₃) y el Decil 9 (D₉).

¹⁹

En el gráfico se muestra para febrero un valor de $R_i = 1.27$, resultante de observar ese mes 80 casos de una enfermedad (O_i) cuando era de esperarse 63 (E_i). La ubicación del valor en el gráfico superior al umbral de alerta, pero no de acción, pudiera implicar en la práctica la toma de determinadas acciones, diferentes a las que se ejecutarían si el valor de R_i estuviera por encima del umbral de acción.

3º) Contrastando la cifra de BR observada para cada municipio con dichos valores. Un criterio de clasificación pudiera ser el siguiente:

CLASIFICACION DE LAS BRECHAS REDUCIBLES	
	CLASIFICACION
$BR < D_i$	Muy baja
$D_i \wedge BR < C_i$	Baja
$C_j \wedge BR < C_3$	Normal
$C_3 < BR < D_g$	Alta
$BR > D_g$	Muy alta

A título de ejemplo, considere que en relación al acceso a agua potable los municipios se categorizan como con “muy escaso tiempo de suministro de agua” si el tiempo medio de abastecimiento es de 2 horas al día o menos y que son 18 los municipios del país con esta característica. Por otra parte, para ese mismo conjunto de municipios, la tasa de mortalidad de menores de 5 años oscila entre 6.5 y 9.6 por 1000 nacidos vivos, encontrándose que las cifras de BR se hallan entre 1.00 (para el municipio cuya tasa es de 6.5) y 1.48 (para el municipio en que la tasa es 9.6) hallándose que $D_i = 1.04$, $C_i = 1.13$, $C_3 = 1.38$ y $D_g = 1.45$. Si un municipio en particular registrara una tasa de 6.6 por 1000 nacidos vivos - lo que implicaría una BR de 1.02 (inferior al D_i) - su brecha reducible pudiera clasificarse como de muy baja, en tanto si otro tuviera una tasa de 9.2, equivalente a una BR de 1.42 (entre C_3 y D_g), su brecha reducible se clasificaría de alta. En el primero, poco puede hacerse relativamente para reducir la tasa de mortalidad del menor de 5 años en condiciones de escaso abastecimiento de agua potable; en el otro, pudiera reducirse mucho más la mortalidad en iguales condiciones del determinante.

(2.1) Identificar si existen agrupaciones de municipios con valores de los indicadores notoriamente altos o bajos.

En los últimos años se ha manifestado un creciente interés en el desarrollo de métodos para el análisis espacial de eventos en salud (Werneck y Struchiner 1997) (Bailey 2001) (Cámara y Vieira 2001) y se han realizado diversas investigaciones empleando estos métodos para identificar áreas donde residen grupos de población que requieren de una prioridad de intervención relacionada con la incidencia de diversas enfermedades ²⁰. En particular, se trata de determinar si existe un **cluster** en el espacio de territorios que presenten tasas significativamente altas, y eventualmente bajas, de un problema de salud en particular, entendiendo que existe **cluster** cuando tal agrupación no es aleatoria. Dos estadísticas que contribuyen a este fin son el Coeficiente de Moran y la Razón de Geary que son medidas de autocorrelación espacial. Ambas medidas identifican si similares valores de una variable tienden a agruparse en un mapa - indicando la presencia de autocorrelación espacial positiva o que valores diferentes tienden a agruparse -denotando la presencia de autocorrelación espacial negativa o bien que los valores tienden a estar aleatoriamente esparcidos, reflejando ausencia de

²⁰ Aunque este interés se ha exacerbado en fechas recientes, el desarrollo de métodos para identificar la presencia de agrupaciones no aleatorias de casos de una enfermedad en el espacio, o simultáneamente en tiempo y espacio, se viene realizando desde hace décadas. Una revisión de los procedimientos más utilizados al comienzo de los 80 se realiza por López (1980) y al inicio del decenio de los 90 por los Centers for Disease Control (1990).

autocorrelación espacial (Griffith y Amrhein 1991).

Otro procedimiento que contribuye a identificar **clusters** en el espacio es el propuesto por Grimson, Wang y Johnson (1981). Este método permite determinar si para una región definida entre áreas adyacentes (digamos, municipios) existe una agrupación de tasas, o en general de cualquier otro indicador, excesivamente altas, o más en general, si sobrepasan determinado valor. La prueba de agrupamiento se basa en la comparación del número observado de fronteras adyacentes compartidas entre áreas con tasas definidas como altas (áreas de alto riesgo) con una cifra esperada, asumiendo que las áreas de alto riesgo están distribuidas aleatoriamente dentro de la región. El procedimiento puede ejecutarse a través del programa CLUSTER (Aldrich y Drane 1993).

(2.2) **Determinar la existencia de clusters en el tiempo.**

Al igual que pueden identificarse **clusters** en el espacio, pueden identificarse **clusters** en el tiempo, entendiendo como tal una agrupación de casos en el tiempo más allá que lo que el azar puede explicar. Un procedimiento útil para la identificación de **clusters** en el tiempo es el método sugerido por Naus (1965) conocido como “estadística escudriñadora” (**scan statistics**). En este procedimiento todos los casos son ordenados de acuerdo a la fecha de ocurrencia del evento estudiado, por ejemplo, la fecha de diagnóstico de una enfermedad considerada, y se define un intervalo, o “ventana”, que se mueve a lo largo de todo el período de observación, determinándose cuántos casos hay en cada ventana. Dado un valor de nivel de significación α (digamos, 0.05), si $p < \alpha$ se concluye que existe cluster en el tiempo, siendo p la probabilidad de que el número de casos en cualquier ventana sea mayor o igual que un valor n bajo la hipótesis de que la distribución de casos en el tiempo es aleatoria, siendo n el número máximo de casos observados en cualquier ventana.

Un aspecto particularmente importante en la aplicación de este método es la determinación del tamaño de la ventana ya que de él depende el valor de p , y de este valor, a su vez, depende o no que se decida si existe cluster en el tiempo. Si la enfermedad es transmisible, el tamaño de la ventana pudiera ser el período de transmisibilidad; la dificultad surge cuando se consideran enfermedades crónicas o daños a la salud. El método asume que la población en riesgo permanece relativamente estable en el período de estudio (Aldrich y Drane 1993). Este procedimiento no permite - como lo facilita el “canal endémico” - la vigilancia permanente del problema; el análisis se realiza a posteriori que se ha obtenido toda la información para el período de estudio, habitualmente un año.

Otro procedimiento para detectar **clusters** en el tiempo de una enfermedad, o problema de salud en general, es el propuesto por Chen, Mantel, Connelly e Isacson (1982). El método se sustenta en la comparación de la longitud del tiempo observado entre casos sucesivos con un valor de intervalo crítico, basado este en la tasa histórica de la enfermedad y el tamaño de la población en riesgo. Si cada uno de los intervalos de tiempo observados entre casos en el período de estudio es más pequeño que el intervalo crítico se declara que existe

un incremento del problema de salud considerado. En la aplicación de este procedimiento se debe prestar atención al cálculo de la tasa histórica en pequeños territorios.

(2.3) Evaluar tendencias y establecer pronósticos.

El análisis de una serie histórica de un indicador que traduce el estado de salud de una población debe comenzar por responder, respecto al período observado, las siguientes preguntas (López 1994c):

- ¿se ha modificado la calidad del diagnóstico del problema de salud analizado?
- ¿se han producido cambios en las definiciones y clasificaciones empleadas?
- ¿se ha modificado la forma de cálculo del indicador?
- ¿se han originado cambios relacionados con la calidad y/o cobertura del registro?
- ¿se han producido modificaciones en las características de la población subyacente?

En esencia, antes de comenzar el análisis de una serie uno debe preguntarse: ¿los cambios - o los no cambios - en los valores del indicador reflejan modificaciones - o no modificaciones - reales en el evento estudiado, o existen otras razones que explican los valores observados?

Existen diversos procedimientos para evaluar tendencias en una serie histórica y establecer pronósticos. Uno de ellos es considerando el análisis como un problema de regresión donde la variable dependiente es el indicador tenido en cuenta y la variable independiente es el tiempo, y aplicando el método de los mínimos cuadrados ²¹. El método se basa en la obtención de una ecuación que constituya un “buen” ajuste a la serie observada y permita, por tanto, modelarla. El procedimiento pudiera grosso modo resumirse en las siguientes etapas:

(1°) Identificación de la función que se quiere ajustar. Digamos que en general es del tipo

$$y_t = b_0 + b_1 z_t$$

donde y_t es el valor estimado del indicador para un momento t determinado, z_t es una transformación de la variable t , y b_0 y b_1 son valores que hay que determinar. La variable t toma valores $1, 2, \dots, n$, donde n es el número de períodos considerados, años por ejemplo.

(2°) Cálculo de los valores b_0 y b_1 .

(3°) Determinación de si es adecuada la función definida.

La identificación de la función a ajustar se puede realizar mediante la consulta con especialistas sobre la evolución histórica del indicador considerado o mediante procedimientos analíticos. El cálculo de b_0 y b_1 se puede ejecutar computacionalmente, y la determinación de si es adecuada la función definida se realiza asimismo a través de procedimientos analíticos.

²¹ Quizás, debido a su esencia, mejor debiera denominarse en español “de los cuadrados mínimos (the “method of least squares” en inglés).

Cuando se emplean procedimientos analíticos, la identificación de cuál función utilizar se realiza habitualmente seleccionando aquella que produce el mejor ajuste entre la variable dependiente y el ajuste considerado, definido como mejor ajuste el que genera el mayor Coeficiente de Determinación. En este sentido, se ha alertado (López 1994a) que no debe olvidarse al determinar la función que modelará la tendencia, que debe buscarse la mejor representación de la realidad con la mayor simplicidad posible; debe cumplirse el “principio de la parquedad”: elegir la función más simple entre aquellas que produzcan resultados similares. Esta idea se abandona en ocasiones cuando se matematiza innecesariamente el análisis, o cuando se olvida la esencia del fenómeno que se estudia, o cuando el problema se analiza (en realidad, mal se analiza) con la ausencia de los especialistas del problema objeto de estudio. La validez de la función definida se determina a través de la prueba F ²².

Otro procedimiento previsto para emplear cuando se requiera en la elaboración de pronósticos es el alisamiento exponencial. A diferencia del método de los mínimos cuadrados que se utiliza en el análisis de series históricas extrapolando su uso del análisis de regresión, las técnicas de alisamiento exponencial están diseñadas específicamente para emplearse en el análisis de series de tiempo. De las diversas técnicas de alisamiento exponencial existentes, en series de datos anuales es particularmente útil el alisamiento exponencial con dos parámetros, o técnica de Holt- Winters. Un asunto relativamente complejo de resolver hasta el advenimiento de programas computacionales era determinar el valor de los parámetros de la ecuación (a y P en el caso mencionado) que mejor se ajustara a los valores observados; en el presente, entre otros, el programa EViews resulta útil para ejecutar este análisis. Los interesados en profundizar sobre esta técnica, en particular sus aspectos teóricos, pueden consultar la obra de Pulido (1989a).

Asimismo, cuando se justifique su empleo, las series históricas serán analizadas a través del enfoque Box-Jenkins, o modelación ARIMA (Auto Regressive Integrated Moving Average). La esencia de este enfoque radica en que toda serie de tiempo, en su forma original o resultado de ciertas transformaciones, puede ser considerada como generada por una cierta clase de modelo ARIMA. El procedimiento de análisis consiste, por tanto, en determinar cuál tipo de modelo ARIMA es el que genera la serie analizada y, una vez identificado, emplearlo a los fines de pronóstico. Un programa útil para realizar este análisis es el SSS (Statistical Software for Public Health Surveillance). El empleo de este enfoque constituye hoy en día el non plus ultra del tratamiento de las series cronológicas, pero, como expresó López (1994a), sin lugar a dudas, es una técnica que mucho se usa, en ciertos casos se desusa, en ocasiones mal se usa, y frecuentemente de ella se abusa.

