

## Determinantes individuales y sociales de la salud

### Individual and social health determinants

Dr. Cs. Klaus Thielmann,<sup>I</sup> Dr. Cs. José Illnait Ferrer,<sup>II</sup> Dr. Ismael Clark Arxer<sup>I</sup>

<sup>I</sup> Academia de Ciencias. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Centro Nacional de Investigaciones Científicas. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La alta y creciente morbilidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, obliga a reconsiderar el concepto básico de la medicina. El enfoque curativo unilateral prevaleciente en casi todos los países y la introducción en la práctica médica del progreso científicotécnico, en unión con la comercialización de la medicina, ejercen una presión excesiva sobre los sistemas de financiamiento. Esta situación exacerba la desigualdad de acceso a los servicios médicos y lleva a la medicina a un conflicto con su propia ética de practicarla sin consideración de persona. Es necesario la aplicación de conceptos y modelos adecuados con el fin de armonizar el progreso técnico curativo, con el compromiso social de la medicina. En virtud de sus peculiaridades y de las ricas experiencias de su sistema de salud, Cuba posee las condiciones idóneas para desarrollar estos conceptos y modelos prácticos encaminados a la reducción sistemática del riesgo de enfermarse por enfermedades crónicas no transmisibles. Se presentan los rasgos elementales de un concepto básico que procura integrar la medicina curativa en el marco de una estrategia integral de promoción de salud, proactiva y personalizada. Este concepto está fundamentado en la comunicación, enfocado hacia los determinantes individuales y sociales de la salud, entre médicos de la familia y los ciudadanos atendidos por ellos. Se muestran las experiencias con un modelo de aplicación de este concepto que se encuentra en desarrollo en el policlínico "Dr. Tomás Romay" en el municipio La Habana Vieja.

**Palabras clave:** ciencia médica, determinantes de salud, debate conceptual.

## ABSTRACT

The rise of the high morbidity of non-communicable chronic diseases compels us to reconsider the basic concept of medicine. The unilateral healing approach prevailing in many nations and the implementation of the ethical and scientific progress in the medical practice, in addition to the commercialization of medicine, put an extra burden on the financial system. This situation exacerbates the unequal access to medical services and makes the medicine face its own ethical principle of practice that takes into account the patient rather than the person's status; which is a democratic principle and a human right as well. It is required to implement adequate concepts and models to put the technical advances for healing and the social commitment of medicine in harmony. In virtue of the unique characteristic and the rich experiences of the Cuban health system, there are ideal conditions to carry on these practical concepts and models aimed at systematically reducing the risk of getting sick from non-communicable chronic diseases. The basic features of a primary concept, which seeks to integrate the healing medicine within a comprehensive strategy of proactive and customized health promotion, were presented. The communication between the physicians and their patients centered on the individual and social health determinants is the basis for implementing this concept. The experiences accumulated through an implementation model, which is being developed in Dr. Thomas Roig polyclinics in Old Havana municipality, were shown in this paper.

**Keywords:** medical services, health determinants, conceptual discussion.

---

## INTRODUCCIÓN

El día 19 de mayo de 2011, la Academia de Ciencias de Cuba, la más antigua de Las Américas, celebró el sesquicentenario de su fundación. En homenaje a este jubileo sus miembros se reunieron en el Colegio Universitario de San Jerónimo de La Habana Vieja con representantes de asociaciones académicas de Las Américas, Europa, África y Asia. Antes del acto solemne en el Aula Magna, se llevó a cabo un taller sobre el papel de las academias en la solución de problemas actuales. Uno de los paneles del taller enfocó la transferencia de conceptos científicos a la realidad local, reto eterno de la ciencia con importancia especial también para la sanidad. Estas consideraciones motivaron este debate.

