

## Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba

### Implementation of population health approaches and the social determinants in Cuba

DrC. Nivaldo Linares Pérez

Centro de Química Biomolecular. BioCubaFarma. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Este trabajo reflexiona sobre algunas ideas en torno a la integración y aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención en el actual contexto de transformación del Sistema de Salud en Cuba. Se discuten ideas para el fortalecimiento de la conceptualización social de la salud pública y la priorización de las acciones de salud poblacional sobre las de atención médica individual y para que se repiense el objeto y la práctica de esta como práctica social. El trabajo intenta poner a debate nuevas y renovadas propuestas estratégicas de cambio basadas en una perspectiva ampliada de la salud pública y en el pensamiento de la medicina social privilegiando el enfoque basado en la población y la inclusión definitiva de un amplio rango de determinantes de la salud. Se sugiere la necesidad de desarrollar o ampliar la polémica sobre la concepción y práctica social de la epidemiología y la salud pública sin que ello signifique renunciar a la implementación de necesarias transformaciones de los servicios de salud y de atención médica. Se sostiene la conveniencia de desarrollar un proceso de discusión técnica entre todos los actores y protagonistas, no solo del sistema de salud sino de todo el sector de la salud para lograr una mejor integración y operacionalización del enfoque de salud de la población y los determinantes sociales de la salud.

**Palabras clave:** salud pública, medicina social, salud colectiva, determinantes sociales de la salud.

## ABSTRACT

This paper included some ideas about the integration and implementation of different population health approaches and the social determinants of the health-disease-care process in the current setting of health system changes in Cuba. Several ideas were discussed in order to strengthen the social conceptualization of public health and the prioritization of population health actions over those of individual medical care, as well as to rethink the object and practice in this field as social practice. The paper was intended to put forward new and renewed strategic change proposals based on wider perspectives of public health and on the social medicine thinking, thus favoring the population-based approach and the final inclusion of a wide range of health determinants. The paper also underlined the need of developing or extending the debate on the theory and social practice of epidemiology and public health within the implementation of necessary changes in health services and in medical care. It also stated that it is desirable to carry out a process of technical discussions among all the actors of the health care sector so that better integration and operationalizing of the population health approach and the social determinants of health can be attained.

**Keywords:** public health, social medicine, collective health, social determinants of health.

---

## INTRODUCCIÓN

Los éxitos sociales y en salud de Cuba no los discuten ni los amigos, ni los enemigos. Tampoco hay duda de los grandes esfuerzos del Estado cubano y su Sistema Nacional de Salud, por lograr continuas mejoras en materia de salud para toda la población. Son ampliamente conocidos los altos niveles de desarrollo humano, escolarización y esperanza de vida,<sup>1</sup> así como de los logros alcanzados por Cuba en la reducción de la mortalidad infantil, la erradicación, eliminación y control de las enfermedades transmisibles, la cobertura total en la protección contra enfermedades prevenibles por vacunas o la universalización de la atención médica sin discriminación de género, raza/etnia o posición social.<sup>2</sup>

Desde el comienzo mismo de la Revolución Cubana, no solo la voluntad política, la visión de desarrollo social y la inversión en la formación de capital humano<sup>3</sup> han sido fundamentos explícitos en el desarrollo social alcanzado, sino también en materia de salud lo ha sido la aplicación permanente del conocido *enfoque de salud de la población*,<sup>4</sup> caracterizado por la aplicación de esfuerzos colectivamente organizados, bajo un enfoque no individualista, con el objetivo de prevenir enfermedades y fomentar la salud y el bienestar de la población.

Hoy son diversos los retos y desafíos que enfrenta el país en materia económica y social.<sup>5</sup> Por un lado, las actuales limitaciones en relación con el desarrollo, el crecimiento económico, las condiciones de vida y la existencia de desigualdades sociales en una población con diversas percepciones de la realidad y con diferentes niveles de conciencia social. Por el otro, la crisis económica mundial y el permanente bloqueo norteamericano que junto a otras causas objetivas y subjetivas, que han sido analizadas y debatidas en diferentes espacios sociales, políticos y gubernamentales en los últimos años.

A lo anterior se unen el panorama demográfico nacional caracterizado por el marcado y acelerado envejecimiento de la población cubana,<sup>6</sup> los cambios y dominancia en el perfil de salud y enfermedad de incrementos sustantivos en la carga de enfermedad y de servicios de salud a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles,<sup>7</sup> así como la compleja situación higiénica-epidemiológica de los últimos años debido a eventos epidemiológicos como las epidemias de dengue y cólera.<sup>8</sup> En este contexto, también deberán reconocerse las deficiencias en la prestación de la atención médica, la implementación de intervenciones de salud a nivel poblacional, las condiciones económico-laborales del personal de salud y la integración del quehacer del sector de la salud en el país.

La dominancia de tales realidades propicia la oportunidad para estimular la reflexión y el debate sobre cómo los sistemas de salud actuales, al asumirse simultáneamente como sistemas sociales y culturales, deben responder con políticas de salud que apliquen de manera efectiva los enfoques de salud de la población, los determinantes sociales y la determinación social en salud a la hora de rediseñar estrategias e intervenciones que busquen una mejor promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación social de la población en favor de la salud colectiva, el bienestar y la vida.

A punto de partida de la interpretación de marcos referenciales y teórico-conceptuales, este trabajo reflexiona en torno a la aplicación de los enfoques de salud de la población, los determinantes sociales y la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención en el actual contexto de transformación del Sistema de Salud en Cuba. Se exponen ideas para la discusión técnica y nuevas y renovadas propuestas estratégicas de cambio basadas en el pensamiento de la medicina social y una perspectiva ampliada de la salud pública, las cuales buscan en esencia reposicionar el enfoque epidemiológico del sistema de salud, introducir la perspectiva de la epidemiología sociocultural, repensar necesidades sociales de salud y sus determinantes como objeto de la salud pública y profundizar en el paradigma de la complejidad aplicado a la salud, entre otras. El trabajo también sugiere la necesidad de desarrollar o ampliar el debate entre los actores y protagonistas, no solo del sistema de salud sino de todo el sector de la salud, para lograr un cambio real en el uso de los enfoques de salud de la población, los determinantes sociales y de determinación social de la salud, sin que ello signifique renunciar a la implementación de necesarias transformaciones de los servicios de salud y de atención médica, en favor preponderantemente del uso eficiente y racional de los recursos y mayor sostenibilidad del sistema de salud.<sup>9,10</sup>

## **LOS ENFOQUE DE SALUD DE LA POBLACIÓN, LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN EL ABORDAJE DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD**

La salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social,<sup>11</sup> ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado, las que definen en cada coyuntura las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. En los orígenes de estos movimientos se encuentran varios referentes históricos que han sido ampliamente revisados desde diversas perspectivas.<sup>4,12-17</sup> La configuración de la trama sociohistórica de la salud y en especial de los sistemas de salud, ha derivado en la definición ampliamente aceptada de que los sistemas de salud son esencialmente sistemas sociales.<sup>18</sup>