(2.4) Identificar patrones estacionales y calcular índices estacionales.

Por estacionalidad deberemos entender la presencia de variaciones en la serie cronológica (las “variaciones estacionales”) que tienden a repetirse en ciertos períodos del año, por ejemplo, en determinados meses. La estacionalidad debe tomarse en cuenta cuando es de interés analizar tendencias, y posteriormente establecer pronósticos, estando los datos referidos a unidades de tiempo menores que un año, digamos meses o trimestres, y se desea un análisis de la tendencia a esa misma escala, además de cuando se desea estudiar los patrones

²² Un paquete de programa estadístico particularmente útil para realizar estos análisis es *Econometric Views (EViews)*.

estacionales que rigen la presencia de un cierto evento. En este último tipo de análisis se inscriben, por ejemplo, los estudios a propósito de las potenciales variaciones estacionales de problemas de salud, como la incidencia de determinadas malformaciones congénitas o el suicidio.

El análisis clásico - que parte de la concepción de que en el valor de una variable en un momento definido operan, o pueden operar, un componente de “tendencia”, las “variaciones estacionales”, “las variaciones cíclicas” y los “movimientos irregulares”²³ - se sustenta en un proceso de desestacionalización de la serie que tiene como propósito eliminar los efectos estacionales con el fin de obtener una estimación más precisa de la tendencia. El procedimiento pudiera resumirse en las siguientes etapas²⁴ (López 1994a):

- (1º) Ajuste de una función de tendencia a los datos originales (por ejemplo, mediante el método de los mínimos cuadrados).
- (2º) Obtención de los Índices Estacionales para cada período considerado (utilizando, por ejemplo, el método de relación con la tendencia).
- (3º) Cálculo de los valores de la serie desestacionalizada.
- (4º) Obtención de una nueva ecuación de tendencia con los datos desestacionalizados.

Otro procedimiento que puede utilizarse para el análisis de la estacionalidad es el alisamiento exponencial con tres parámetros - técnica conocida como de Holt-Winters con tratamiento de estacionalidad - que difiere del alisamiento exponencial con dos parámetros en que se incorpora un parámetro adicional (γ) y, que al igual que a y p , puede tomar valores entre 0 y 1. Los cálculos de los valores de los tres parámetros que definen la ecuación que mejor se ajusta a los datos se puede realizar a través del programa EViews donde además se obtienen los valores de los índices estacionales asumiendo un modelo aditivo o multiplicativo²⁵.

El enfoque Box-Jenkins puede emplearse asimismo en el tratamiento de series históricas considerando la estacionalidad de la serie. Un modelo Box-Jenkins tomando en cuenta la estacionalidad es el producto de dos modelos: un modelo ARIMA para la llamada parte regular de la serie (la que no contempla la estacionalidad), y otro modelo ARIMA para la parte estacional de la serie; este último modelo es conocido como modelo SARIMA (Pulido 1989b). Los cálculos para este análisis pueden realizarse utilizando el programa SSS.

(3.1) Identificar la relación que existe entre valores o niveles de mortalidad, incidencia o prevalencia y categorías de los determinantes.

Con este propósito se pueden emplear una variedad de procedimientos estadísticos en función, entre otros aspectos, del objetivo del análisis y del tipo de dato considerado. Estos procedimientos pudieran, por simplicidad,

²³ Pulido (1987) atribuye esta concepción al trabajo de Warren M. Pearson “Índices of Business Conditions” publicado en *Review of Economics and Statistics* en enero de 1919.

²⁴ Se asume un patrón de estacionalidad estático. Sobre los tipos básicos de patrones de estacionalidad puede consultarse el trabajo de Pupo, González, Neninger y Gómez (1983).

²⁵ Dos formas básicas de relacionar el componente tendencial con el estacional es a través de un modelo “aditivo” o un modelo “multiplicativo”. En el modelo aditivo el valor de una variable en un momento t determinado se explica por la relación $y_t = T_t + E_t$ donde T_t es el valor de tendencia para ese momento, y E_t es el valor dado por el efecto estacional, en tanto en el modelo multiplicativo el valor y_t se explica mediante la relación $y_t = T_t \times E_t$. Una reflexión acerca de cuál de ambos modelos utilizarla realiza López (1994a).

agruparse en tres grandes conjuntos ²⁶:

- los análisis de correlación que posibilitan determinar el tipo y la intensidad de la relación que existe entre dos o más variables, sustentado, por ejemplo, en el cálculo del Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson, del Coeficiente de Correlación de Rangos de Spearman o del Coeficiente Phi - y sus correspondientes pruebas de significación - según el tipo de dato considerado; ejemplo de su uso sería determinar la magnitud y el tipo de asociación que existe entre la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años y el porcentaje de población con acceso a alcantarillado;
- los análisis de regresión que hacen posible estimar el valor de una variable dependiente en función de una o más variables independientes como, por ejemplo, estimar la incidencia de escabiosis en función del tiempo medio de servicio de suministro de agua y del porcentaje de viviendas en mal estado técnico;
- el conjunto de procedimientos que se inscriben bajo la categoría de pruebas de hipótesis que posibilitan, digamos, determinar si los valores de mortalidad, incidencia o prevalencia de una enfermedad o daño a la salud difieren significativamente entre categorías de un indicador de los determinantes (por ejemplo, niveles del porcentaje de falta de medicamentos del cuadro básico de la farmacia principal municipal); estas pruebas se agrupan en aquellas “clásicas” (por ejemplo, el Análisis de Varianza de un criterio de clasificación) o las conocidas como “no paramétricas” o de “distribución libre” (la prueba de Krusal-Wallis, por ejemplo).

²⁶ Para profundizar sobre las características de los procedimientos que se mencionan puede consultarse obras ya clásicas tales como las de Siegel (1956), Steel y Torrie (1960), Draper y Smith (1981), Mostellery Rourke (1973) y Fleiss (1981).

(3.2) **Determinar la diferencia absoluta o relativa de la mortalidad, incidencia o prevalencia entre el estrato de mejor condición del determinante y los restantes estratos.**

Para los municipios agrupados en estratos de acuerdo a niveles del indicador considerado del determinante (por ejemplo, según niveles de porcentaje de población urbana) sean, para cada indicador del estado de salud de la población

t_0 : el valor observado para el estrato de mejor condición del determinante
 dado
 $t_1, t_2, \dots, t_k$: los valores observados para los restantes estratos (en general, t_j ,
 $j = 1, 2, \dots, k$)

Para cada estrato la diferencia absoluta de la mortalidad, incidencia o prevalencia respecto al estrato de mejor condición del determinante considerado viene dada por

$$D_j = t_j - t_0$$

que se interpreta como cuánto más es el valor del indicador en términos absolutos en el estrato en cuestión respecto al valor en el estrato de mejor condición del determinante. El valor resultante estará dado en las mismas unidades de medida del indicador considerado. Si el indicador tenido en cuenta es una tasa de mortalidad o morbilidad, la medida cuantifica el número de muertes o casos evitables por cada cierta cantidad de habitantes (de acuerdo a la forma en que está construido el indicador), en el caso de que el estrato en cuestión tuviera las características del estrato de mejor condición del determinante. Similares interpretaciones se harían si fuera de otro carácter el indicador considerado.

A su vez, la diferencia relativa de la mortalidad, incidencia o prevalencia respecto al estrato de mejor condición del determinante considerado viene dada por

$$R_j = t_j / t_0$$

que se interpreta como cuántas veces más es el valor del indicador en el estrato en cuestión respecto al valor en el estrato de mejor condición del determinante. El valor resultante es adimensional, es decir, no está dado en las unidades de media del indicador considerado. Si el indicador tenido en cuenta es una medida de mortalidad, o de un hecho negativo en general, el resultado es el Riesgo Relativo de presentar tal hecho de cada estrato en particular respecto al estrato de mejor condición del determinante tenido en cuenta.

A su vez, el cociente entre dos R_j diferentes, digamos R_4/R_3 , mide cuantas veces más es el valor del indicador en el estrato 4 respecto al estrato 3. De igual manera, si el indicador tenido en cuenta es una medida de un evento negativo, el cociente obtenido es el Riesgo Relativo de un estrato respecto al otro de presentar tal evento.

(3.3) Determinar el cambio promedio del valor del indicador de mortalidad, incidencia o prevalencia (variable dependiente) por cada unidad de cambio del indicador del determinante (variable independiente)

Si se tienen en total n estratos, y para cada estrato se considera como variable dependiente un determinado indicador del estado de salud de la población y como variable independiente una medida cuantitativa de un cierto determinante (como pudiera ser el número de medios de transporte por habitante) a la pendiente ($b^{\wedge}$ de la recta de regresión que se obtiene se le ha denominado Índice de Efecto Absoluto (Kunst y Mackenbach s/f). Es decir, hecho el ajuste

$$y_{EST} = b_0 + b_i x$$

donde y_{EST} es el valor estimado del indicador de salud y x el valor de la variable independiente, al coeficiente b_i es el que se conoce como Índice de Efecto Absoluto.

La interpretación del Índice de Efecto Absoluto, aunque muy asociada a cada análisis en particular sería, grosso modo, el aumento promedio (si la pendiente es positiva) o el descenso promedio (si la pendiente es negativa) del valor del indicador por cada unidad de cambio de la variable independiente.

Por otra parte, es posible determinar si el ajuste hecho asumiendo un modelo de relación lineal entre la variable dependiente y la independiente es o no válido. De no ser válido, sería recomendable emplear otro modelo con alguna transformación de la variable x que mejor se ajuste a los datos (por ejemplo, $x^{1/2}$, $1/x$, x^2 , o $\ln x$); en este caso, ya b_i no sería una pendiente y la interpretación de este coeficiente dependería de la transformación empleada.

(3.4) Determinar las variaciones relativas entre los cambios promedios del indicador de mortalidad, incidencia o prevalencia (variable dependiente Y) entre intervalos sucesivos de valores del indicador del determinante considerado (variable independiente X)

Con frecuencia ²⁷ la relación que media entre una variable dependiente de bienestar (Y) y una variable independiente de ingreso (X) es de I tipo

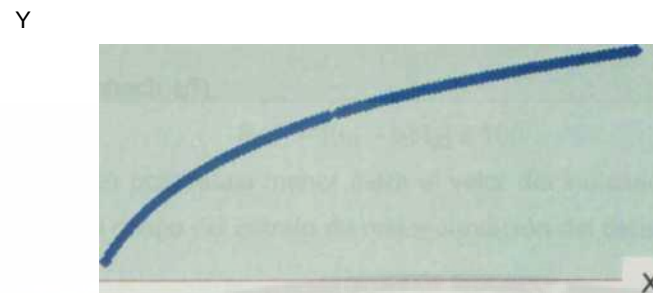
$$Y_{EST} = b_0 + b_i \ln x$$

²⁷

Veáse por ejemplo:

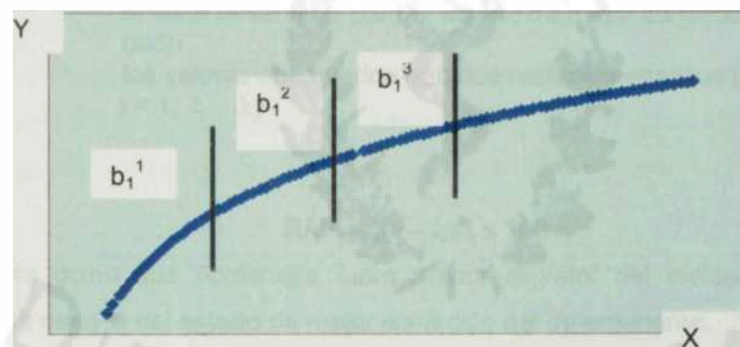
- López y Calvo (2001) donde Y es el Índice de Salud Municipal y X es el ingreso real per capita anual de los municipios de Bolivia.
- * López (2002) donde X es el Índice de Desarrollo Humano y Equidad Modificado y Y el PIB real per capita para 23 países de América Latina y el Caribe.
- Kawachi y Kennedy (2002) donde, basado en datos del PNUD, X es el PIB ajustado a paridades de poder adquisitivo per capita y Y es la esperanza de vida al nacer para un conjunto de países.

como se muestra



que traduce un efecto decreciente de X en Y.