A fin de cuentas, la ciencia se verifica en la vida real, o bien se realiza a través de nuevas tecnologías, o se manifiesta en la profundización de la comprensión de la naturaleza, de la vida, del universo, de las partículas elementales, de lo muy grande y lo muy pequeño. En el espíritu de la época, la ciencia se valora ante todo por su impacto tecnológico, económico y comercial. Sin embargo, el enfoque mercantil que prevalece en nuestro tiempo somete a la medicina a consideraciones e incluso a especulaciones comerciales. El progreso médico es la resultante final de iniciativas innovadoras propias de las ciencias médicas, de las respuestas a las últimas necesidades de la práctica médica y del interés económico y comercial en la medicina. Sin embargo, lo último no siempre coincide con las verdaderas necesidades y el compromiso con la salud de las personas.

Cualquier trabajo científico se realiza en el marco del concepto básico vigente. Cada época tiene su modo de pensar e interpretar el mundo, llevando adelante el desarrollo, pero al mismo tiempo determina sus límites. El concepto básico se considera inmovible para la ciencia y el desarrollo y no se cuestiona más hasta que no choque con una realidad que lo contradice de manera innegable, o falle en resolver problemas de ese momento. Es así como tarde o temprano, cualquier concepto básico sucumbe o se integra en un concepto básico nuevo.

Desde hace medio siglo se agudiza un conflicto entre el progreso médico científico y la realidad innegable del fracaso de la medicina moderna ante su compromiso social. La sociedad global, animada a creer en los valores democráticos y los derechos humanos, reclama con autoconfianza creciente la igualdad en el tratamiento médico para todos. Sin embargo, los sistemas de sanidad de los países industrializados no se sienten comprometidos con eso. Por el contrario, se observa en no pocos países una tendencia a retroceder en el terreno que se había ganado hasta el presente en esa materia.

### **EL CONCEPTO BÁSICO ACTUAL DE LA MEDICINA**

La medicina, *ars medicinae*, el arte de curar (*mederi* lat.= curar), es la ciencia de la vida y la salud. Se ocupa de las enfermedades a fin de prevenirlas, detectarlas, tratarlas, aliviarlas y, en el mejor de los casos, curarlas. Al individuo le importa su salud. A la medicina contemporánea la fascinan las enfermedades. La salud figura como resultado de una reparación, o un estado de ausencia de enfermedad, que merece un cierto grado de atención colateral. Hasta la salud se ha definido erróneamente como ausencia de enfermedad. En los hechos, la eficacia curativa de la medicina moderna es impresionante. Ello se debe, en primer lugar, al impacto de los conocimientos, la metodología y al modo de pensar tomado de las ciencias naturales. Con ello, el arte de curar se convirtió en la ciencia médica. Los conocimientos y métodos científicotécnicos se materializan en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, y el pensamiento médico se rige por el concepto clásico de ciencias naturales. Avances de otra índole en ciencias naturales como la mecánica cuántica, tienen poca influencia hasta la fecha, por no hablar de las ciencias humanas.

No obstante, el progreso médico científicotécnico consolida la confianza tanto de la población, como de la medicina misma en las posibilidades curativas. Los médicos se sienten bien preparados para enfrentarse a las enfermedades y la gente confía en el potencial curativo. Por tanto, la medicina moderna se considera la más eficaz en la historia de la humanidad. Se cumple un sueño de la medicina y de los seres humanos, mientras que se refuerza otro: el sueño de la igualdad social.

Además de la metodología, el concepto de las ciencias naturales influye en el pensamiento médico a través de su lógica y exactitud, así como de ciertos conceptos básicos, tales como:

1. *La reducción.* Las enfermedades se reducen a causas precedentes y nexos lógicos (*causa efficiens*), esencialmente lineales y a corto plazo. La terapia se esfuerza deliberadamente en dirimir los nexos causales. El concepto da buenos resultados cuando se trata de enfermedades causadas por un agente específico como las infecciosas. La mayoría de las enfermedades, sin embargo, no se corresponde con ese modelo sencillo.

2. *La cuantificación.* El estado de salud se califica por la medición de datos químicos y físicos los cuales, sin embargo, están sujetos a una dinámica fisiológica que a

menudo pasamos por alto. De igual modo, el enfoque cuantitativo tiende a cuantificar parámetros no cuantificables, mientras que los aspectos de carácter cualitativo no encuentran la atención necesaria.