El movimiento que más aportó a la concepción social de la salud desde sus inicios a finales del siglo XVIII hasta la actualidad es el denominado Medicina Social, o también conocido como Ciencias Sociales aplicadas a la Salud o Ciencias Sociales de la Salud.<sup>12,14,16,19,20</sup> Las ideas y conceptos de este pensamiento se basan en: a) vincular el proceso salud-enfermedad y los servicios de salud con los aspectos sociales, políticos y culturales y b) el papel activo del Estado en la solución de los problemas de salud.<sup>18,19,21</sup>

La dimensión poblacional de las explicaciones e intervenciones en salud distingue a las acciones de salud pública y las diferencias de las acciones médicas y biomédicas realizadas a nivel individual. Desde esta perspectiva, la salud pública como espacio de saberes, reconoce la multiplicidad de disciplinas científicas-técnicas que la integran y como ámbito para la acción, opera en el espacio donde los actores sociales se organizan para hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias a escala poblacional.<sup>11</sup>

La mirada alternativa contemporánea de la medicina social contrasta con la de la salud pública y la epidemiología convencional. Esta última asume: el presupuesto teórico de la enfermedad y la muerte para explicar la salud, el método positivista para explicar el riesgo, el enfoque estructural-funcionalista para comprender la realidad y el poder del estado para asegurar la prevención de la enfermedad. Todas ellas, con limitaciones para dar respuestas a problemas de salud propios de una realidad cambiante, compleja y en constante evolución.<sup>22</sup> Mientras que la primera fundamentada en corriente crítica y el materialismo dialéctico asume a la salud pública como entidad compleja y multidimensional; así como a la realidad como acontecimiento histórico-crítico y al sujeto como activo, creador y transformador. Además supone la integración de diferentes disciplinas, niveles de realidad y culturas.<sup>23</sup>

La dimensión poblacional y la práctica social de la salud pública ha sido abordada a través de tres enfoques principales: el enfoque de salud de la población propuesto por el Ministerio de Salud de Canadá,<sup>24</sup> el modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS,<sup>25,26</sup> y el enfoque de la determinación social defendido por el movimiento de la medicina social y la salud colectiva Latinoamericana.<sup>27-29</sup>

La llamada perspectiva canadiense enunciada a mediados de los años setenta y ampliamente difundida en América Latina a finales de la década de los noventa, diferencia claramente el enfoque de salud de la población del concepto tradicional de atención médica. En opinión de los canadienses, son dos las principales diferencias: 1) las estrategias de salud abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud, mientras que la atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas y 2) las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población, mientras que la atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud.

Las premisas de este enfoque de salud de la población plantea: a) que la salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos; b) la salud de una población está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza en la población; c) las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que terminan la salud; d) que es posible lograr ganancias de salud importantes concentrando las intervenciones en la salud de toda la población (o subpoblaciones significativas) en lugar de los individuos; y e) mejorar la salud es una

responsabilidad compartida que requiere desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.<sup>24</sup>

*Rojas Ochoa*<sup>4</sup> afirmó: "El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud". Según el autor, las acciones de salud poblacional de los sistemas de salud que adopten el enfoque de salud de la población, deberán tener en cuenta: 1) considerar a todos o casi todos los determinantes sociales de la salud, por lo tanto deben ser integrales e interdisciplinarios, 2) el sector de la salud no puede actuar solo porque la mayoría de los determinantes de la salud están fuera de su competencia, se requiere de la intersectorialidad, 3) las políticas públicas son herramientas importantes para la salud de la población y no se limitarán al sector de la salud, es decir, serán políticas públicas saludables, y 4) privilegiar la investigación aplicada dirigida a comprender los efectos de los determinantes de la salud, identificar las iniquidades en salud y diseñar los mecanismos de intervención más eficaces.

El modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en su informe de 2008<sup>26</sup> asume que las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, impactan sobre la salud y que tanto el contexto como los procesos sociales, se traducen en consecuencias para la salud. Lo que sugiere actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la iniquidad con la que ésta se distribuye. En síntesis, este modelo siguiendo el enfoque de la epidemiología social europea, reconocen la existencia de dos tipos de determinantes de la salud: 1) los estructurales (contexto socioeconómico y político y la posición socioeconómica) y 2) los intermediarios (vincula a los estructurales con los resultados en salud y están constituidos por circunstancias materiales, elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud).<sup>30</sup>

El informe de 2008 explícitamente señaló a la injusticia social como una importante causa de muerte a gran escala al hacer alusión al concepto de equidad en salud y al explicar la presencia de desigualdades evitables socialmente definidas que traducen una distribución iniquitativa de poder y recursos entre las poblaciones y los países. Con base en este posicionamiento, la misma Comisión ha sugerido abordar explícitamente las diferencias en las condiciones de vida y de trabajo de las personas y dirigir la atención a elementos de la sociedad que generan y distribuyen poder, riqueza y riesgos frente a la existencia de desigualdades-iniquidades en términos no solo de resultados finales de salud, sino también en los determinantes de la enfermedad, en su distribución entre las poblaciones y grupos sociales, y en las respuestas que brindan los sistemas de atención para combatir la enfermedad y promover la salud.<sup>26</sup>

En la discusión actual acerca de la diferencia conceptual y metodológica entre el abordaje de los determinantes sociales y la noción de la determinación social de la salud (propuesta a finales de los años setenta por la medicina social y la salud colectiva Latinoamericana), se señala que si bien el enfoque de los determinantes sociales está centrado en análisis descriptivo de las relaciones causales entre los rasgos de los distintos grupos sociales y los problemas de salud (desigualdades detectables) y de las posibles asociaciones entre variables de condiciones sociales e indicadores de condiciones de salud en países con diversos grados de desarrollo; no asume el presupuesto teórico de que es necesario analizar las condiciones de salud de la población teniendo en cuenta los componentes estructurales de las sociedades y el concepto de determinación social de la salud como eje de un pensamiento complejo y crítico acerca de la relación entre sociedad y salud.<sup>29,31</sup>

Con base en lo anterior, al analizar la dimensión poblacional y la práctica social en salud, *Gostin*,<sup>32</sup> diferencia claramente dos perspectivas de la salud pública (Fig. 1). Una perspectiva denominada "acotada", que señala que la salud pública debe orientarse al estudio de los factores de riesgo que afectan la salud de la población sean estos biológicos, ambientales o conductuales; y otra perspectiva llamada "ampliada", que afirma que es tarea de la salud pública atender aquellas condiciones estructurales de la sociedad que afectan la salud de la población, sean estas de carácter social, económico o cultural.<sup>11</sup> Desde este enfoque pareciera evidente que la perspectiva acotada, aunque dominante y bien aceptada, constituye una opción limitada cuando se trata de comprender el origen social y económico de las enfermedades; mientras que la visión ampliada, en cambio, sugiere conceder mayor responsabilidad a la salud pública en la atención a los determinantes sociales de la salud.