En estos casos, una manera sencilla de analizar los cambios de Y a distintos niveles de X es particionar la curva en regiones que pueden corresponder, por ejemplo, con intervalos en que se ha estratificado X (López 2002), como se ilustra.



Así, para cada intervalo (estrato) se pudiera ajustar una recta. Si existen n estratos las pendientes $b_1^1, b_1^2, \dots, b_1^n$, en general b_1^i , darían los incrementos promedios de Y (por ejemplo, la tasa de no incidencia de blenorragia) por cada unidad de cambio de X (digamos el gasto por habitante en atención primaria de salud). A su vez, el cociente entre las pendientes b_1^i y b_1^{i+1} (por ejemplo, b_1^1 / b_1^2) informaría cuántas veces más es el cambio promedio de Y en el estrato i comparado con el estrato $i + 1$.

(3.5) *Evaluar en qué proporción disminuiría (o aumentaría) la mortalidad, incidencia o prevalencia global de la enfermedad o daño a la salud considerada o si todos los estratos experimentaran el riesgo del estrato de mejor condición del determinante tenido en cuenta.*

Si los municipios se agrupan en estratos según niveles de un determinado indicador de los determinantes, el objetivo expuesto se logra con el cálculo del Riesgo Atribuible Poblacional del

valor global del indicador respecto al valor del estrato de mejor condición del determinante considerado. Sean, para cada indicador del estado de salud de la población

t_o : el valor observado para el estrato de mejor condición de un determinante dado para Cuba, o una región definida, por ejemplo, provincias
 t_e : el valor global del indicador para Cuba o para una región definida

Entonces (Kunst y Mackenbach s/f),

$$RAP = [(t_G - t_o)/t_e] \times 100$$

que se interpreta como qué porcentaje menor fuera el valor del indicador globalmente si todos los estratos experimentaran el riesgo del estrato de mejor condición del determinante.

(3.6) *Evaluar en qué proporción disminuiría (o aumentaría) la mortalidad, incidencia o prevalencia de la enfermedad o daño a la salud tenido en cuenta en cada estrato si experimentara el riesgo del estrato de mejor condición del determinante tenido en cuenta.*

De igual manera, de agruparse los municipios en estratos de acuerdo a niveles de un cierto indicador de los determinantes, el objetivo descrito se alcanza con el cálculo del Riesgo Atribuible Poblacional de cada estrato respecto al valor del estrato de mejor condición del determinante considerado. Sean, como ya se definió, para cada indicador del estado de salud de la población
 t_o : el valor observado para el estrato de mejor condición de un determinante dado
 $t_1, t_2, \dots, t_k$: los valores observados para los restantes estratos (en general, t_j $j = 1, 2, \dots, k$)

Entonces,

$$RAP_j = [(t_j - t_o)/t_j] \times 100$$

que se interpreta como qué porcentaje fuera menor el valor del indicador en el estrato j si experimentara los riesgos del estrato de mejor condición del determinante.

(3.7) *Evaluar los riesgos relativos de mortalidad, incidencia o prevalencia de las enfermedades o daños a la salud considerados en cada estrato respecto al estrato de mejor condición del determinante ajustado a factores que pudieran confundir el efecto de las variables tenidas en cuenta.*

Con el fin de lograr el objetivo propuesto se puede emplear un análisis de regresión en el que se asume que la variable dependiente sigue una distribución de Poisson a diferencia de los métodos tradicionales de regresión en que se asume que esta variable sigue una distribución normal. La aplicación que se hará de esta técnica en el sistema de monitoreo se realizará utilizando el paquete de programas SSS en el que se pueden introducir dos variables independientes clasificatorias que, en nuestro caso, una serían los estratos del indicador del determinante (digamos, según porcentaje de embarazadas con anemia al comienzo del embarazo) y la otra una variable de ajuste que pudiera confundir la relación que existe entre las tasas y los estratos (por ejemplo, el número de médicos de la familia en la comunidad por 1000 habitantes) siendo la variable dependiente,

digamos, el número de defunciones maternas directas. Los riesgos relativos se obtendrían respecto al estrato de mejor condición del determinante para cada categoría de la variable de ajuste y globalmente. Otros resultados pueden ser asimismo obtenidos con el empleo de este procedimiento (División of Surveillance and Epidemiology/CDC s/f).

(4.1) *Identificar si ha habido un cambio significativo en la dinámica de la serie de tiempo en los puntos de ruptura (momento en que se han efectuado las intervenciones) o en su entorno.*

Tanto para el conjunto de todos los municipios del país, como para agrupaciones de municipios (por ejemplo por provincias) o para cada municipio en particular, se puede determinar a través de la prueba de Chow si una cierta intervención ha modificado la dinámica de la serie histórica de un indicador en particular. Esta dócima es la forma más popular de poner a prueba si los parámetros asociados con un conjunto de datos son los mismos asociados con otro conjunto de datos (Kennedy 1996). La ejecución de esta prueba puede realizarse mediante el programa EViews (Chow's Breakpoint Test) en la que los datos se particionan en dos o más subconjuntos y se especifican los potenciales puntos de ruptura.

Un asunto que se debe tener presente, es que el análisis de la mortalidad, la incidencia o la prevalencia de las enfermedades o daños a la salud considerados se realiza en algunos municipios que pueden tener poblaciones relativamente pequeñas ²⁸ Cuando la frecuencia del evento considerado es baja y adicionalmente la población es muy pequeña, las tasas resultantes pueden presentar gran variabilidad y modificarse notablemente en un mismo territorio con la adición o sustracción de unos pocos casos. Seguidamente se presenta una síntesis de aspectos metodológicos relacionados con el análisis de problemas de salud en poblaciones pequeñas ³⁰

Una buena parte de los mapas epidemiológicos se construyen como mapas temáticos donde el conjunto de territorios considerados se representan de forma distinta según la intensidad con que se presenta la variable de interés. Esta manera de mostrar el mapa tiene el inconveniente de que se pueden apreciar valores muy diferentes entre áreas que son vecinas (ocasionando el aspecto descrito como “colcha de retazos”) y generalmente estas variaciones extremas no son debidas al comportamiento del evento en sí, sino a fluctuaciones aleatorias que se producen sobre todo cuando se trabaja con poblaciones pequeñas (Martins et al. 1998).

Se han propuesto varias alternativas de solución a este problema, y una de ellas es la de realizar el análisis con unidades de agregación mayores, tanto espaciales como temporales. Sin embargo, esta agregación se contradice con el propósito principal de utilizar unidades territoriales pequeñas y permitir identificar las áreas con mayor riesgo para priorizar las intervenciones. Otra de las alternativas de solución es sustituir los valores de las tasas de mortalidad o morbilidad por probabilidades (los llamados “mapas de probabilidad”), pero tal enfoque tiene, entre otras, la desventaja de que los valores de probabilidad no tienen siempre una interpretación adecuada, además de no tomar en cuenta las similitudes esperadas entre áreas contiguas (Martins et al.

²⁸ La población de los municipios en Cuba oscila entre menos de 9000 habitantes (Ciénaga de Zapata con 8990 habitantes al 31 de diciembre del 2001) y una cifra más de 50 veces superior (Santiago de Cuba con 478612 habitantes en la misma fecha) (ONE 2002h).

1998).

Otra solución es el empleo de técnicas de suavizamiento espacial a través de medias móviles, de manera que la tasa para un territorio en particular constituya una media de las tasas del territorio en cuestión y de los territorios vecinos, estando la vecindad definida por criterios de contigüidad. Una desventaja de este método viene dada por su propia concepción, pues puede suavizarse demasiado el mapa y desaparecer las diferencias que se pretende detectar (Werneck y Struchiner 2001).

Como se expresó, cuando se trabaja con poblaciones pequeñas, los indicadores globales, como las tasas brutas, generalmente resultan inestables debido al reducido tamaño del denominador de los indicadores, pero este hecho es aún más notable si se pretende calcular indicadores específicos según grupos de edad y sexo, debido a que discretos cambios en los integrantes de la población a estudiar afectan estas estructuras. Este hecho distorsiona la medición del problema de salud estudiado, por lo que al realizar comparaciones del indicador entre distintas poblaciones, o para la misma población en diferentes periodos de tiempo, se sugiere tipificar las tasas por el método indirecto (Dever 1984; Cusik y Elliot 1992).

Esta manera de tipificación se sustenta, en su esencia, en la aplicación de las tasas específicas para cada categoría de la variable de ajuste (digamos, grupos de edades) de una población de referencia a la distribución de una cierta población de interés distribuida según las mismas categorías de la variable de ajuste. Como resultado de la tipificación se obtiene la llamada Razón de Mortalidad Estandarizada, dada por relación entre las defunciones observadas en la población analizada y las defunciones esperadas si tuviera el patrón de tasas de la población que se tomó como referencia ²⁹.

Se demuestra, con un enfoque más moderno, bajo el supuesto que los valores observados de casos se distribuye según una distribución de Poisson y que son mutuamente independientes, que el estimador máximo verosímil del riesgo coincide con la Razón Estandarizada de Mortalidad (Bernadinelli et al. 1995).

Una de las alternativas más empleada para solucionar el problema que nos ocupa son los métodos Bayesianos empíricos y los Bayesianos puros, los que al estimar el riesgo de un área pequeña utilizan la información que le brindan las áreas vecinas definidas por criterios de adyacencia. Al basarse en esta información, estos métodos disminuyen el efecto de las fluctuaciones aleatorias no asociadas al riesgo y permiten ofrecer mapas suavizados, teniendo en cuenta la correlación espacial entre las áreas vecinas. Estos modelos consideran que la variación del comportamiento del evento en el espacio tiene dos fuentes: una es la variación Poisson (dada por la Razón Estandarizada de Mortalidad), y otra por la variación extraPoisson, la cual explica el resto de la variación inexplicada en el modelo. El abordaje Bayesiano permite mostrar estas variaciones en un modelo jerárquico en el cual aparecen representados varios términos lineales: uno para la media global del mapa y otros para los efectos del área. Para cada uno de los efectos se puede especificar una distribución a priori multivariante y de

²⁹ El método directo de estandarización se basa en la aplicación de las tasas específicas para cada categoría de la variable de ajuste de la población analizada a la distribución de una población de referencia según las mismas categorías de la variable de ajuste. Como resultado se obtiene la llamada Cífra de Mortalidad Comparativa.

esta manera se incorpora al modelo obtenido y al mapa realizado toda la información susceptible de tener influencias sobre el evento epidemiológico de interés (Clayton, Bernardinelli y Montomoli 1993; Souza et al. 1998; Bernardinelli et al. 1995).

El modelo de Bayes empírico surge como una alternativa dada la aparente imposibilidad de obtener analíticamente la distribución a posteriori, de manera que la inferencia de este modelo no se basa en la distribución verdadera, sino en una aproximación del parámetro Lambda (parámetro escalar de la densidad conjunta que representa la variabilidad geográfica). Sin embargo, el punto más débil del procedimiento es, precisamente, que no toma en cuenta la incertidumbre relacionada con el parámetro Lambda y ello afecta los intervalos de confianza obtenidos para el riesgo (Bernardinelli et al. 1995).

Por otra parte, la aplicación del método Bayes puro ha estado entorpecida por problemas computacionales, pero recientes desarrollos en el área de la computación proporcionan una manera de vencer estas dificultades. La idea es simular mediante muestreos sucesivos la distribución a posteriori conjunta del riesgo relativo.