3. *La generalización*. La evaluación estadística de datos fisiológicos brinda conclusiones etiológicas, diagnósticas, pronósticas y terapéuticas de gran valor científico pero con vigencia limitada para el caso individual en condiciones concretas. La esquematización y estandarización de los conocimientos médicos sirven como orientación general, en tanto que la práctica médica está confrontada con individuos y sus reacciones específicas, lo cual requiere identificar lo específico dentro de lo general o sea, en la práctica médica, personalizar los conocimientos estadístico normativos.

Aparte de los principios científicos que siguen desarrollándose, cualquier concepto médico comprende el compromiso social y ciertos principios éticos y morales inalterables, entre ellos, el principio de tratamiento médico sin consideración de persona.

A manera de resumen, el concepto básico prevaeciente de la medicina contemporánea se apoya en:

1. La orientación en las *ciencias naturales*, calificada como "la científica";
2. el enfoque *patocéntrico curativo*;
3. la *actitud re-activa* frente a la presencia de enfermedades;
4. el pensamiento *a corto plazo*, o sea actuar cuando una necesidad actual lo exija;
5. la confianza en intervenciones *científicotécnicas*;
6. la reducción de enfermedades a *causas específicas y nexos causales*; y
7. el pensamiento *estadístico normativo*, la esquematización y estandarización.

Con esos enfoques la medicina contemporánea se ganó la bien merecida reputación de ser la medicina más potente en la historia de la humanidad. Sin embargo, los mismos rasgos marcan también los límites del concepto debido a que simplifica una realidad que es más compleja que como la percibe el concepto clásico de ciencias naturales. Las regularidades en las ciencias naturales, universales por principio, producen, no obstante, efectos variados en las condiciones de la vida individual y social. La medicina, por supuesto, se basa en las leyes naturales y se sirve con gran provecho de la metodología y del modo de pensar de las ciencias naturales, pero al mismo tiempo tiene que prestar atención a las condiciones psicológicas y sociológicas de los individuos. Bajo la influencia de las ciencias naturales, la práctica médica actual tiende a pensar más en términos generales y se aleja con eso de la realidad de cada individuo en su contexto social.

## El conflicto

La medicina moderna es muy costosa por dos problemas claves: su mercantilización y su concepto mismo, este último favorece al primero. Los altos costos producen desigualdad y reflejan la dimensión del problema. Aunque la desigualdad en el acceso a los servicios médicos ha existido siempre, un mundo que ha sido exhortado a respetar los principios democráticos y los derechos humanos muestra poca voluntad a seguir tolerándola.<sup>1</sup> La desigualdad es, salvo excepciones, gigantesca, tanto entre unos países y otros como entre diferentes grupos poblacionales al interior de los países ricos y pobres. Los gastos sanitarios globales llegan a cerca de EUR 4 500 miles de millones por año, de los cuales cerca de 40 % se gastan en EE. UU. que alojan poco más de 4 % de la población global. Los gastos anuales, per capita (p/c) en la mayoría de los países industrializados se mueven en el rango de EUR 2 000-3 000 y pasan por encima de EUR 6 000 p/c en EE. UU.<sup>2</sup> Tres mil millones de la población global disponen de menos de EUR 300 p/c; otros 3 mil millones de menos de EUR 30 p/c. Menos de mil millones del total de la población global de 7 mil millones disfrutan de más del 80 % de los gastos sanitarios del planeta.<sup>3</sup>

La desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios, conjuntamente con las diferencias de las condiciones de vida, tiene un impacto en la expectativa de vida de hasta 20 años hasta entre diferentes regiones y grupos poblacionales en los países ricos, incluyendo sus metrópolis: Londres, Berlín, Washington y otros. La desigualdad crece con el aumento cada vez mayor de los costos. Las diferencias radican en las diferentes condiciones socioeconómicas, las cuales a su vez dependen del sistema políticosocial y económico. En la gran mayoría de los países, la sanidad está sujeta a un mercado que hace crecer los costos en lugar de controlarlos. El neoliberalismo económico extremo en EE. UU. resulta en gastos sanitarios extremos (y resultados mediocres). El Reino Unido con su sistema estatal de salud, el *National Health Service* (NHS), emerge con una tercera parte de los gastos sanitarios por año en relación con los EE. UU. (y resultados mejores). La eficiencia de los sistemas de salud varía en un rango muy grande, que es dependiente de la influencia del mercado, de la existencia de regulaciones estatales y del concepto básico de la medicina.

El concepto básico actual tiende a propiciar el crecimiento de los gastos en virtud de su enfoque curativo unilateral y de la gran confianza en soluciones científico técnicas de curación. Una sanidad pública que unilateralmente se concentra en el tratamiento de enfermedades, en unión con una ciencia médica y estímulos financieros con el mismo enfoque unilateral, exige demasiado de cualquier sistema de financiamiento. Los esfuerzos curativos, el progreso científico técnico curativo, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades activas son imprescindibles, pero es preciso reducir la necesidad de confiar en aquellos. Si en un ambiente mercantil se gratifican ante todo los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos, los mismos están llamados a aumentar, y no solamente por indicaciones justificables. Eso ocurre en la gran mayoría de los países. Hay que restringir la influencia del mercado en la sanidad, y hay que reconsiderar el concepto básico de la medicina.

Ambas medidas tienen gran actualidad por los cambios que se producen actualmente en cuanto a morbilidad y mortalidad, los que se extienden desde los países industrializados hacia los demás. Hasta mediados del siglo xx la mayoría de la población moría de enfermedades infecciosas; ahora más de 80 % en los países industrializados y de 60 % de la población global mueren de enfermedades llamadas crónicas no transmisibles (ECNT). Casi la mitad de la población en los países industrializados está afectada. Se trata de una pandemia espantosa. Una vez que se manifiestan, las ECNT raramente se curan por completo, o por lo menos necesitan tratamiento de por vida, afectan la calidad y reducen la expectativa de

vida. Del total global de los casos de muerte en el 2010 de 56 millones, 30 millones son fallecimientos precoces por ECNT.

El tratamiento de las ECNT causa elevados costos que en Alemania constituyen el 80 % del total de los gastos sanitarios. La forma más racional de enfrentarse de manera causal a las ECNT es la reducción del riesgo de enfermarse. Al ser causadas por condiciones individuales y sociales de vida e influencias del medio ambiente, las ECNT ofrecen un potencial preventivo grande. Una fuente oficial en Alemania,<sup>4</sup> cifra el potencial preventivo de las ECNT a 25-30 % o sea, los gastos sanitarios nacionales pudieran reducirse a una cuarta parte (70 mil millones de EUR) por la prevención de ECNT, no contando los costos indirectos. Otras fuentes cuantifican el potencial preventivo de las ECNT en los países industrializados hasta 70 %.<sup>5</sup> Pese a ello, la medicina sigue con su modo acostumbrado de operar, alerta a combatir la enfermedad manifiesta, preparada a reparar lo que quede a ser reparado, cueste lo que cueste. A la prevención, la única manera de control causal de las ECNT, la medicina dedica poca atención y una minúscula parte de sus recursos en la gran mayoría de los países. Explotar el potencial preventivo de las ECNT requiere un concepto que va hacia la reducción del riesgo de enfermedad.

### **Un concepto básico sostenible**

Las ECNT llevan la medicina a una encrucijada, la obligan a reconsiderar el marco de su responsabilidad y compromiso: o sigue con el enfoque unilateral curativo, o se preocupa por la salud. Preocuparse de la salud incluye lógicamente la detección de enfermedades, el tratamiento, el cuidado y la rehabilitación de los enfermos, pero no se limita a eso. Una medicina apta para el futuro tendrá que integrar sus funciones de tipo reactivo curativo, en un concepto más amplio de carácter proactivo estratégico, que esté dirigido a la reducción de las necesidades curativas. No se trata simplemente de aportar un poco más de prevención como ha ocurrido siempre, sino de un cambio de pensamiento. Buscar la enfermedad o fomentar la salud a fin de reducir el riesgo de enfermedad, son dos conceptos diferentes que implican procesos prácticos diferentes.