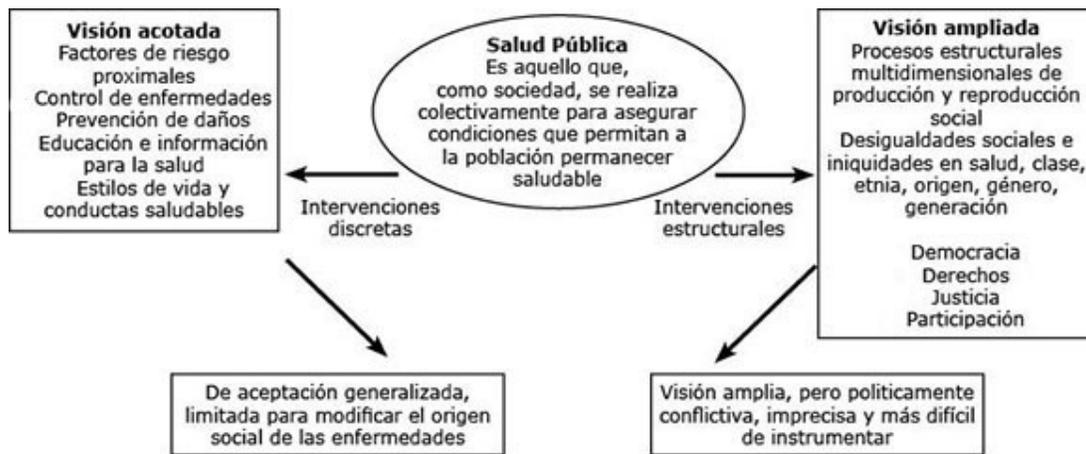


Fig. 1. La dimensión poblacional de las acciones de salud pública.

De cualquier manera, desde hace varias décadas se aceptan dos consideraciones: una, que la salud pública ya no puede limitarse a realizar acciones puntuales, basadas solo en la perspectiva "acotada o restringida" de la salud y debe tratar de superar las limitaciones que impone una mirada centrada en la enfermedad y en el aspecto técnico de sus funciones; y dos, que con la ayuda de las ciencias de la salud, en interacción con el conjunto de las ciencias sociales, económicas y políticas, se facilitará el análisis e interpretación de las desigualdades (sociales y en salud) a través de una mirada comprensiva de sus determinantes con el objetivo de tener políticas públicas y de salud cada vez más eficaces.<sup>33</sup>

### El abordaje de la salud y la enfermedad: ¿continuidades o cambios?

En la actualidad es clara la gran influencia que la salud pública tiene en la concepción biomédica de la salud. Sin embargo, es notable en las universidades médicas, los institutos de investigación, las unidades prestadoras de servicios y las instituciones encargadas de la conducción de los sistemas de salud privilegian las acciones que se prestan a nivel individual, especialmente ligadas a la enfermedad y otorgan menos peso al enfoque de salud poblacional y a las acciones colectivas orientadas a la generación de condiciones de vida y bienestar que favorecen la salud de la población.

En otras palabras, se sigue hablando más de enfermedad que de salud, a pesar de que se sabe que la mayor ganancia en salud, a un costo mucho más bajo, no se obtiene precisamente de los servicios de atención médica individual.

Es difícil también tratar de escapar de la paradoja sanitaria caracterizada por los insuficientes recursos financieros disponibles (por lo común acompañada de marcadas deficiencias en la infraestructura sanitaria) y las crecientes necesidades de inversión en todos los ámbitos y dimensiones de la salud, incluida la atención a la enfermedad. Hoy, si bien preocupan las deficientes condiciones materiales de las instituciones de salud, también deberían preocupar el poco análisis de fenómenos colectivos de enfermedad y muerte, de las cuales se desprenden propuestas de intervención concretas.

Los conceptos ya bien establecidos de promoción de salud y prevención de enfermedades, la cooperación interinstitucional y la articulación intersectorial siguen quedando en un segundo plano en la vida real de la práctica sanitaria de los países. La sugerencia de priorizar las acciones de salud poblacional sobre la atención médica individual, como un primer paso para avanzar hacia el diseño y desarrollo de política de salud orientada por el enfoque de salud de la población y sus determinantes sociales, desafortunadamente no siempre ha sido tomada en cuenta para facilitar el avance hacia una mejor comprensión y desarrollo de las dimensiones técnica, política y social de la salud pública como práctica social.

Hacer el giro requerido hacia la adopción explícita de la perspectiva ampliada de la salud pública, no solo constituye una obligación ética, teórica y práctica ante las desigualdades sociales y de salud identificadas, sino porque significa abordar procesos sociales, crear, adaptar y usar categorías, métodos e instrumentos capaces de observar, medir y comparar las acciones de salud pública derivadas de una visión ampliada. En otras palabras, el estudio y modificación de los procesos estructurales vinculados a las condiciones de vida, bienestar y trabajo intentando explicar las desigualdades sociales, económicas y culturales que deben ser enfrentadas para contribuir a su transformación,<sup>34</sup> sugieren que los Sistemas Nacionales de Salud deberán mover el foco de su colosal trabajo hacia los aspectos que tienen que ver con la vida, el bienestar y la salud en lugar de privilegiar los aspectos relativos a la enfermedad y el riesgo.<sup>35</sup>

## **IDEAS PARA EL DEBATE SOBRE LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN LA PRÁCTICA DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y LA SALUD PÚBLICA**

Con la intención de visualizar oportunidades para que ocurra un cambio real en cuanto a la determinación social en los escenarios en que tiene lugar la práctica de la salud pública, a continuación presentamos algunas ideas, las cuales en esencia buscan, estimular la reflexión, el debate colectivo y la generación de propuestas explícitamente orientadas a concretar el fortalecimiento de la salud pública desde un sentido integral en el pensar-hacer de la atención médica, el diseño y evaluación de políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, la investigación y la formación de recursos humanos, entre otras áreas sustantivas. Estas ideas son:

1. Rearmar el "hacer del sistema de salud" con enfoque epidemiológico.

La orientación epidemiológica del sistema de salud parte de considerar dos preceptos: 1) de que es criterio aceptado -al menos teóricamente- reconocer a la epidemiología como la disciplina síntesis en la salud pública y 2) que el pensamiento epidemiológico es aquel que pretende introducir el interés colectivo, el punto de vista comunitario o

público en la respuesta que la sociedad ofrece a los problemas de salud, en una actitud de búsqueda e investigación permanente de las situaciones que generan o mantienen los problemas de salud.<sup>36-38</sup>

Como sucede en otros países, en el caso de Cuba, también se ha venido cuestionando la orientación epidemiológica del sistema de salud. En ese sentido, algunas valoraciones han venido emergiendo entre profesionales del campo de la salud pública y especialmente de la epidemiología, para tratar de argumentar la posibilidad (o no) de que la práctica de la salud pública nacional ha sido sustentada por un pensamiento epidemiológico inscrito y reconocido en un "saber-hacer" propio de lo que podría llamarse un enfoque (tipo escuela) cubano de epidemiología; y si el establecimiento del denominado "liderazgo epidemiológico" en el Sistema Nacional de Salud ha respondido (o no) a la aplicación las bases teóricas que sustentan las prácticas profesionales o las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad desarrolladas directa e indirectamente por las estructuras institucionales formales.<sup>38</sup>