Obtener información de la distribución a posteriori permite hacer una computación sencilla de la estimación puntual y por intervalos, y por lo tanto valorar la incertidumbre en la superficie del mapa, lo cual no es resuelto por la estimación Bayesiana empírica. En lugar de utilizar una estimación de Lambda, el método de Bayes puro requiere de la especificación a priori de una distribución para Lambda que puede ser obtenida mediante la aplicación del muestreador de Gibbs. Esta aplicación en el mapeo de enfermedades fue primero propuesto por Clayton (1989) y por Besag, York y Mollie (1991).

La aplicación del método Bayesiano puro, más complejo, puede realizarse mediante el uso de los programas WinBUGS y GeoBUGS. El WinBUGS está diseñado para análisis estadísticos complejos usando las técnicas de las cadenas de Markov y el método de Monte Carlo, en tanto el GeoBUGS es un módulo adicional al WinBUGS que permite mapear las Razones Estandarizadas de Mortalidad.

4.10 DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN GEORREFERENCIADO ³⁰

En el trabajo en el Sistema Nacional de Salud se integran diferentes tipos de información, entre ellas, la demográfica, la social, la económica, la de eventos de salud y condiciones asociadas, la vinculada al propio Sistema y la opinión de la población sobre su salud y los servicios que recibe. De esta información se estima que cerca del 80% está relacionada con una ubicación geográfica que facilita la toma de decisiones de los gerentes de salud. Por tanto, tales gerentes necesitan tomar sus decisiones basados en toda la información y las evidencias de que disponen, por lo que para mejorar la eficiencia gerencial requieren de sistemas de Información efectivos y oportunos, de métodos y técnicas para el análisis epidemiológico y de herramientas para el manejo y

³⁰ El autor agradece al Lic. Roberto González, Geógrafo de la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, nivel central, sus ideas para la elaboración de este acápite.

análisis de los datos. Estos elementos los pueden ofrecer los Sistemas de Información Geográfica (SIG), que consisten en un conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado, capaz de recolectar, almacenar, manipular y visualizar todo tipo de información referenciada geográficamente.

Los SIG son sistemas de información diseñados para trabajar con datos referenciados por coordenadas espaciales o geográficas y su principal característica es que están integrados por información de tipo cartográfica asociada a bases de datos que contienen atributos no geográficos. En ellos se integra información de diversas fuentes y diferentes formatos de datos para compatibilizar períodos de tiempo y para trabajar con diferentes niveles territoriales, además de contar con algunas herramientas muy útiles en el manejo de capas de información y en el tratamiento de dicha información mediante análisis espaciales. Dado que la representación espacial de los eventos de salud ha recibido un indiscutible impulso con la introducción y desarrollo de aplicaciones de los SIG en este sector, y aunque con anterioridad ya se hacía uso de mapas y croquis para la descripción espacial de los fenómenos que en él se analizan, los SIG han permitido incluir los análisis al unísono de varios factores con el empleo de herramientas como las del manejo de capas de información.

A los efectos de ser considerado en este sistema, se hizo una búsqueda de los sistemas computacionales más adecuados y accesibles en SIG y se entendió como el más conveniente el SIG Epi, versión 1.0, de reciente creación por parte del Programa de Análisis Especial de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, dadas sus bondades en cuanto a accesibilidad, a las posibilidades de sus atributos computacionales, al manejo de capas de información y al empleo de diferentes metodologías de análisis espacial. Entre las capas de información a manejar en el sistema que se propone estarán cada una de las variables a emplear y que presenten un referenciación territorial a nivel provincial y municipal de acuerdo con los objetivos del estudio.

Los resultados obtenidos mediante los análisis que se realicen se plasmarán en diferentes juegos de mapas a escala nacional en concordancia con los indicadores empleados y con los niveles territoriales de referencia, o sea nivel de municipio y/o a nivel de provincias.

Las posibilidades del empleo del Software SIG Epi en el sistema de monitoreo de la equidad en salud se resumen seguidamente:

Herramientas básicas	Unidades territoriales de análisis	Variables a emplear	Resultados finales esperados
Manejo de capas de información georeferenciada	Provincias y/o Municipios	Todas las del estudio que tengan referenciación geográfica	Mapas temáticos en los que se muestre el patrón de distribución de las variables según la combinación de las diferentes capas
Técnicas de análisis espacial	Provincias y/o Municipios	Todas las del estudio en correspondencia con el tipo de técnica	Tablas, gráficos y mapas temáticos que muestren los patrones de distribución de las variables estudiadas
La combinación de ambas herramientas básicas	Provincias y/o Municipios	Todas las del estudio en correspondencia con el tipo de técnica y el nivel de georeferenciación	Tablas, gráficos y mapas temáticos que muestren los patrones de equidad

4.11 SALIDAS DEL SISTEMA

El sistema tendrá un conjunto de salidas permanentes en forma de tablas, gráficos y mapas con un formato definido con la información más relevante. Adicionalmente, el módulo de salida consiente la elaboración de esos mismos soportes con carácter temporal cuando las circunstancias lo requieran.

4.12 USUARIOS DEL SISTEMA

Los usuarios del sistema serán los niveles de dirección estatales, del sector salud y de otros sectores, que requieran para su gestión de la información generada. En principio, todas las instituciones involucradas en el suministro de información (véase diagrama 4.1) serán usuarias del sistema. Por otra parte, serán asimismo usuarios, de acuerdo a las necesidades, las organizaciones políticas y de masa y los medios de comunicación. La periodicidad de publicación de los resultados permanentes será anual, y la de los resultados ocasionales con la periodicidad con que se requiera. Los canales de información se establecerán de acuerdo a las características de los usuarios.

4.13 DISEÑO DE UN INDICE TERRITORIAL DE EQUIDAD EN SALUD ³¹

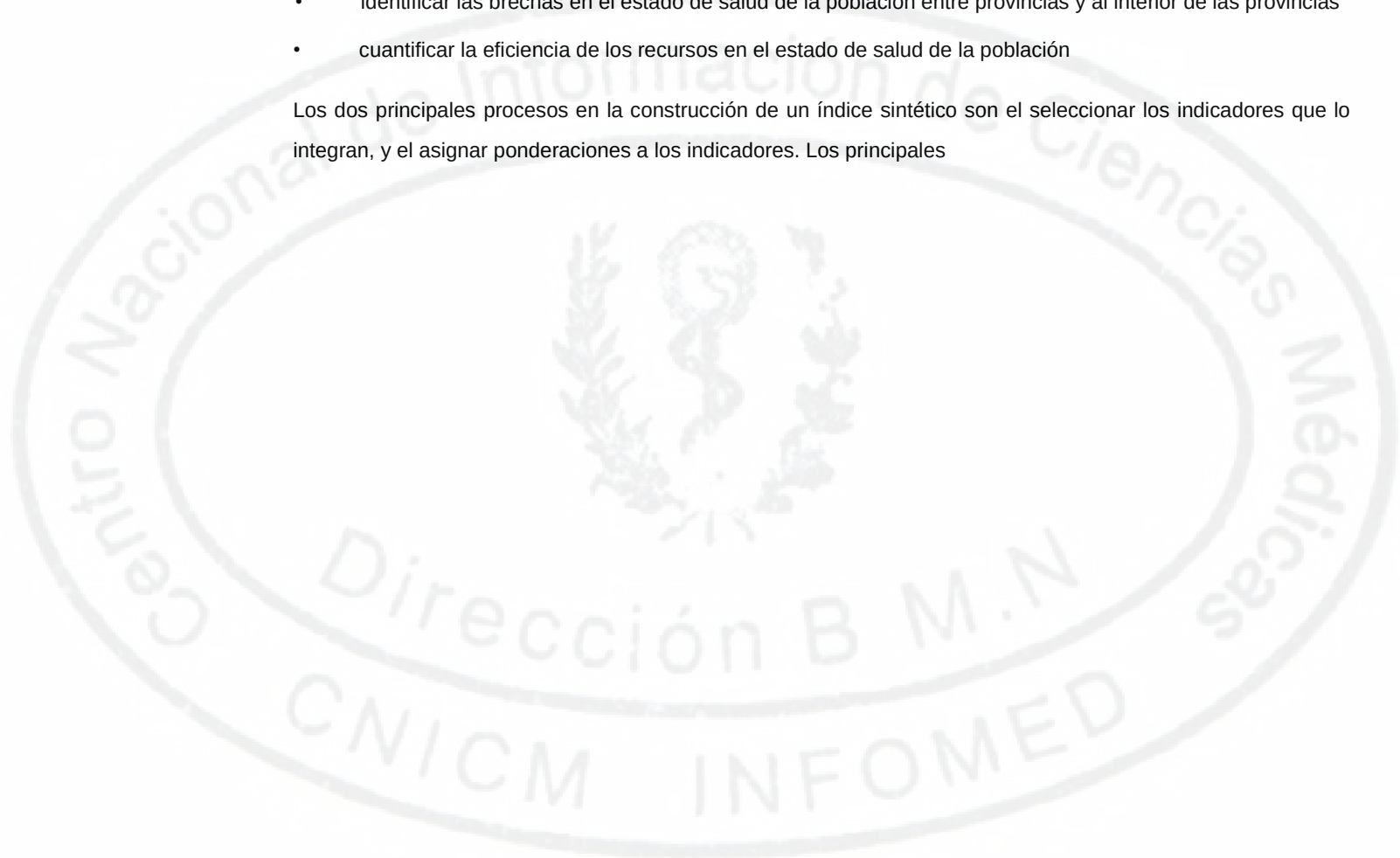
En una fase ulterior del sistema cuando se disponga de una masa crítica de información que posibilite construirlo,

³¹ Esta sección se inspira en el trabajo Construcción de Indices sintéticos en salud: alternativas metodológicas” en elaboración por el Dr. Cándido López Pardo

se diseñará un Índice Territorial de Equidad en Salud. El propósito de este índice es tratar de capturar en una cifra única la esencia del estado de salud de un municipio con un concepto integral de salud. Con el empleo de este índice se pueden obtener, entre otros, los siguientes resultados:

- jerarquizar a los municipios del país según su grado de desarrollo global en salud
- determinar si existen agrupaciones espaciales de municipios con valores significativamente altos o bajos del índice
- establecer una jerarquía de las provincias de acuerdo a su situación global de salud
- identificar las brechas en el estado de salud de la población entre provincias y al interior de las provincias
- cuantificar la eficiencia de los recursos en el estado de salud de la población

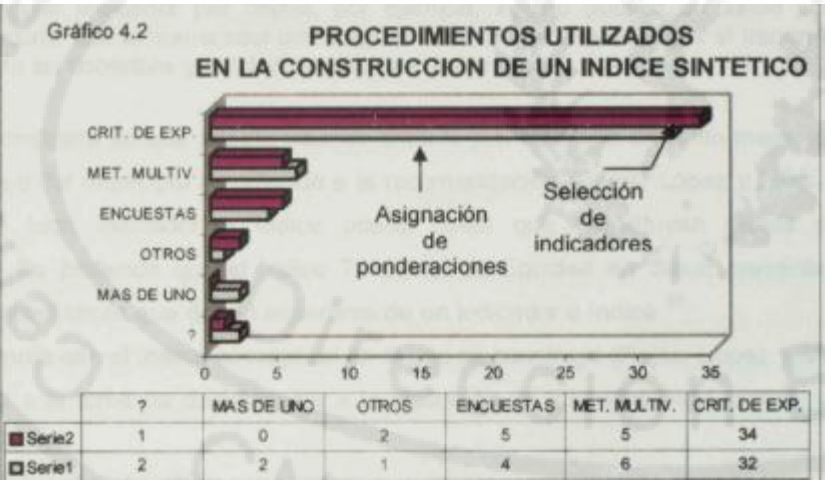
Los dos principales procesos en la construcción de un índice sintético son el seleccionar los indicadores que lo integran, y el asignar ponderaciones a los indicadores. Los principales



procedimientos que se utilizan para desarrollar estos procesos son el criterio de expertos, los métodos multivariados y la realización de encuestas. ¿Qué experiencia existe en el uso de estos procedimientos? Cuarenta y siete Índices sintéticos fueron considerados para responder esta interrogante, y clasificados según el aspecto esencial que pretendían medir. Los resultados de esta clasificación se presentan seguidamente ³²

■ Desarrollo en salud a escala de países	13
■ Desarrollo en salud a escala de regiones de un país	3
■ Desarrollo humano o global a escala de países	13
■ Desarrollo humano o global a escala de regiones de un país	9
■ Aspectos del desarrollo humano a escala de países	2
■ Aspectos del desarrollo humano a escala de regiones de un país	3
■ Calidad de vida a escala de regiones de un país	2
■ Adelanto científico y tecnológico a escala de países	2

En el gráfico 4.2 se muestran las distribuciones de los procedimientos empleados.