El cambio es sustancial. Sin el mínimo menosprecio hacia la importancia de las funciones curativas y del impacto de las ciencias naturales en el progreso médico, es preciso recordar el propio carácter de la medicina como un servicio social. La medicina goza de mayor confianza cuando respalda y orienta a la población en el empeño de conformar las condiciones de vida, con bienestar y longevidad en buena salud. La medicina pierde su credibilidad en la medida en que se convierte en un servicio técnico con relaciones comerciales, como ocurre en los países dominados por el mercado llamado libre sin protección de la esfera social por el Estado. El entusiasmo por soluciones científicotécnicas tiende a hacer atrofiar el fundamento psicosociológico de la medicina. Se necesita más progreso científicotécnico y mucho más progreso científicosocial más un equilibrio apropiado entre las dos caras de la medicina. Un concepto médico básico sostenible tendrá que apoyarse, en medida comparable, en las ciencias naturales y en las ciencias sociales.

Tal enfoque reclama conocimientos sólidos de los determinantes sociales e individuales de la salud, aparte de los conocimientos imprescindibles sobre la etiología y patogénesis de las enfermedades. Hay que sensibilizar a los médicos para la promoción de salud no menos que para la patogénesis y equiparlos con conocimientos apropiados para cada una. Esto es un reto también para las investigaciones científicosociales y para la formación de médicos.

La virtud principal de la medicina curativa es su capacidad reactiva, la facultad de re-accionar rápido y eficazmente cuando aparece la enfermedad. Un concepto estratégico de la medicina se basa en la capacidad proactiva, prospectiva, la facultad de accionar antes de que se manifieste un riesgo. No menos importante es la necesidad de cambiar el pensamiento monocausal y de nexos causales lineales, de validez probada en combatir las enfermedades infecciosas, por un pensamiento integral e individualizado, que tome en consideración la gran complejidad de los determinantes de salud y las condiciones etiológicas biopsico-socio ambientales de las ECNT en la situación concreta y las condiciones del individuo. En la práctica hay que agregar al pensamiento estadístico normativo el enfoque individual.

Un concepto básico apto a cumplir con el desafío de las ECNT se caracteriza entonces por:

1. el enfoque *sanocéntrico*, que incluye las necesidades curativas;
2. el enfoque *científicosocial* aparte del enfoque científicotécnico;
3. la *actitud proactiva* prospectiva aparte de la capacidad re-activa;
4. la comprensión del significado del *tiempo* en la promoción de salud y la patogénesis;
5. la atención sobre los *determinantes sociales de la salud*;
6. la atención sobre la *salud relativa o parcial*; y
7. la *personalización* de la salud pública.

La realización de tal concepto tiene una serie de implicaciones prácticas, entre las cuales se destacan por su importancia crucial: a. La formación apropiada de los médicos, las enfermeras y otro personal médico, b. El papel clave de la medicina general integral, c. La comunicación con la población y el involucramiento de la última como participante activo, d. Un sistema de estímulos y reconocimiento para el desarrollo de la medicina sanocéntrica proactiva, e. El involucrar a sectores claves estatales y comunitarios como la educación, los medios de comunicación y otros.