En el momento actual, como hace muchos años antes, parece clara la noción de que el "liderazgo epidemiológico" que requiere el Sistema Nacional de Salud continúa teniendo más que ver, con la voluntad política, la conciencia, organización y desarrollo de la sociedad, así como con la accesibilidad y financiamiento total de los servicios de salud, que con el desarrollo conceptual, epistemológico y metodológico de la epidemiología como disciplina básica de la salud pública en los ámbitos académico, de investigación o en los servicios de salud. De ser así, estaríamos de acuerdo con *Martínez Calvo*,<sup>38</sup> cuando afirma que más que una orientación epidemiológica del sistema de salud se asiste (o continuamos asistiendo en opinión del autor) a una "aplicación audaz del enfoque epidemiológico tradicional acompañado del hegemónico pensamiento biomédico prevaeciente". En nuestra opinión se requerirá con cierta urgencia priorizar la integración efectiva y permanente del pensamiento técnico provisto por la epidemiología en el quehacer estratégico y operativo del sistema y servicios de salud en todos sus niveles de organización.

## 2. De la salud individual a la salud colectiva: necesidades sociales de salud y sus determinantes como objeto de la salud pública.

La comprensión amplia de los determinantes sociales de la salud sugiere que los servicios de salud por si solos, serían insuficientes para aprehender y transformar los mismos si estos se configuraran como el "nuevo objeto" de la salud pública. De existir acuerdo habría que:

- Hacer un replanteo del campo de trabajo de la salud pública podría significar entenderlo como el abordaje de la distribución de los determinantes de la salud-enfermedad y las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud de los colectivos humanos.
- Pensar en proceder a una aproximación de las necesidades sociales de salud y sus determinantes es intentar no mirar los problemas de salud solamente desde la perspectiva clásica de riesgos, daños, enfermedades y muertes.
- Intentar manipular o transformar ese "nuevo objeto" empleando herramientas o instrumentos que deberán ser provistos por el saber epidemiológico más que por la clínica. De cualquier forma, aun cuando las necesidades sociales de salud sean reducibles a problemas de salud en las poblaciones, estas deberán abarcar las condiciones sociales y ambientales que las definen y sus instrumentos deberán venir de otros saberes como los suministrados por la

antropología, la sociología, la psicología social, la economía, la ecología y la política, entre otros.<sup>17,20</sup>

En otras palabras, estaríamos de acuerdo con varios autores en la conveniencia de adoptar en primer lugar, una visión ampliada de la salud pública que incorpore en su análisis los procesos macro-estructurales, y reconocer explícitamente la trascendencia de los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales asociados a la salud. En segundo lugar, plantear el abordaje de perfiles de salud y enfermedad, más que de enfermedades aisladas y enfrentar los problemas colectivos de enfermedad y muerte proponiendo la transformación de los procesos sociales productores de desigualdades. Finalmente, privilegiar en la acción política la vinculación con diversos actores y estimular los espacios académicos críticos y la formación de profesionales de la salud con visión amplia.<sup>34</sup>

Incluir las visiones de la medicina social y la salud colectiva en las estructuras institucionales del sistema de salud a todos los niveles, sería un paso sólido para, por un lado, introducir, desarrollar y expandir el enfoque de los determinantes sociales de la salud; y por el otro plantear propuestas de mayor amplitud explicativa sobre los fenómenos de salud-enfermedad-atención en los diferentes contextos. También significaría crear herramientas para radicalizar las prácticas de la salud pública a partir de una visión integral de determinación social y desarrollar agendas por la salud -que en conjunto con otros actores- tengan capacidad para impactar en múltiples niveles y defender el peso de los procesos económicos, sociales, culturales y ambientales que hoy sabemos que definen la salud y la vida.<sup>15-17,20,34</sup>

3. Ampliar los campos de conocimiento y práctica de la salud pública utilizando el enfoque epidemiológico sociocultural.

Interesa aquí señalar la centralidad de los procesos salud-enfermedad-atención en la dinámica y estructura sociales, más allá de su concreción como fenómenos individuales.<sup>39</sup> En otras palabras, se trata de reconfigurar el modo en que se conceptualizan los problemas de salud y sus determinantes, así como una actualización teórica-práctica del necesario diálogo entre la epidemiología y las ciencias sociales.

La ampliación de los campos de conocimiento y práctica de la salud pública, pensados ahora desde la perspectiva de la epidemiología sociocultural, significaría en síntesis estar de acuerdo en:

- Privilegiar la integralidad en el abordaje y reestructurar la práctica epidemiológica desde la reflexión teórica y epistemológica e intentar relacionar los distintos ámbitos, niveles y factores que intervienen en la problemática de salud como son los factores sociales "estructurales" y culturales y los factores biológicos y ecológicos.
- Materializar la combinación de estrategias metodológicas cuantitativas y cualitativas de investigación y avanzar en la medición de la salud-enfermedad-atención y superar la dicotomía individual-social en el análisis epidemiológico y de su correlato: la descontextualización progresiva de la mirada epidemiológica.
- Desarrollar intervenciones de programas vinculado a la visión sociopolítica de la salud y replantear el nuevo modelo de acciones de salud el cual considere las estrategias de atención médica, las intervenciones de salud pública y las políticas en salud desde las especificidades y visiones de la población objetivo.

4. Renovar las funciones tradicionales e incorporar otras nuevas en la práctica epidemiológica y de salud pública.

Se estimula asumir la sugerente renovación de funciones tradicionales y la incorporación de otras nuevas en el quehacer institucional de la epidemiología y de la salud pública en favor de lograr una permanente orientación epidemiológica en la práctica del sistema de salud y del sector de la salud.

Se trata entonces de adoptar explícitamente en las estrategias, programas y políticas de salud la perspectiva ampliada de la salud pública combinando las funciones tradicionales de salud renovadas y las nuevas funciones derivadas de la aplicación del enfoque de los determinantes sociales de la salud, a la hora de aplicar las estrategias orientadas a la intervención de riesgos, enfermedades y daños, como las hoy guiadas por la perspectiva europea conocida como "Salud en todas las políticas" la cual incluye intersectorialidad, participación comunitaria y determinación social (Fig. 2).



Fig. 2. Propuesta de funciones renovadas y nuevas para las áreas técnicas de las estructuras institucionales del Sistema Nacional de Salud.

5. Maximizar el valor salud en la agenda social y del sector de la salud.

La salud pública deberá impulsar nuevas experiencias que permitan evaluar su potencial efectivo para la formulación de políticas saludables, incorporarlas al debate entre los que deciden en el ámbito político y los gestores de salud, para facilitar su apropiación e integración en procesos de planificación estratégica a todos los niveles del sistema de salud.