Como se aprecia, el procedimiento más frecuentemente utilizado tanto para la selección de indicadores, como para la asignación de ponderaciones, en la construcción de un índice sintético es el criterio de expertos.

Por otra parte, los indicadores que se consideran para potencialmente formar parte del índice pueden presentar, entre otros, los siguiente atributos problemáticos (López 2000):

³² La relación de indicadores considerados dentro de cada categoría se presenta en el anexo 2.

- Los que pueden tenerse en cuenta en más de una dimensión en las que habitualmente se estructura un índice.

Por ejemplo, la «esperanza de vida al nacer» ¿se considera como un indicador demográfico, como del estado de salud de la población en tanto medida de resumen de los niveles de mortalidad?
- Aquellos cuyo valor deseable depende de los niveles obtenidos.

Digamos, ¿hasta qué nivel debe aspirarse de «consumo de energía eléctrica»? Bajos niveles denotan poco acceso de la población a un servicio indispensable, pero, ¿niveles muy altos no pudieran indicar un derroche de este tipo de energía?
- Los que se refieren a universos diferentes.

La «tasa de desempleo», por ejemplo, para algunos países corresponde solo a las zonas urbanas, mientras que para otros atañe al total nacional.
- Los que disponen de fuentes de información diferentes para sus componentes.

En cualquier indicador per capital, por ejemplo, «gasto público en salud por habitante», puede ocurrir que el numerador provenga de una fuente diferente que el denominador, con la diferencia en cobertura y calidad que pueden tener ambas fuentes.

El índice se construirá tal que adopte valores entre 0 y 1, más alto en tanto mejor es la situación relativa de salud del municipio atendiendo a la recomendación (Rojas, López y Silva 1994) que es deseable que todo indicador o índice posea cotas que constituyan metas razonables e interpretables. Se pretende que el Índice Territorial de Equidad en Salud presente además las siguientes características que deben esperarse de un indicador o índice

- Sea coherente con el marco conceptual en el que se construye (Rojas, López y Silva 1994).
- Contribuya a la toma de decisiones y a la ejecución de intervenciones (Rojas, López y Silva 1994).
- Refleje brechas injustas (Braveman 1998).
- Considere tanto aspectos del estado de salud como de los determinantes (Braveman 1998).
- Incluya indicadores tanto proximales como distales de los determinantes (s/a 1999)
- Presente validez de contenido (Rojas, López y Silva 1994).
- Posea capacidad discriminativa (Swaroop 1969)(Rojas, López y Silva 1994).
- Sea simple de calcular (Swaroop 1969)(Rojas, López y Silva 1994).
- Sea comprensible para quien lo debe interpretar (Swaroop 1969).

Otros aspectos relativos a la selección del valor de referencia a los efectos de calcular el índice, a la forma de evaluación (como nivel alcanzado o como dinámica del cambio) y a la aplicabilidad del índice a los efectos de las intervenciones, se discuten por López (2000).

Es conocido que el índice a construir presenta, al menos, dos limitaciones:

- Resume un problema complejo en una cifra única.
- Cuando se emplea para medir cambios en el tiempo los valores pueden ser mal interpretados si los indicadores que componen el índice se mueven en direcciones diferentes (Dibben et al. 2001).

Por ello, la valoración del índice debe complementarse con el análisis de los niveles y tendencias de cada indicador singularmente.

4.14 LIMITACIONES DEL SISTEMA

La identificación de las relaciones que pueden darse entre los niveles y tendencias del estado de salud de la población, y los niveles y tendencias de los determinantes de la salud, se realiza en este sistema a través de un enfoque ecológico. Según Silva (1996) - quien reivindica el uso de este enfoque - los estudios ecológicos han ido perdiendo presencia en la investigación epidemiológica contemporánea debido en parte al temor que despierta la falacia ecológica y en parte a prejuicios, de ellos el más arraigado y pernicioso, la convicción de que las variables medidas a nivel de grupo no representan agentes causales de enfermedad. Adicionalmente, como señalan Kunts y Mackenbach (s/f), el valor de los estudios ecológicos radica en que pueden indicar el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la salud cuando no se dispone de información a nivel individual. Más aún, señalan estos autores, la comparación entre áreas puede proporcionar información altamente relevante para las políticas a nivel local, dado que identifican con nitidez las áreas con exceso de problemas de salud. No obstante, no debe asumirse que las relaciones que se identifiquen en este estudio entre los niveles y tendencias del estado de salud de la población y los niveles y tendencias de los determinantes se expresen asimismo a nivel individual.

Las referencias dadas corresponden a los autores que han señalado como deseable la característica en cuestión.

Conclusiones

- (A) Se justifica la implementación en Cuba de un sistema de monitoreo de la equidad en salud por las modificaciones sustantivas que se han producido en las condiciones de vida de la población y en otras esferas del quehacer económico y social unido a la disminución de la homogeneidad que caracterizaba a la población cubana, porque se está aún distante de conocer cómo las disparidades sociales pueden impactar en el estado de salud de la población, y porque se hace necesario el estudio de la diversidad entre grupos humanos que presentan diferencias, entre ellas, en el acceso a los servicios de salud, geográficas y socioeconómicas. Adicionalmente, existe la voluntad política del Gobierno y Estado cubanos de eliminar las injustas desigualdades que pudieran existir en el país.
- (B) Es factible implementar ese sistema dado que existe la información necesaria y se encuentran diseñados los procedimientos que le son inherentes. El sistema pretende identificar las desigualdades que existen en materia de salud - tanto del estado de salud como de sus determinantes -, así como determinar las relaciones existentes entre los niveles y tendencias del estado de salud de la población y los determinantes de la salud, y valorar la existencia de inequidades en salud resultantes de las desigualdades identificadas. Se espera que el sistema ponga de manifiesto realidades en la situación de salud de la población actualmente no visibles, que identifique elementos para la producción de alertas en salud - tanto en el sector salud como en otros sectores - y que produzca resultados útiles para la toma de decisiones político-administrativas en las diversas instancias del Sistema Nacional de Salud según la magnitud y la distribución del evento considerado.
- (C) Se evidencia la necesidad de un enfoque inter y transdisciplinario para abordar un problema complejo como es el diseño de un sistema de monitoreo que posibilite identificar las desigualdades en salud, con un enfoque integral que comprenda el estado de salud de la población y sus determinantes.
- (1) Que la dirección del Ministerio de Salud Pública valore el sistema de monitoreo de la equidad en salud que se propone en el presente trabajo para su implementación.
 - (2) Que en futuros diseños de sistemas de monitoreo, en el sector salud o en otros sectores, relacionados con aspectos del estado de salud y/o de sus determinantes se consideren las experiencias de este estudio.
 - (3) Que los interesados en los análisis del desarrollo territorial consideren las experiencias de este trabajo y se motiven para el diseño de otros sistemas de monitoreo a escala local.
 - (4) Que los especialistas del sector salud se familiaricen con los aspectos conceptuales considerados en este trabajo que, en general, han sido hasta el presente escasamente conocidos.
 - (5) Que la Escuela Nacional de Salud Pública, los Institutos Superiores y Facultades de Ciencias Médicas y otros centros docentes del sector salud y de otros sectores, valoren la incorporación del contenido de este trabajo en sus programas de enseñanza.

Anexo 1

EXPERTOS E INSTITUCIONES QUE COLABORARON EN EL DISEÑO DEL SISTEMA DE MONITOREO DE LA EQUIDAD EN SALUD EN CUBA

ORGANISMO/INSTITUCIÓN	EXPERTO
ASAMBLEA NACIONAL DEL PODER POPULAR	Ernesto Suárez Osvaldo Bermúdez
OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA	Rodolfo Roque Caridad Fernández José Manuel García
MINISTERIO DE CULTURA	Rubén del Valle Ileana Sabio Iradia Martínez
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN	Rita Castiñeiras Idalberto León Anniely Estévez
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Jorge Hidalgo Rosa Alvarez
MINISTERIO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	Marcia Enríquez Leonardo Bruzón
DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS COMUNALES	Jesús A. Delgado Mayra Ramírez
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN DE CIUDAD DE LA HABANA	Cristina Méndez
GRUPO EMPRESARIAL DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS	Ramón Rodríguez Francisco Rivera
INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN FÍSICA	Héctor Cuervo Gabriel López
INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTE EDUCACIÓN FÍSICA Y RECREACIÓN	Roberto Martí Sunay González Mayté Valdés
INSTITUTO NACIONAL DE LA VIVIENDA	Evelio Santana
INSTITUTO NACIONAL DE RECURSOS HIDRÁULICOS	Luis A. Fontanell
OFICINA NACIONAL DEL CARNE DE IDENTIDAD	Lázaro Delgado
UNIÓN NACIONAL ELECTORAL	Rolando Espina
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD	Florindo de la Hoz
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	
• Escuela Nacional de Salud Pública	Radamés Borroto Tomás Reinoso Pastor Castell-Florit Francisco Rojas Silvia Martínez Ana T. Fariñas Ileana Castañeda Maria del C. Pría

	María E. Astraín Profesora
• Dirección Nacional de Estadística	Eduardo Zacca Director Miriam Grán Funcionaria Ana M. Clúa Especialista María E. Alvarez Especialista Miguel A. Martínez Especialista Libia López Especialista
• Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos	Santa Jiménez Funcionaria
• Dirección Nacional del Adulto Mayor	Enrique Vega Director Moisés Balí Funcionario
• Dirección Nacional de Epidemiología	Orlando Landrobe Funcionario
• Unidad de Análisis y Tendencias en Salud	Daniel Rodríguez Director Roberto González Especialista Giselle Coutín Especialista Angela Tuero Especialista
• Sociedad Cubana de Medicina Familiar	Claribel Presno Presidenta

OTROS EXPERTOS

- Cosme Ordóñez Carceller
- Edilberto González Ochoa
- Eneida Ríos Massabot
- José Fernández Sacasas
- Gabriel Toledo Curbelo
- Gerardo de la Yera -
- Mariano Bonet Gorbea

Anexo 2

RELACION DE INDICADORES CONSIDERADOS EN EL ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA SU DISEÑO SEGÚN ASPECTO ESENCIAL QUE PRETENDEN MEDIR