## **UN MODELO Y LA PERSPECTIVA: LA REALIDAD LOCAL**

Con el inapreciable apoyo del Historiador de la Ciudad de la Habana, el Dr. *Eusebio Leal Spengler*, se lanzó en el policlínico "Dr. Tomás Romay" en la Habana Vieja un modelo experimental de aplicación del concepto de los determinantes individuales y sociales de la salud (DISS) en la práctica de la medicina familiar.<sup>6</sup> Desde finales de 2010, diez especialistas en medicina general integral (MGI) atienden en un programa salutogénico un total de 1 500 individuos entre 15 y 87 años, supuestamente sanos, de ambos sexos.<sup>7</sup>

La mitad de los individuos participan en consultas salutogénicas cuatro veces al año (grupo atendido) la otra mitad solamente al inicio y a final del año (grupo control). El estado de salud y los DISS de cada participante se registra según un protocolo, con ayuda de un programa computarizado en tecnología electrónica portátil (minicomputadoras Lenovo 12). En las consultas salutogénicas periódicas se indaga

acerca del estilo de vida del individuo en relación con diversos aspectos tales como sus hábitos tóxicos, preferencias alimentarias, actividad física, el sueño, relaciones sociales, laborales y familiares, la participación en actividades culturales y de entretenimiento, las condiciones de su hábitat, a la vez que en las consultas sucesivas se insiste en la necesidad de los cambios que se consideren necesarios. Cada uno de estos aspectos recibe una calificación que permite, mediante un programa computarizado, evaluar los resultados. Los datos preliminares comprueban la aceptación del procedimiento tanto por los médicos como por los participantes en el estudio. Una consulta salutogénica requiere 30 min aproximadamente.<sup>7</sup>

Al transcurrir solamente un año de trabajo se registraron disminuciones todavía discretas, pero estadísticamente significativas del peso corporal, índice de masa corporal, disminución de hábitos tóxicos, disminución de la presión arterial diastólica y sistólica, (resultados en preparación para su publicación).

Los resultados obtenidos por los especialistas en MGI del policlínico "Dr. Tomas Romay", en la Habana Vieja (en su etapa preliminar), constituyen una indicación de que la atención individualizada, siguiendo un protocolo adecuado, a través de consultas salutogénicas sistemáticas, permite mejorar algunos parámetros claves de salud y disminuir el riesgo de enfermarse al menos de algunas de las ECNT, según lo que hasta ahora se ha podido comprobar.

Los resultados indican, además, que el concepto básico que rige la actividad de la medicina re-activa puede en la práctica integrarse en un concepto médico proactivo sanocéntrico.

El trabajo del proyecto DISSFA -Determinanes Individuales y Sociales en la Medicina Familiar- en el policlínico "Dr. Tomás Romay" continua y se perfecciona, tomando en consideración la experiencia adquirida, con la expectativa de poder confirmar sus resultados a más largo plazo y de transferir el modelo de una medicina sanocéntrica a otras localidades urbanas, rurales y grupos de riesgo.

## **Agradecimiento**

Al Dr. DrCs. h.c. mult. *Eusebio Leal Spengler*.

Con infinito aprecio por su obra gigantesca y su amistad de por vida, en ocasión de su septuagésimo aniversario, el día 11 de septiembre 2012.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Declaración de los Derechos Humanos de la ONU. Nueva York: ONU; 1948: 25 y 27.
2. Kaiser Family Foundation. U.S. Health Care Costs. Disponible en: <http://www.kaiseredu.org/issue-modules/us-health-care-costs/background-brief.aspx>
3. Thielmann K, Illnait Ferrer J. La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 20 Ago 2012];38(2):278-85. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)



4. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001.

5. Knoop CE. A Personal Role in Health Care Reform. Amer J Public Health. 1995;85(2):759-60.

6. Thielmann K. Determinantes de salud: potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr.2005 [citado 20 Ago 2012];21(5-6). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000500021&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500021&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

7. Fernández RM, Thielmann KI, Bormey Quiñones MB. Determinantes individuales y sociales de la salud en medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 20 Ago 2012];38(3):484-90. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Recibido. 17 de septiembre de 2012.

Aprobado: 19 de noviembre de 2012.

*José Illnait Ferrer.* Centro de Productos Naturales, Centro Nacional de Investigaciones Científicas. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [jose.illnait@cnic.edu.cu](mailto:jose.illnait@cnic.edu.cu)