El principio aquí es el de maximizar las ganancias en salud y en la medida de lo posible, reducir el impacto de las desigualdades entre los grupos de población. La clave para esto es un efectivo trabajo con base en los determinantes sociales de la salud, la acción intersectorial y el desarrollo de fundamentos conceptuales y metodológicos para la evaluación del impacto en la salud de las intervenciones incluidas en las políticas, programas o proyecto, así como la integración progresiva de sus resultados en la toma de decisiones.<sup>40</sup>

Visto así, promover el debate, la investigación, la práctica de la evaluación del impacto en salud dentro y fuera del sistema de salud y la realización de experiencias previas que permitan evaluar el potencial efecto de las intervenciones de salud

pública, facilitará maximizar las ganancias en salud y en la medida de lo posible contribuir a la reducción de las desigualdades entre los grupos de población. El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia en la toma de decisiones sobre la atención a las poblaciones en el campo de la protección de la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento y mejora de la salud. En el campo del desarrollo, implementación y evaluación de programas y políticas de salud pública, se trata entonces de la aplicación de principios de razonamiento científico, que incluyen el uso sistemático de datos y sistemas de información y el uso apropiado de teorías de ciencias de la conducta y de modelos de planificación de programas.<sup>41</sup>

6. Fortalecer el entendimiento del enfoque de género en salud y su aplicación en todos los ámbitos del sistema de salud.

El enfoque de género se fundamenta en la visibilización de las relaciones de poder y subordinación, determinadas por la diferencia sexual y las relaciones entre mujeres y hombres, con el fin de diferenciar las construcciones socioculturales de las biológicas, asunto que propicia una mejor comprensión de la realidad social y política, por lo tanto se deberá utilizar como categoría de análisis y como determinante de salud.<sup>42</sup> Visto así, el género, al igual que la clase social, son dimensiones de toda organización humana, pues existen variables socioculturales e históricamente construidas, las cuales permiten que las diferencias sexuales biológicas tomen una dimensión social.<sup>23</sup>

Adoptar y fortalecer la aplicación de este enfoque en la conceptualización y práctica social de la salud pública pone de manifiesto la necesidad de reconocer las diferencias entre el hombre y la mujer para definir los riesgos en salud y en la aplicación de medidas sanitarias, así como en el desarrollo e implementación de políticas y programas, con el fin de alcanzar la equidad de género, lo que implica tener presente la influencia de las estructuras biológicas, sociales, culturales en el estudio de los problemas de salud, ya que estos no se manifiestan de la misma manera en hombres y mujeres.

7. Profundizar en la comprensión del paradigma de la complejidad y su aplicación en la problemática de la salud de las poblaciones.

Varios elementos epistemológicos y metodológicos se han propuestos como tendencia alternativa a la ciencia contemporánea, agrupados bajo el rótulo de "nuevo paradigma" y con diferentes grados de interarticulación, lo que viene sugiriendo la necesidad creciente de producir evidencias empíricas para el análisis de la situación de salud, sus efectos y sus determinantes a partir de estos abordajes.<sup>43</sup>

Desde el campo la medicina social varios autores han defendido la necesidad de nuevos paradigmas para abordar diferentes cuestiones de investigación, especialmente en las áreas de epidemiología, el análisis de políticas de salud y la práctica social a partir de modelos sistémicos dinámicos desde una perspectiva teórica de la complejidad, los niveles micro y macro y las transformaciones de los sistemas de salud.<sup>44,45</sup>

La clave parece estar en la aplicación de estrategia metodológica de la complejidad: la *transdisciplinariedad*, la cual trata el abordaje materialista histórico de la ciencia, fundamentando una definición pragmática de una transdisciplinariedad como proceso, estrategia de acción y modalidad de práctica, y no como propiedad de objetos complejos o atributo de complejidad de relaciones entre campos disciplinares.<sup>43</sup>

En Cuba, como en muchos otros países, científicos de diversas instituciones, incluidas la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), a través de las cátedras de complejidad, reconocen el fundamento de la teoría de la complejidad, la que surge a mediados del *sigl* xx como un paradigma científico cuya finalidad es "comprender la complejidad de la vida" a partir del basamento teórico necesario para estudiar objetos muy complejos, como por ejemplo la salud, sin la necesidad de proceder a una reducción radical de los mismos.<sup>46,47</sup>

Extender y compartir los conocimientos y avances de las aplicaciones de la complejidad en áreas de la investigación científica y la práctica social en varios campos del saber constituye un imperativo impostergable de cara a los desafíos que nos plantea el proceso de transformación actualmente en curso en el país, a la luz de los acontecimientos internacionales, las crisis sociales y económicas globales, los problemas del cambio climático, ecológicos y de la salud humana, las confrontaciones bélicas, la exclusión social, cultural e ideológica y su banalización, la pobreza y todos los retos contemporáneos generados por formas hegemónicas del saber y el poder que han marcado el actual sistema-mundo.

Abordar el pensamiento complejo y las ciencias de la complejidad implica la comprensión holístico-sistémica no lineal y transdisciplinar de los procesos naturales, biológicos y sociales, propician el intercambio de saberes, la autogestión, cooperación y reciprocidad solidarias desde abajo con responsabilidad ciudadana interconectada a las políticas públicas, lo que crea posibilidades de reconstrucción del conocimiento científico y su aplicación a los procesos sociales, ambientales y humanos en general, con beneficios para las proyecciones constructivas desde la actualidad del contexto internacional actual.<sup>48</sup>

8. Introducir y desarrollar la epidemiología de la información asumiendo la perspectiva (en debate) sobre la información y comunicación como objeto de estudio de la medicina social.

Frente al escenario prolífico de técnicas, tecnologías y saberes vienen surgiendo abordajes contra la desinformación como es el caso de la epidemiología de la información. La también llamada *infodemiología* se define como "el estudio de los determinantes y la distribución de la información en salud y la desinformación, que puede ser útil en la conducción de profesionales y pacientes hacia la calidad de informaciones en salud (incluido Internet), al identificar áreas donde existen lagunas educativas, en la traducción de conocimiento entre la mejor evidencia y la práctica, así como marcadores (basado en indicadores) para información de alta calidad".<sup>49</sup>

En forma análoga a la epidemiología descriptiva, la epidemiología de la desinformación estudia la prevalencia de la información incorrecta (o de débil precisión), así como sus indicadores de calidad, con el objetivo de identificar vacíos de provisión de informaciones de buena calidad que conduzcan al conocimiento y a la salud. De forma semejante a la epidemiología analítica, se estudiaría las relaciones entre la calidad de las informaciones y los desenlaces en salud. Esto podría resultar interesante en el contexto del vertiginoso desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs), las cuales se configuran hoy como esenciales en los múltiples niveles de la vida social.<sup>41</sup> En este sentido, deberá considerarse con mayor relevancia el peso que tiene, tanto Internet como los sistemas de informática médica, como fuentes promisorias de información, a la hora de usar y evaluar hallazgos científicos en materia de transmisión sólida de informaciones calificadas (educación para la salud) y de cuidados autoplanificado y autoinstituido (promoción de salud) como certezas en salud y eficacia de un comportamiento preventivo.<sup>50,51</sup>

Algunas otras ideas para la acción futura en favor de nuevas políticas de salud o en el ajuste de las existentes, las cuales estén orientadas por el enfoque de determinantes sociales de la salud, implicaría entonces avanzar en respuestas a preguntas tales como: ¿qué tipo de ajustes teóricos y conceptuales debemos hacer en la concepción técnica, social y política de la salud pública cubana?, ¿cómo podemos avanzar en un replanteo del objeto y práctica de nuestra salud pública, enfrentando desde otras posiciones lo individual y poniendo en lo colectivo, el peso de lo social?, ¿cómo institucionalizar este pensamiento social y colectivo como prioridad en el Sistema Nacional de Salud?