- DESARROLLO EN SALUD A ESCALA DE PAISES
 - Índice del Riesgo del Niño
 - Índice de Igualdad de la Supervivencia Infantil
 - Índice de Logro en el Nivel de la Capacidad de Respuesta
 - Índice de Logro en la Distribución de la Capacidad de Respuesta
 - Índice de Equidad en la Contribución Financiera
 - Índice de Logro Global de los Sistemas de Salud
 - Índice de Desempeño Respecto al Nivel de Salud
 - Índice de Desempeño Global del Sistema de Salud
 - Índice de Condiciones Saludables
 - Indicador General de Accesibilidad al Desarrollo Social Acumulado
 - Índice de Iniquidades en Salud
 - Índice de Riesgo Reproductivo
 - Índice de Opciones Anticonceptivas
- DESARROLLO EN SALUD A ESCALA DE REGIONES DE UN PAIS
 - Índice de Salud Municipal
 - Índice de Bienestar Social
 - Índice de Riesgo Reproductivo
- DESARROLLO HUMANO O GLOBAL A ESCALA DE PAISES
 - Índice de Desarrollo Humano
 - Índice de Desarrollo de Género
 - Índice de Pobreza de Capacidad
 - Índice de Pobreza Humana para los países en desarrollo
 - Índice de Pobreza Humana para los países industrializados
 - Índice de Desarrollo Humano Modificado (de Noolbakhsh)
 - Índice de Progreso Social
 - Índice de Desarrollo Humano (de del Valle)
 - Índice de Desarrollo Humano Modificado (de López)
 - Índice de Desarrollo Humano Ampliado
 - Índice de Desarrollo Humano y Equidad
 - Índice de Eficiencia Relativa del Desarrollo Humano
 - Índice de Bienestar
- DESARROLLO HUMANO O GLOBAL A ESCALA DE REGIONES DE UN PAIS
 - Índice Provincial de Desarrollo Humano
 - Índice Territorial de Desarrollo Humano y Equidad
 - Índice de Desarrollo Humano Municipal
 - Índice de Desarrollo Municipal
 - Índice de Deterioro de la Vida
 - Índice de Porcentaje Ponderado
 - Índice de Desarrollo Integral
 - Índice de Calidad de Vida
 - Índice de Desarrollo Humano (de Cuellar y Silva)

- **ASPECTOS DEL DESARROLLO HUMANO A ESCALA DE PAISES**
 - Índice de Potenciación de Género
 - Índice de Igualdad de Género
- **ASPECTOS DEL DESARROLLO HUMANO A ESCALA DE REGIONES DE UN PAIS**
 - Índice de Seguridad Humano Objetivo
 - Índice de Seguridad Humano Subjetivo
 - Índice de Desarrollo Social Civil
- **CALIDAD DE VIDA A ESCALA DE REGIONES DE UN PAIS**
 - Índice de Calidad de Vida
 - Índice de Deprivación Múltiple
- **ADELANTO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO A ESCALA DE PAISES**
 - Índice de Adelanto Tecnológico
 - Índice de Capacidad de Ciencia y Tecnología

Referencias

- Abbagnano N. (1966). Diccionario de filosofía, p. 419. La Habana: Instituto Cubano del Libro.
- Alarcón de Quesada R. (2000). Intervención en el Segundo Encuentro Mundial de Amistad y Solidaridad con Cuba. La Habana, 10 de Noviembre del 2000.
- Aldrich TE., Drane JW. (1993). Program Cluster 3.1; Software System for Epidemiological Analysis. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services.
- Alfonso JC., Mac Donald A., Sosa M. (1996). El aborto en Cuba: definiciones y evolución, pp. 30-35. En: Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: SOCUDEF.
- Almeida C. (2002). Investigación en sistemas y servicios de salud. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur, Cuadernos para Discusión No. 2.
- Alleyne GAO. (2000). Salud, ética y desarrollo. Conferencia presentada en la Reunión Internacional sobre Ética y Desarrollo. Washington DC, 7-8 diciembre de 2000.
- Alleyne GAO. (2002). La equidad y la meta de salud para todos. Revista Panamericana de Salud Pública 11:291-296.
- Amador R., Redondo C. (1964). Manual bioestadístico para trabajos epidemiológicos, cap. 9. Boletín Epidemiológico Tomo 27, No. 3 y 4. México. (Reproducido por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas)
- American Association for World Health (1997). Denial of food and medicine; the impact of the U.S. embargo on health & nutrition in Cuba. Washington DC.
- Anand S., Chen L. (1996). Health implications of economic policies: a framework of analysis. New York: Office of Development Studies/UNDP.
- Anand S., Sen A. (1996). Sustainable human development: concepts and priorities. New York: Office of Development Studies/UNDP.
- Anand S. et al. (2002). Medición de las disparidades en salud: métodos e indicadores. En: Evans T. et al. (eds.) (2002). Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington DC: Fundación Rockefeller, OPS. (Publicación Científica No. 585).
- Artiles L. (2001). Crítica, desde la perspectiva de género, al índice "Equidad de la contribución financiera" del Informe de la OMS-2000. En: ¿Equidad?, el problema de la equidad financiera. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Observatorio de Política Social y calidad de Vida/ALAMES.
- Bailey TC. (2001). Métodos estatísticos espaciais em saúde. Cadernos de Saúde Pública 17:1083-1098.
- Bambas A., Casas JA. (2001). Assessing equity in health: conceptual criteria. En: Pan American Health Organization (2001). Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau, Washington DC: PAHO. (Occasional Publication No. 8).
- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993, cap. 1. Washington DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial (2001). Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001; lucha contra la pobreza. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.
- Baró S. (1996). El desarrollo sostenible: desafío para la humanidad. Revista Economía y Desarrollo, 119:123-140.
- Berman, P. et al. (1995). Health reform in developing countries: making health sustainable, caps. 1 y 2. Boston: Harvard School of Public Health. Citado por: Mills (1998).

Referencias

- Bernardinelli L. et al. (1995). Bayesian analysis of space-time variation in disease risk. *Statistics in Medicine* 14:2433-2443.
- Besag J., York J., Mollie A. (1991). Bayesian image restoration, with implications in spatial statistics (with discussion). *Annals of the Institute of Statistical Mathematics* 43:1-59.
- Borrell C. et al. (2000). La medición de las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria* 14(Supl. 3):20-33.
- Braveman P. (1998). Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low - and middle - income countries. Geneva: WHO, (Doc. WHO/CHS/HSS/98.1).
- Cámara G., Vieira AM. (2001). Técnicas de geocomputação para análise espacial: é o caso para dados de saúde?. *Cadernos de Saúde Pública* 17:1059-1081.
- Camel F. (1985). Estadísticas médicas y de salud pública, cap. 31. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Capote R., Granados R. (1996). La salud pública en el siglo XXI, tendencias y perspectiva. Honduras: OPS.
- Carr D., Gwatkin DR., Fragueiro D. (1999). Multi-country study programs on equity, poverty, and health, s/l: World Bank, (mimeo)
- Casas JA., Dachs JN., Bambas A. (2001). Health disparities in Latin America and the Caribbean: the role of social and economic determinants. En: Pan American Health Organization (2001). Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau, Washington DC: PAHO (Occasional Publication No. 8).
- Castellanos PL. (1991). Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Washington DC: OPS.
- Castellanos PL. (1992). Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las iniquidades en salud en América Latina. Presentado en el I Congreso Latinoamericano de Epidemiología. Granada, España, octubre 1992.
- Castro F. (1960a). Discurso pronunciado ante las Naciones Unidas el 26 de septiembre de 1960.
- Castro F. (1960b). Discurso pronunciado en la Sociedad Espeleológica de Cuba el 15 de enero de 1960.
- Castro F. (1992). Discurso en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Río de Janeiro, 12 de junio de 1992. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado.
- Castro F. (1995a). Discurso en la sesión conmemorativa del 50° Aniversario de las Naciones Unidas. Nueva York, octubre de 1995. En: Castro, F. Por un mundo de paz, justicia y dignidad. Discursos en Conferencias Cumbres 1991-1996. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado.
- Castro F. (1995b). Discurso en la Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, 12 de marzo de 1995. En: Castro, F. Por un mundo de paz, justicia y dignidad. Discursos en Conferencias Cumbres 1991-1996. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado.
- Castro F. (1996). Discurso en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, 16 de noviembre de 1996. Granma, 19 de noviembre de 1996.
- Castro F. (1999) Discurso pronunciado en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas en ocasión de la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno. La Habana, 15 de noviembre de 1999.
- Castro F. (2002a). Discurso pronunciado con motivo de la visita del expresidente norteamericano James Carter a la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas. La Habana, 13 de mayo de 2002.
- Castro F. (2002b). Discurso pronunciado en la Tribuna Abierta de la Revolución en la plaza Mayor General "Calixto García" de Holguín, 1º de junio de 2002.
- CEDEM et al. (1995a). Cuba: transición de la fecundidad, cuadro 1.1. La Habana: s/e.

Referencias

- CEDEM et al. (1995b). Cuba: transición de la fecundidad, resumen ejecutivo. La Habana: s/e.
- CEDEM et al. (1995c). Cuba: transición de la fecundidad, parte III. La Habana: s/e.
- Centers for Disease Control (1990). Guidelines for investigating clusters of health events. MMWR 1990;39.
- CEPAL (1990). Transformación productiva con equidad. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL (1991). El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL (1992a). Equidad y transformación productiva; un enfoque integrado. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL (1992b). Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL (1995). Panorama social de América Latina 1995. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL (2002). Panorama social de América Latina 2000-2001, síntesis. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Chen R., Mantel N., Connelly RR., Isacson P. (1982). A monitoring system for chronic diseases. Meth. Inform. Med. 21:86-90.
- CIEM (1983). Estudio acerca de la erradicación de la pobreza en Cuba, (mimeo)
- CIEM (1997). Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996, cap. 1. La Habana: Editorial Caguayo.
- CIEM (2000). Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999, cap. 1. La Habana: Editorial Caguayo.
- Claeson M. et al. (s/f). Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP) Chapter: Health, nutrition and population. (<http://povertv.worldbank.org/files/4978/Hlth0626.pdf>). Citado por: Vega et al. (2002).
- Clayton D. (1989). Hierarchical Bayesian models in descriptive epidemiology. Proceedings of the XIVth International Biometrics Conference, pp. 201-213.
- Clayton DG., Bernardinelli L., Montomoli C. (1993). Spatial correlation in ecological analysis. International Journal of Epidemiology 22:1193-1201.
- Coimbra CE. (1999). Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud. En: Bronfman MN., Castro R. Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina, México: Edamex.
- Comité Estatal de Estadísticas (1982). Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas.
- Córdova P. (2001). Equidad, minorías étnicas y derechos humanos fundamentales. En: Pan American Health Organization (2001). Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington DC: PAHO (Occasional Publication No. 8).
- Cornia GA., Jolly R., Stewart F. (eds.) (1987). Adjustment with a human face. Oxford: Clarendon Press.
- Cuba (1995). Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo, s/l: CITMA.
- Cuba (1999). Demanda del pueblo de Cuba al Gobierno de Estados Unidos por daños humanos. La Habana: Editora Política.
- Cuba (2000). National report on the follow up of the World Summit for Children, s/l: s/e.
- Cuba (2002a). Informe de la República de Cuba, Cumbre Mundial sobre la Alimentación, s/l: s/e.

Cuba (2002b). Informe de Cuba al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Resolución 56/9 de la Asamblea General de la ONU.

Cusik J., Elliot P. (1992). Small area studies: purpose and methods. En: Elliot P. Geographical and environmental epidemiology: methods for small area studies. New York: Oxford University Press.

Cuyás A., Cuyas A. (1970). Gran diccionario Cuyás, tomo 1, p. 702. La Habana: Instituto del Libro.

Dachs N. (2001). Inequidades en salud: cómo estudiarlas. En: Restrepo H. y Málaga H. (2001). Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Panamericana.

Daniels, N. (1997). Ethics and health care reforms: a global view. En: Bankowski, Z., Bryant, J.H. y Gallagher, J. (editors). Ethics, equity and the renewal of WHO's health-for-all strategy. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences. Citado por: Mills (1998).

del Puerto C., Ferrer H., Toledo G. (2002a). Higiene y epidemiología: apuntes para la historia, cap. 3. La Habana: Editorial Palacio de las Convenciones.

del Puerto C., Ferrer H., Toledo G. (2002b). Higiene y epidemiología: apuntes para la historia, cap. 4. La Habana: Editorial Palacio de las Convenciones.

Delgado G. (1996a). La Salud Pública en Cuba en el período revolucionario socialista. Conferencia Nueve, Cuaderno de Historia No. 81.