### **PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE CAMBIO EN EL PENSAMIENTO Y PRÁCTICA EPIDEMIOLÓGICA EN CUBA**

Durante el primer semestre de 2013 un grupo de trabajo integrado por profesionales de alto nivel científico y amplia experiencia en la práctica de la salud pública nacional e internacional, convocado a solicitud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) trabajó en la formulación de propuestas estratégicas de desarrollo para el Área de Higiene, Epidemiología y Microbiología (HEM) del Sistema Nacional de Salud. La denominación de grupo es: Grupo de Trabajo para el Fortalecimiento de la Higiene y la Epidemiología del MINSAP, 2013. Este grupo elaboró un documento no publicado titulado: "Propuesta Estratégica de Fortalecimiento de la Higiene, la Epidemiología y la Microbiología (HEM) en el proceso de Perfeccionamiento Integral del Sistema Nacional de Salud: Programa de Acción 2013-2016. Área de Higiene, Epidemiología y Microbiología". La Habana: MINSAP. Síntesis ejecutiva, julio, 2013. p. 1-27.

El análisis detallado de las propuestas presentadas en este documento rebasaría los alcances de este ensayo. Sin embargo, a modo de síntesis vale señalar algunos elementos sustantivos que son buenos ilustradores en el intento de integrar el enfoque de salud de la población y la visión de los determinantes sociales de la salud en la práctica de la salud pública cubana actual.

La propuesta técnica formulada por el Grupo de Trabajo, tras ser sustentadas en marcos referenciales, institucionales y técnicos bien conocidos, y en un análisis de la situación de salud del sistema de salud en su conjunto y del subsistema de higiene y epidemiología en particular como área encargada de la conducción conceptual, metodológica y operativa de las intervenciones y servicios de salud poblacional, incluyó propuestas de cambios tales como:

1. Revitalizar el pensamiento y práctica epidemiológica en todo el Sistema Nacional de Salud como elemento imprescindible de la práctica social de la salud pública cubana y el desarrollo de las intervenciones y servicios de salud poblacional.
2. Orientar la conceptualización y operación del Área de Higiene y Epidemiología del Sistema Nacional de Salud desde el enfoque de salud de la población y la visión de los determinantes sociales de la salud y abandonar la visión disciplinaria, restringida y vertical que rige su funcionamiento actual.
3. Perfeccionar la organización, dinámica y alcance estratégico del Área de Higiene y Epidemiología del Sistema Nacional de Salud con base en un enfoque por funciones y procesos para la implementación de las intervenciones y servicios de salud poblacional y la orientación epidemiológica del sistema.

Los objetivos específicos que dieron forma a las Estrategias y Líneas de Acción consideradas para el desarrollo e implementación de las propuestas de cambio fueron:

1. Rediseñar la estructura y funciones técnicas del Área de Higiene y Epidemiología en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
2. Mejorar la práctica epidemiológica en los servicios de todas las unidades del Sistema Nacional de Salud en el marco de la necesaria renovación y ajuste del modelo de atención médica.
3. Fortalecer las competencias técnicas y gerenciales y el desempeño del personal para realizar las funciones y procesos técnicos del Área de Higiene y Epidemiología.
4. Perfeccionar y desarrollar el Sistema de Vigilancia en Salud del Sistema Nacional de Salud.
5. Monitorizar, analizar y evaluar la situación de salud de la población.
6. Redimensionar la promoción de la salud y la educación para la salud con un enfoque intersectorial, inclusivo y participativo.
7. Contribuir con el desarrollo de la información y la comunicación en el ámbito de la salud poblacional atendiendo a los nuevos escenarios tecnológicos y sociales.
8. Fortalecer la evaluación del desempeño del sistema y servicios de salud en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

Con la intención de comprender más claramente como integrar de forma efectiva el enfoque de salud de la población y la visión de los determinantes sociales de la salud en la práctica de la salud pública cubana actual, consideremos a manera de ejemplos cinco líneas de acción derivadas de la propuesta estratégica de cambio presentada por el Grupo de Trabajo al MINSAP.

*Ejemplo 1.* Trabajar en la actualización del pensamiento y práctica epidemiológica que garantice la permanente orientación epidemiológica del Sistema Nacional de Salud.

Significa la integración de las acciones en función de los problemas de salud prioritarios, la evaluación de la utilización del enfoque clínico-epidemiológico de los servicios, programas y tecnologías en todos los niveles del sistema de salud, el desarrollo de los procesos de capacitación en los servicios y la promoción de investigaciones con prioridad en el nivel local, todo, con explícito sustento en los elementos de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). La actualización de este pensamiento y práctica del quehacer epidemiológico permitirá avanzar en un rediseño de la estructura del MINSAP, sus áreas técnicas y los subsistemas provinciales y municipales de salud, con base en funciones y procesos de forma que aseguren la implementación de las intervenciones de salud poblacional con el mismo éxito que desarrollan los servicios de atención a la salud y enfermedad.

*Ejemplo 2.* Estimular la renovación y ajuste del modelo de atención médica y sus estrategias principales, incluida la APS, para ampliar la aplicación del enfoque de salud de la población.

Asume la incorporación del pensamiento epidemiológico y social en la práctica de la atención médica siguiendo la visión ampliada de la salud pública, es decir, el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Significa también, priorizar a través de la estrategia de APS aquellas acciones de promoción y prevención que abarcan a toda la población y no solo a los grupos más vulnerables como tradicionalmente ocurre. Adicionalmente, asumir el necesario fortalecimiento de las capacidades e infraestructura de los servicios de salud, la actualización permanente del modelo cubano de medicina familiar, el acercamiento a las tecnologías modernas adecuadas y el perfeccionamiento de la práctica clínica considerando desde luego los actuales problemas de salud de la población, pero también los procesos estructurales, cambios socioeconómicos y generacionales que acontecen. Todo ello basado en la concepción política, ideológica y social de la Revolución Cubana y su alto compromiso ético y humanista.

*Ejemplo 3.* Fortalecer el análisis de la situación de salud (ASIS) y de las necesidades sociales de salud y sus determinantes en todos los niveles del sistema de salud y el sector de la salud.

Plantea dos ejes de trabajo interrelacionados. El primero enfocado al desarrollo de una práctica epidemiológica dirigida a los problemas prioritarios que se deriven de la monitorización, el análisis y la evaluación de la situación de salud, así como renovar los fundamentos, procedimientos y técnicas para realizar el ASIS y las relaciones intrasectoriales, prioritariamente en los niveles locales. El segundo, orientado a privilegiar la participación en investigaciones sobre la solución de los problemas de salud prevalente, sus riesgos y determinantes sociales con prioridad para el nivel local y considerar explícitamente la incorporación del estudio de los determinantes de la salud, entre las líneas de investigación institucionales y la actualización de la base conceptual y metodológica para el desarrollo de dichos estudios. Se garantiza así la aplicación de los resultados en el diseño de políticas y estrategias enfocadas a la desigualdad social y su impacto en la salud.

*Ejemplo 4.* Promover el rediseño, perfeccionamiento, actualización y desarrollo de la estrategia nacional de vigilancia de la salud.

Sugiere la conveniencia de rediseñar y actualizar el sistema de vigilancia de salud y fortalecer la capacidad de respuesta para eventos de salud de alto impacto epidemiológico, así como la operación de los subsistemas de vigilancia, según niveles de servicios y tipos de instituciones dando máxima prioridad a las emergencias epidemiológicas y de salud pública. Esta renovación del sistema de vigilancia deberá estar vinculado a la perspectiva de promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud e imaginar que la incorporación de las dimensiones estructurales (sociales, económicas, ambientales, políticas y culturales) al análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención creará prácticas distintas, incluso hasta antagónicas a aquellas basadas en la historia natural de las enfermedades y riesgos predominantes.

*Ejemplo 5.* Proponer la introducción y desarrollo de la evaluación del impacto en salud como una herramienta de apoyo a la toma de decisiones, la formulación de políticas saludables y el fortalecimiento de la salud pública.

Significa promover la incorporación del conocimiento científico al proceso de toma de decisiones entre los que conducen el sistema de salud a todos los niveles. Presupone reconocer la aplicación real de los conceptos y métodos de la evaluación causal que parte de la evidencia disponible o de la nueva información empírica, para vincular

cada una de las intervenciones (políticas, programas, proyectos y otras) con posibles resultados en salud. Este enfoque centrado en la evaluación del impacto en la salud de la población es perfectamente coherente con el discurso y la evidencia de los determinantes sociales de la salud y con el trabajo intersectorial, como se ha sustentado en los países donde el enfoque de salud de la población y el manejo de los determinantes sociales garantizan el principio de "salud en todas las políticas o de protección de salud en todas las políticas".

*Ejemplo 6.* Propiciar el redimensionamiento de la promoción de la salud y la educación para la salud.

Asume la necesidad de incorporar la idea de la "salud en todas las políticas", desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud a través del fortalecimiento del trabajo intersectorial a todos los niveles del sistema de salud y de la participación consciente y efectiva de la población así como del ajuste de los procesos informativos, educativos y de comunicación dirigidos a la promoción de la salud, según los nuevos escenarios tecnológicos y sociales así como la introducción de cambios para priorizar las estrategias en favor de más investigaciones relacionadas con la promoción de la salud y la educación para la salud

*Ejemplo 7.* Impulsar el desarrollo de la información y la comunicación en salud con base en los hallazgos de investigación y la perspectiva de la epidemiología de la información.

Se propone partir de la definición y redimensionamiento de las *políticas de información y comunicación de salud* con un enfoque intersectorial, inclusivo y participativo considerando los nuevos escenarios tecnológicos, los hallazgos de la investigación y la actual política económica y social pasando por la promoción de inversiones necesarias en los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la salud. También significa desarrollar la gestión de la información y la comunicación de forma proactiva según las necesidades de los usuarios y las prioridades del sistema de salud con un enfoque de salud poblacional, y contribuir al desarrollo del campo académico de la información y la comunicación de la salud integrando la investigación basada en el enfoque que promueve la epidemiología de la información dentro y fuera del sector de la salud y a la práctica social.

## COMENTARIOS FINALES

Este trabajo de una forma sintética pretende presentar un conjunto de ideas que al ser integradas muestren las oportunidades en favor de un cambio real en el uso de los enfoques de salud de la población y la determinación social de la salud en la práctica de la salud pública. La idea central es estimular la reflexión informada y el debate desde posiciones distintas con el objetivo de contribuir a concretar en un sentido más amplio e integral el fortalecimiento del pensar-hacer en salud pública en general, y en particular, en el actual escenario de la práctica epidemiológica en el país.

Las ideas sugeridas no intentan desconocer ni negar el abordaje predominante del abordaje de la salud y la enfermedad, sino de repensarlo a la luz de los conocimientos y evidencias que se han ido sistematizando sobre la aplicación del enfoque de salud de la población y los determinantes sociales de la salud desde el pensamiento de la medicina social y la salud colectiva.

Para el caso particular de Cuba, se sostiene la conveniencia de desarrollar un proceso de discusión técnica entre todos los actores y protagonistas, no solo del sistema de salud sino de todo el sector de la salud, sobre los contenidos de una propuesta estratégica de cambio que sustancialmente busque revitalizar el pensamiento y práctica epidemiológica dentro de la salud pública cubana en general y dentro del modelo institucional (sistema y sector de la salud) para una mejor integración y operacionalización del enfoque de salud de la población y los determinantes sociales de la salud.

Para tener éxito en las ideas y estrategias propuestas se requerirá una absoluta comprensión estratégica, gerencial, técnica, social y política de las líneas de acción que se elaboren, un liderazgo evidente en la conducción e implementación de las mismas, una demostrable capacidad de conciliación, negociación y coordinación, con todas las personas de diferentes disciplinas dentro y fuera del sistema de salud y una voluntad permanente para colocar en la agenda de trabajo la alta prioridad que debe otorgarse al proceso de cambio o transformación del sistema cubano de salud bajo una visión ampliada de la salud pública.

Estimular un enfoque centrado en los aspectos que tienen que ver con la vida, el bienestar y la salud sin renunciar a los aspectos relativos a la enfermedad y el riesgo, se presentan como primer paso para avanzar hacia el diseño y desarrollo de política de salud en favor de una actuación sobre lo colectivo basada explícitamente en el enfoque de salud de la población y orientadas por los determinantes sociales de la salud, tanto en niveles académico y de investigación, como en los servicios de salud de atención médica o de salud pública.

Hacerlo desde la perspectiva de la medicina social es reconocer la necesidad de una mejor comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y su complejidad, pero también su pertinencia en el contexto de los problemas médicos y de salud pública, y en especial su utilidad para el análisis de los problemas de salud y su relación con la producción económica, la determinación social y la práctica política en un contexto social e histórico determinado.

La argumentación sobre la definición de los sistemas de salud como sistemas sociales y culturales esclarece la visión de que los fenómenos de salud y enfermedad en las poblaciones y las prácticas de los sistemas de salud son procesos eminentemente sociales. Este fundamento reconoce explícitamente el peso que tienen las condiciones sociales y de vida en la multidimensionalidad de la salud y la conveniencia de ampliar la discusión sobre los orígenes sociales de la enfermedad y la muerte temprana, así como en las relaciones que guardan estas con las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales en nuestra sociedad.