Delgado G. (1996b). La Salud Pública en Cuba en el período revolucionario socialista. Conferencia Once, Cuaderno de Historia No. 81.

Delgado G. (1996c). La salud pública en Cuba en el período revolucionario socialista. Conferencia Doce, Cuaderno de Historia No. 81.

Dever GE A. (1984). Epidemiology in health services management. Maryland: Asper Publication.

Dibben C. et al. (2001). Health Poverty Index, scoping project, cap. 8. s/l: s/e.

Division of Surveillance and Epidemiology/CDC (s/f). Statistical Software for Public Health Surveillance. Melrose: Centers for Disease Control.

Drane J. (2000). El desafío de la equidad: una perspectiva. Washington DC: OPS.

Draper NR., Smith H. (1981). Applied regression analysis. New York: John Wiley and Sons.

Escuela Nacional de Salud Pública (1998). El sistema de salud cubano. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Escuela Nacional de Salud Pública (2001). Proyecto "Monitoreo de Equidad y Salud en Cuba". Grupo Básico de Trabajo. La Habana (mimeo).

Fleiss JL. (1981). Statistical methods for rates and proportions, 2nd ed. New York: John Wiley and Sons.

Gómez E. (1993). Género, mujer y salud en las Américas, introducción. Washington DC: OPS.

Griffith, DA., Amrhein CG. (1991). Statistical analysis for geographers, cap. 5. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Grimson RC., Wang KC., Johnson PWC. (1981). Searching for hierarchical clusters of disease: spatial patterns of sudden infant death syndrome. Soc. Sci. Med. 15:287-293.

Gwatkin D. et al. (2000). Socio-economic differences in health, nutrition and population in Peru. Grupo Temático del Banco Mundial en Pobreza, Salud, Nutrición y Población. (<http://www.worldbank.org/povertv/health/data/peru/peruhnp.pdf>). Citado por: Valdivia (2002).

Gwatkin DR. (2001). Overcoming the inverse care law: designing health programs to serve disadvantaged population groups in developing countries. World Bank, November 2001.

Referencias

- Gwatkin DR. (s/f.). Reducing health inequalities in developing countries (forthcoming in the Oxford Textbook of Public Health, fourth edition). En: Background Reading, International meeting "Equity Gauge: An approach to monitoring equity in health and health care in developing countries". South Africa, 17-20 August 2000.
- Hammarskjöld D. (1975). What now? The 1975 Dag Hammarskjöld Report prepared on the occasion of the Seventh Special Session of the United Nations General Assembly. Development Dialogue, No. 1 y 2.
- Haq M. (1980). Meeting basic needs: an overview. World Bank/Poverty and Basic Needs Series, September 1980.
- Hardy RJ. et al. (1990). A surveillance system for assessing health effects from hazardous exposures. Am. J. Epidemiol 132:532-542.
- Health System Trust (2000). Project summaries. International meeting "Equity gauge: an approach to monitoring equity in health and health care in developing countries". South Africa, 17-20 August 2000.
- Infante A. (1996). Health sector reform in Latin America and the Caribbean: on three countries experiences. Presented in the 6th International Conference on System Science in Health Care. Barcelona, 16-20 September 1996.
- IPCC (1996). Climate Change 1995; economic and social dimension of climate change. Contribution of the assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. New York: Cambridge University Press.
- Isuani EA. (1990). Crisis, Estado y opciones de política social. Presentado en la Reunión "Estado, Economía y Salud", OPS, UDUAL. Universidad de Campinas, julio de 1990.
- Jake E. (1986). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. Presentado en la Conferencia sobre Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá, noviembre de 1986.
- Kaul I. (1996). Foreword. En: Taylor L., Pieper U. (1996). Reconciling economic reform and sustainable development: social consequences of neo-liberalism. New York: Office of Development Studies/UNDP.
- Kawachi I., Kennedy BP. (2002). The health of nations: why inequality is harmful for your health, cap. 3. New York: The New Press.
- Kennedy P. (1996). A guide to econometrics, 3rd. ed., caps. 3. Cambridge: The MIT Press.
- Kunst AE. y MacKenbach JP. (s/f). Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Lalonde M. (1988). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En: Ashton J., Seymour H. (1988). The setting for a new public health. Philadelphia: Open University Press.
- Le Grand, J. (1992). The strategy of equality: redistribution and the social sciences. London: George Allen & Unwin. Citado por: Metzger (1996).
- Lee K. (2000). Globalización y política sanitaria: marco conceptual y programa de investigación y políticas. En: Bambas C., Casas A., Drayton HA., Valdés A. (eds.) (2000). Salud y desarrollo humano en la nueva economía global: contribuciones y perspectiva de la sociedad civil en las Américas. Washington DC: OPS.
- López, C. (1980). Evaluación estadística de la interacción espacio-tiempo; situación actual. Rev Cub Adm Salud 6:357-367.
- López C. (1994a). Inequidades económicas, sociales y de salud en América Latina y el Caribe; situación al comienzo de los 90. Washington DC: OPS. (Doc. PAHO/HDP/HAD/94-08).
- López C. (1994b). Análisis de series cronológicas en el estudio de la situación de salud, cap. 4. Washington DC: OPS. (Doc. PAHO/HDP/HAD/94-03).
- López C. (1994c). Análisis de series cronológicas en el estudio de la situación de salud, cap. 2. Washington DC: OPS. (Doc. PAHO/HDP/HAD/94-03).
- López C. (1997). La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. Revista Cubana de Salud Pública 23:17-31.
- López C. (1998). Crecimiento, desarrollo y equidad en salud: una aproximación a los aspectos conceptuales. La Habana: Universidad de La Habana, (mimeo)

Referencias

- López C. (2000). Iniquidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe (Tesis doctoral). La Habana: Universidad de La Habana.
- López C. (2001). Algunas consideraciones sobre el concepto de equidad financiera y su cuantificación. En: ¿Equidad?, el problema de la equidad financiera. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Observatorio de Política Social y calidad de Vida/ALAMES.
- López C. (2002). Sobre la construcción de un nuevo Índice de Salud Municipal, (mimeo).
- López C., Calvo A. (2001). Índice de Salud Municipal. La Paz: OPS. (Serie Documentos Técnicos No. 4).
- Málaga H. et al. (2001). Equidad en materia de salud y oportunidad de vida en Venezuela y Colombia. En: Pan American Health Organization (2001). Equity & health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington DC: PAHO. (Occasional Publication No. 8).
- Martin H., Schumann H. (1998). La trampa de la globalización: el ataque contra la democracia y el bienestar. Madrid: Editorial Taurus.
- Martínez E. (2002). Impacto de la ciencia y la tecnología en la salud cubana. Informe presentado al PNUD. (mimeo).
- Martínez H. (1968). Los avances de la salud pública en Cuba. Conferencia pronunciada ante los cuadros del Partido y de la prensa. En: El militante comunista, suplemento. Editado por la Secretaría de Organización y la COR del Comité Central del Partido Comunista de Cuba.
- Martínez O. (1955). Revisión estadística sobre las causas más frecuentes de la mortalidad y morbilidad en Cuba. Presentado en IX Congreso Médico Nacional. La Habana, 23 al 28 de mayo de 1955.
- Martínez O. (1997). Sinopsis. En: CIEM (1997). Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996. La Habana: Editorial Caguayo.
- Martins R. et al. (1998). Mapas de taxas epidemiológicas: urna abordagem Bayesiana. Cadernos de Saúde Pública 14(4):25-30.
- Metzger X. (1996). Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Documento elaborado durante el intership realizado en el Programa Análisis de la Situación de Salud de la OPS/OMS. Octubre-diciembre de 1996.
- Meza A. (1999). Fidel y la salud, 1ª ed. Lima: Ediciones Sociedad y Salud.
- Milio N. (1996). Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. En: OPS (1996). Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS. (Publicación Científica No. 557)
- Mills C. (1998). Equity and health: key issues and WHO's role. Geneva: WHO (Doc. WHO/CHS/HSS/ 98.3).
- MINSAP (1966a). Área Sector. Policlínico Integral. La Habana: Unidad de Producción de Impresos de la Empresa de Suministros Médicos.
- MINSAP (1966b). Organización y funciones del Policlínico Integral. La Habana: Unidad de Producción de Impresos de la Empresa de Suministros Médicos.
- MINSAP (1970). Plan de salud 1970-1980. La Habana: Instituto Cubano del Libro.
- MINSAP (1975). Anuario estadístico 1973. La Habana: Editorial ORBE.
- MINSAP (1978). Atención médica primaria en Cuba. Informe presentado a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, Kazajstán, 6-12 septiembre de 1978.
- MINSAP (1985). Manual de costos hospitalarios. La Habana: MINSAP.
- MINSAP (1992). Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: MINSAP.
- MINSAP (1997). Anuario estadístico 1996. La Habana: MINSAP.
- MINSAP (1998a). Sistema nacional de salud; políticas, estrategias y programas. La Habana: MINSAP.
- MINSAP (1998b). Anuario estadístico 1997. La Habana: MINSAP.
- MINSAP (1998c). Salud en el tiempo. La Habana: MINSAP.

Referencias

MINSAP (1999a). Anuario estadístico 1998. La Habana: MINSAP.

MINSAP (1999b). La salud pública en Cuba: hechos y cifras. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2000a). Fortalecimiento del sistema municipal; balance anual 1999. V Reunión Metodológica Nacional. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2000b). Anuario estadístico 1999. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2001a). Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. VII Reunión Metodológica del Ministerio de Salud Pública, La Habana.

MINSAP (2001b). Financiamiento del sector salud en divisas convertibles. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2001c). Anuario estadístico 2000. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2002a). Anuario estadístico de salud 2001. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2002b). Informe de balance del año 2001. Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2002c). Informe de balance del año 2001. Área de Higiene y Epidemiología. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2002d). Sistema de información de servicios externos. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2002e). Datos estadísticos del adulto mayor y asistencia social 2001. La Habana: MINSAP.

MINSAP (2002f). Cuadro de salud acumulado hasta mayo del 2002; datos preliminares. La Habana: UATS-MINSAP.

MINSAP-OPS/OMS (1996a). Análisis del sector salud en Cuba, cap. 2. La Habana: MINSAP-OPS/OMS.

MINSAP-OPS/OMS (1996b). Análisis del sector salud en Cuba, cap. 3. La Habana: MINSAP-OPS/OMS.

Mosteller, F. Y Rourke REK. (1973). Sturdy statistics; nonparametric and order statistics. Reading: Addison-Wesley.

Munasinghe M., Swart R. (1999). Climate change and its linkages with development, equity and sustainability. Proceeding of the IPCC Expert Meeting. Colombo, Sri Lanka, 27-29 April, 1999.

Murray CJL., Gakidou EE., Frenk J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should be measured?. Bulletin of the World Health Organization 77:537-542.

Naciones Unidas (2000a). Proyecto de texto de una estrategia internacional del desarrollo para el primer decenio del nuevo milenio; informe del Secretario General (Doc. A/55/89-E/2000.80).

Referencias

- Naciones Unidas (2000b). Asamblea General, quincuagésimo quinto período de sesiones. Declaración del Milenio (Doc. A/res/55/2).
- Naus JI. (1965). The distribution of the size of the maximum cluster of points on a line. J. Am. Stat. Assoc. 60:532-538.
- Nervi L. (1999). Determinantes, problemas y desafíos en salud ambiental en el contexto de la integración económica de América del Norte. En: Bronfman MN., Castro R. (1 999). Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina. México: Edamex.
- Nunes A. et al. (2001). Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: urna proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/OMS.
- Ocampo JA. (2001). Equidad y solidaridad: esquivos del desarrollo latinoamericano. Palabras del Secretario Ejecutivo de la CEPAL en la reunión anual del Club de Roma. Valdivia, noviembre 12 de 2001.
- OMS (1986). Salud y bienestar social Canadá; Asociación Canadiense de Salud Pública Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa, Ontario, noviembre de 1986.
- OMS (1995). Renovación de la estrategia de salud para todos; informe del Director General (Doc. EB 95/ 15).
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000; mejorar el desempeño de los sistemas de salud, cap. 1. Ginebra: OMS.
- ONE (1997). El envejecimiento poblacional en Cuba; apuntes para su estudio, p. 168. La Habana: ONE. ONE (2001a). Anuario demográfico de Cuba 2000, tabla 1.10. La Habana: ONE.
- ONE (2001b). Anuario estadístico de Cuba 2000, tabla IV.7. La Habana: ONE.
- ONE (2001c). Anuario estadístico de Cuba 2000, tabla 11.12. La Habana: ONE.
- ONE (2002a). Anuario estadístico de Cuba 2001, tabla V.10. La Habana: ONE.
- ONE (2002b). Anuario demográfico de Cuba 2001, tabla 1.11. La Habana: ONE.
- ONE (2002c). Anuario demográfico de Cuba 2001, tabla 11.1. La Habana: ONE.
- ONE (2002d). Anuario demográfico de Cuba 2001, tabla 1.10. La Habana: ONE.
- ONE (2002e). Anuario demográfico de Cuba 2001, tabla II.8. La Habana: ONE.
- ONE (2002f). Anuario demográfico de Cuba 2001, tabla II.4. La Habana: ONE.
- ONE (2002g). Anuario demográfico de Cuba 2001, tabla 111.19. La Habana: ONE.
- ONE (2002h). Anuario estadístico de Cuba 2001, tabla II.5. La Habana: ONE.
- OPS (1993). Promoción de la salud y equidad en la transformación productiva. Washington DC: OPS.
- OPS (1995a). Informe final de la reunión del Grupo Asesor Director de la OPS. Washington DC, 3-4 abril de 1995.
- OPS (1995b). Acceso equitativo a los servicios básicos de salud; hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Reunión Especial sobre la Reforma del Sector Salud. Washington DC, 29-30 septiembre de 1995.
- OPS (1996a). Inequidades en salud y la Región de las Américas. Boletín Epidemiológico 17:1-9.
- OPS (1996b). Promoción de la salud: una antología, anexo 2. Washington DC: OPS (Publicación Científica No. 557).
- OPS (1997). Salud en el desarrollo humano: perspectivas y prioridades para el nuevo milenio. Washington DC: OPS. (Doc. OPS/HDP/97.05).
- OPS (1998). Escuelas promotoras de la salud; entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington DC: OPS (Comunicación para la Salud 13).
- OPS (1999). Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales y económicos. Washington DC: OPS.
- OPS (2000). Salud y desarrollo humano en la nueva economía global: Contribuciones y perspectivas de la sociedad

Referencias

civil en las Américas. Editado por Alexandra Bambas, Juan Antonio Casas, Harold A. Drayton y América Valdés. Washington DC: OPS..

OPS (2001). Promoción de la salud en las Américas; informe anual del Director - 2001. Washington DC: OPS. (Documento Oficial No. 302).

OPS (2002). La salud en las Américas. Washington DC: OPS. (Publicación Científica y Técnica No. 587).

OPS, CEPAL (1997). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS/CEPAL. (Cuaderno Técnico No. 46).

OPS, Ministerio de Salud de Colombia (1992). Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, noviembre de 1992.

Orgaz A (1956). Diccionario de derecho y ciencias sociales, 3ª ed., p. 165.. Córdoba: Ediciones Assandri.

Paganini JM. (2000). La salud y la equidad: fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. Reunión de Ministros de Salud Iberoamericanos. Panamá, 18-20 de octubre de 2000.

PAHO (2001). Equity & health; views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington DC: PAHO.

Penchaszadeh VB. (2001). Políticas de salud en genética y equidad. En: ¿Equidad?, el problema de la equidad financiera. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Observatorio de Política Social y calidad de Vida/ALAMES.

Pérez J. (1991). Implicaciones para Cuba de las reformas en las REI de URSS y países del Este. Síntesis 1991 (15). Citado por: Boletín ICE Económico 1994; (2433):3003-3011.

Persesen D. (1999). El impacto de la pobreza. El racismo y la violencia política sobre la salud mental de los pueblos indo-americanos. En: Bronfman MN, Castro R. Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina, México: Edamex.

Peter F., Evans T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington DC: OPS.

PNUD (1990a). Desarrollo humano; informe 1990, cap. 1. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

PNUD (1990b). Desarrollo humano; informe 1990, resumen. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

PNUD (1996a). Informe sobre desarrollo humano 1996, cap. 2. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.

PNUD (1996b). Informe sobre desarrollo humano 1996, cap. 3. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.

PNUD (1996c). Informe sobre desarrollo humano 1996, prólogo. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.

PNUD (1996d). Informe sobre desarrollo humano 1996, sinopsis. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.

Programa Especial de Análisis de Salud (1999). Indicadores/metodologías para medir/establecer equidad en salud. Elaborado para la Reunión de Gerentes de OPS 1999.

Pronk J., Haq M. (1992). Sustainable development: from concept to action. Report of the Hague Symposium convened by UNCED and co-sponsored by UNDP and the Dutch Ministry of Development Cooperation. New York: UNDP. [Referencias](#)

Pulido A. (1987). Modelos econométricos, cap. 18. Madrid: Pirámide.

Pulido A. (1989a). Predicción económica y empresarial, cap. 3. Madrid: Pirámide.

Pulido A. (1989b). Predicción económica y empresarial, cap. 5. Madrid: Pirámide.

Pupo J., González H., Neninger D., Gómez R. (1983). Análisis de regresión y series cronológicas, sección 2, cap. 3. La Habana: Universidad de La Habana.

¿Qué es la pobreza? <http://monografias.com/trabajos10/pobrez/pobrez.shtml>

Ramírez A., Mesa G. (2002). El Proceso de desarrollo del Sistema Nacional de Salud en Cuba. Revista Bimestre Cubana, 2002 época III; 91(16): 152-161.

Recio (1955). Breve reseña de la situación epidemiológica y sanitaria en Cuba. Presentado en IX Congreso Medico Nacional. La Habana, 23-28 de mayo de 1955.

Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica (2001). Declaración Final de la III Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica. La Habana, 25-26 de octubre de 2001.

Rodríguez CR. (1983). Letra con filo, tomo 2, pp. 41-72, 77, 481. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Rodríguez JL. (1991). El desarrollo alcanzado en los años de la Revolución. Síntesis 1991 (15). Citado por: Boletín ICE Económico 1994; (2433):3003-3011.

Rodríguez-García R., Goldman A. (1996). La conexión salud-desarrollo, partes I y IV. Washington DC: OPS.

Rojas F. (1985). El estado de salud de la población en la década del setenta; perspectivas a corto plazo, pp. 289-339. En: La Lucha por la Salud en Cuba. Ciudad México: Siglo XXI Editores.

Rojas F., López C. (1997). Economy, politics and health status in Cuba. International Journal of Health Services. 27(4):791-807.

Rojas F., López C. y Silva, LC. (1994). Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables, cap. 4. Washington, DC: OPS. (Doc. HPP/HPS/94.30).

Sen A. (2001). Many faces of gender inequality. Inauguration lecture for the new Radcliffe Institute at Harvard University, April, 2001. The New Republic. September 17 2001.

Sen A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. Revista Panamericana de Salud Pública 11:302-309.

Sen A. (2002). Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios. En: Evans T. et al. (eds.) (2002). Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington DC: Fundación Rockefeller, OPS. (Publicación Científica No. 585)

Siegel S. (1956). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill.

Silva LC. (1996). Cultura estadística e investigación en el campo de la salud; una mirada crítica, cap. 7. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Sonttag HR. (1994). Las vicisitudes del desarrollo. Revista Internacional de Ciencias Sociales 140:265- 284.

Souza W. et al. (1998). Aplicacao de modelo bayesiano empírico na analise espacial da ocorrencia de hanseniane. Revista de Saúde Pública 35(5): 39-45.

Referencias

- Starfield B. (1998). Primary care; balancing health needs, services and technology, cap. 1. New York: Oxford University Press.
- Steel RGD., Torrie JH. (1960). Principles and procedures of statistics with special reference to the biological sciences. New York: McGraw-Hill.
- Streeten P., Burki SJ., Haq M., Stewart F. (1981). First things first; meeting basic human needs in the developing countries, s/l: Oxford University Press.
- Suárez J. (1995). Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba. La Habana: Representación de la OPS/OMS en Cuba.
- Swaroop S. (1969). Estadística sanitaria, cap. 20. La Habana: Instituto del Libro.
- Szasz I. (1999). Género y salud, Propuesta para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman MN., Castro R. Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina, México: Edamex.
- Taylor L., Píeper U. (1996). Reconciling economic reform and sustainable development: social consequences of neo-liberalism. New York: Office of Development Studies/UNDP.
- Torres C. (2001). Etnicidad y salud: otra perspectiva para alcanzar la equidad. Washington DC: OPS.
- UNICEF (1994). Estado mundial de la infancia 1994, introducción, resumen temático. Barcelona: J & J Asociados.
- United Nations Conference on Environment and Development (1992). Report of the United Nations Conference on Environment and Development. New York: United Nations.
- Valdivia M. (2002). Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú. Grupo de Análisis para el Desarrollo. (Documento de trabajo 37).
- Vega J. et al. (2002). Disentangling the pathways to health inequities; the Chilean health equity gauge. Pontificia Universidad Católica de Chile, (mimeo).
- Vogt WP. (1993). Dictionary of statistics and methodology: a nontechnical guide for the social sciences, pp. 43, 115. Newbury Park: Sage Publications.
- Wagstaff A. (2000). Equidad en conceptos, métodos y resultados en salud, de países desarrollados y en vías de desarrollo. En: Salud, Equidad y desarrollo económico, Asociación de Economía de la Salud, Ediciones ISALUD. Buenos Aires, abril.
- Werneck GL y Struchiner CJ. (1997). Estudos de agregados de doença no espaço-tempo: conceitos, técnicas e desafios. Cadernos de Saúde Pública 13:611-624.
- Whitehead M. (1991). The concepts and principle of equity. Copenhagen: WHO.
- Whitehead M., Burstrom B., Diderichsen F. (2000). Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. Soc Sci Med 50: 255-270. Citado por: Vega et al. (2002).
- Whitehead M., Scott-Samuel A. y Dahlgren G. (1998). Setting targets to address inequalities in health. Lancet 351:1279-1282.
- WHO (1998). Final report of meeting on policy-oriented monitoring of equity in health and health care. Geneva, 29 September-3 October 1997.
- Williams A., Illsley R. (s/f) Preamble to Equity in Health. Documento del "Issues Panel on Equity in Health", (mimeo)
- Wolfson M., Rowe G. (2001). On measuring inequalities in health. Bulletin of the World Health Organization 79:553-560.
- World Summit for Social Development (1995). The Copenhagen Declaration and programme of action, s/l: United Nations.
- Zimbalist A. (1989). La economía cubana al comienzo del cuarto decenio. Trimestre Económico 1989; (224). Citado por; Boletín ICE Económico 1994; (2433):3003-3011.
- s/a (1958). Directorio medico social. La Habana: Editorial La Milagrosa.
- s/a (1984). Diccionario de la lengua española, 2da. ed., p. 572. Madrid: Editorial Espasa-Calpe.
- s/a (1999). Position statement from the meeting "Indicators of health inequities; a research and policy agenda". Chile, octubre 29-noviembre 1 de 1999.

Referencias

³⁰ Se sustenta este examen en el trabajo "Algunas reflexiones sobre el análisis de riesgo de problemas de salud en poblaciones pequeñas" elaborado por María del Carmen Púa, Giselle Coutín, Angela Tuero y Ana María Clua en vías de publicación en Reporte Técnico de Vigilancia de la Unidad de Análisis y Tendencias de Salud del Ministerio de Salud Pública.