Finalmente, se impone dar pasos sólidos encaminados a concebir y aplicar modelos que aboguen por abordajes estructurales, integrales, técnicos y políticos de la salud pública, donde confluyan métodos y técnicas de las ciencias biológicas y naturales, pero también las ciencias sociales, con el objetivo de que tanto razonamientos como actuaciones técnicas y políticas que son intrínsecas a cada una de las intervenciones desplegadas, garanticen el fin último: la salud y el bienestar de la población.

## AGRADECIMIENTOS

A todos por profesionales convocado a solicitud del Ministerio de Salud Pública que participaron en las discusiones técnicas y en el trabajo de formulación de propuestas estratégicas de desarrollo para el Área de Higiene, Epidemiología y Microbiología (HEM) del Sistema Nacional de Salud. Un agradecimiento especial a la profesora *Silvia Martínez Calvo* por su compromiso y estímulo permanente en favor de la epidemiología y la salud pública cubana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe sobre el Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Nueva York: PNUD; 2013.
2. Di Fabio JL. Aniversario 110 de la OPS. Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud (OPS-OMS) en Cuba. La Habana: Museo Nacional de Bellas Artes; 2013.
3. Lage A. El Día de la Ciencia cubana: ¿Una empresa estatal socialista de alta tecnología? Cubadebate. 15 enero 2014 [citado 8 Sept 2014]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/opinion/2014/01/15/en-el-dia-de-la-ciencia-cubana-una-empresa-estatal-socialista-de-alta-tecnologia/>
4. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública. 2004 [citado 8 Sept 2014]; 30(3). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)
5. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. La Habana. 18 de abril del 2011.
6. Proyecciones de la salud pública hasta 2015. La Habana: MINSAP; 2010.
7. Informe Anual Año 2012. La Habana: MINSAP; 2013.
8. Área de Higiene, Epidemiología y Microbiología: Informe Anual Año 2012. La Habana: MINSAP; 2013b.
9. Morales R. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2010.
10. Iñiguez Rojas L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 8 Sept 2014]; 38(1): 109-25. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es)
11. López S, López-Arellano O, Puentes E. Marco General: Concepto de Salud Pública. En: López S, Puentes E, editores. Observatorio de la Salud pública en México 2010. México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2011. p. 19-27.

12. Nunes ED. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC, editores. Debates en Medicina Social. Quito: Organización Panamericana de la Salud/Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1991.
13. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación Científica 540. Washington, D. C.: OPS; 1992.
14. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999;75:5-30.
15. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. Am J Public Health. 2001;91(10):1592-601.
16. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002;12(2):128-36.
17. Silva Paim J. Movimientos en el campo social de la salud. En: Silva Paim J, editor. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011. p. 103-22.
18. Rojas Ochoa F. Teoría y práctica de la medicina social. En: Silva Hernández D, editor. Salud Pública Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 73-97.
19. García JC. Juan Cesar García entrevista a Juan Cesar García. En: Duarte Nunes E, editor. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU; 1986. p. 21.
20. Silva Paim J. ¿Nueva Salud Pública o Salud Colectiva?. En: Silva Paim J, editor. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011. p. 123-36.
21. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud colectiva. 2011;7(3):285-315.
22. Granda E. Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En: Granda E, editor. La salud y la vida. Quito: Alames, Universidad de Cuenca, Conasa, OPS/OMS; 2009. p. 69-81.
23. Valencia MA. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011;29(1):85-93.
24. Health Canada. Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense. Washington, D.C: OPS; 2000.
25. SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. May 5, 2005.
26. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. "Subsanar las desigualdades en una generación". Informe final. Ginebra: OMS; 2008.

27. Breilh J. La Determinación Social de la salud "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud". Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre. México, D. F.: ALAMES; 2008.
28. González R. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. *Medicina Social*. 2009;4(2):135-43.
29. Eslava JC. Tras las huellas de la determinación. Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
30. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2005.
31. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(supl 1):13-27.
32. Gostin LO. Public health law and ethic. Los Angeles: University of California Press, The Milbank Memorial Found; 2002.
33. López-Arellano O, Blanco-Gil J. Políticas de Salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En: Peña F, León B, editores. *La medicina social en México. II Globalización neoliberal*. México, D. F.: Consejo Editorial ALAMES-México, A.C.; 2008. p. 55-64.
34. Closing the gap in generations. Health Equity through action on the social determination of health. Commission on Social Determinants of Health: Final Report. Geneva: WHO; 2008.
35. López-Arellano O, Blanco-Gil J. Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde la medicina social y la salud colectiva. México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2013.
36. Breilh J. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la Salud. Conferencia en el Seminario "Rediscutindo a questão da determinação social da saúde", 19-20 marzo. Salvador (Bahía-Brasil): Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); 2010.
37. Macedo CG. Discurso apertura, documento del Seminario sobre "Usos y Perspectivas de la Epidemiología". Nov 7-10 (Publicación No. PNSP 84-47/1984); Buenos Aires, Argentina: Seminario; 1983.
38. Nájera E. Investigación y desarrollo profesional. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 88. La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. Washington, D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana; 1987.
39. Martínez Calvo S. El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba. *Rev Brasileira Epidemiologia*. 1999;2(1 y 2):19-33.
40. Haro JA (coordinador). *Epidemiología sociocultural: un diálogo entorno a su sentido, métodos y alcances*. Bueno Aires: Lugar Editorial; 2011.
41. Rivadeneyra A, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit*. 2008;22(4):348-53.

42. Morales-Asencio M, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. Salud pública basada en la evidencia: recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:5-20.
43. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva. Salud Colectiva. 2006;2(2):123-46.
44. Castellanos PL. Avances metodológicos en epidemiología. En: Campinas S. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: epidemiologia e desigualdade social, os desafios do final do século. Abrasco; 1990. p. 201-16.
45. Almeida-Filho N. The paradigm of complexity: applications in the field of public health. Advisory Committee on Health Research. A Research Policy Agenda for Science and Technology to Support Global Health Development. Ginebra: WHO; 1997.
46. Ramis Andalia R. Factores de Riesgo vs. Determinantes sociales de la Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2013.
47. Cárdenas ML, Rivas José F. La teoría de la complejidad y su influencia. Rev Teoría Didáctica Ciencias Sociales. 2004 enero-diciembre:131-41.
48. Cátedra de Complejidad de La Habana, Sección Psicología y Sociedad/Sociedad Cubana de Psicología. Encuentro Científico Complejidad 2014: Pensamiento y Ciencias de la Complejidad. La Habana: Cátedra; 2014.
49. Eysenbach G. Infodemiology: the epidemiology of (mis) information. JAMA. 2002;113:763-5.
50. Castiel LD, Vasconcello-Silva PR. Precariedades del exceso: información y comunicación en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
51. Eysenbach G. Consumer health informatics. BMJ. 2000;320:1713-6.

Recibido: 31 de julio de 2014.

Aprobado: 24 de septiembre de 2014.

*Nivaldo Linares Pérez.* Centro de Química Biomolecular (CQB). BioCubaFarma. Calle 200 y 21, Reparto Atabey 11600. Apartado Postal: 16042. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [nlinares@oc.biocubafarma.cu](mailto:nlinares@oc.biocubafarma.cu)