

Comportamiento de los diferenciales de salud en Cuba entre 1990 y 2009

Health differentials in Cuba from 1990 to 2009

Carlos Lage Dávila¹
Adolfo Gerardo Alvarez Pérez²
Isabel Pilar Luis González²
Geominia Maldonado Cantillo²
Mariano Hugo Bonet Gorbea²

¹ Policlínico Docente Universitario 19 de abril. La Habana, Cuba.

² Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Los determinantes sociales de la salud están cada vez más presentes en las agendas sanitarias y en las políticas públicas en todo el mundo.

Objetivo: Identificar los diferenciales en salud de la población cubana durante el período 1990-2009.

Métodos: Se realizó una investigación ecológica mixta y se tomaron como unidades de análisis la población de las 14 provincias y del municipio especial Isla de la Juventud. Se obtuvo la información mediante revisión documental y en su procesamiento se emplearon la técnica del coeficiente de Gini y las curvas de Lorenz. Se utilizaron elementos de estadísticas descriptivas tales como el número absoluto, la razón, la proporción, el índice, el porcentaje y las tasas.

Conclusiones: Las tasas de morbilidad y mortalidad estudiadas no muestran grandes diferenciales y tienden a disminuir a lo largo del período de estudio y no existen coincidencias territoriales para explicar los diferenciales de salud encontrados.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud; diferenciales; equidad; Salud Pública.

ABSTRACT

Introduction: Social determinants of health are increasingly present in health agendas and public policies worldwide.

Objective: Identify health differentials in the Cuban population in the period 1990-2009.

Method: A mixed ecologic study was conducted whose units of analysis were the population of the 14 provinces and the special municipality of the Isle of Youth. Information was obtained by document review and processed with the Gini coefficient and Lorenz curves. Use was made of descriptive statistics elements such as absolute number, ratio, proportion, index, percentage and rate.

Conclusions: The morbidity and mortality rates studied do not show great differentials, and they tend to decrease along the study period. There are no territorial coincidences to explain health differentials.

Key words: social determinants of health, differentials, equity, public health.

INTRODUCCIÓN

La salud en Cuba se concibe como un derecho humano esencial garantizado por el Estado en todos sus niveles de atención, lo cual se fue haciendo realidad con transcurso de los años posteriores al triunfo de la Revolución y así se expresa en la Constitución de la República de Cuba¹ y en la Ley de Salud Pública de 1983.²

Cuba, sin desconocer las dificultades objetivas y subjetivas, disfruta hoy de un servicio de salud de elevada calidad, universal, gratuito, accesible, regionalizado e integral, que ha permitido alcanzar una esperanza de vida al nacer de 78,4 años y una mortalidad infantil de 4,0 niños por cada mil nacidos vivos.³

Para continuar mejorando el estado de salud de la población es imprescindible conocer las condiciones en las que se produce y los comportamientos diferenciales que presenta. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que existen en todos los países, se deben a las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones, que se conocen como determinantes sociales de la salud (DSS), resumen en un solo término los factores sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen en la posibilidad de que los individuos y los pueblos hagan realidad el disfrute del derecho a la salud".⁴

Los DSS forman parte hoy de la agenda sanitaria de un número cada vez mayor de países y su análisis tienen en cuenta los conceptos de equidad, desigualdad, e inequidad.

El concepto de equidad se encuentra vinculado a la justicia social y a los juicios de valor respecto a cuál debiera ser la distribución apropiada de los bienes primarios entre los individuos o grupos sociales. La equidad es entendida como sinónimo de justicia y permite separar las desigualdades de las inequidades como punto de partida para cualquier análisis en salud. El término desigualdad se refiere a la existencia de diferencias inevitables y pertinentes entre los miembros de una

población. La inequidad, por el contrario, señala la existencia de discrepancias no solo innecesarias y evitables, sino también incorrectas e injustas desde el punto de vista moral.⁵

En marzo del 2004, la Organización Mundial de la Salud, crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de acopiar datos para mejorar la salud, lograr que esté distribuida de forma más justa en todo el mundo y promover un movimiento en favor de la consecución de esos objetivos.⁶

Las inequidades sanitarias, concluyó la Comisión, son consecuencias de un complejo sistema que actúa a escala mundial, nacional y local, y para lograr su reducción en los países y entre los países es necesario ir más allá de las causas inmediatas de la enfermedad. La Comisión concluye su trabajo con tres recomendaciones principales: mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.⁷

En Cuba, desde los primeros años del nuevo siglo, el entonces Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, Fidel Castro, se refirió a la presencia en la sociedad cubana de una serie de manifestaciones de desigualdades sociales y sanitaria surgidas, y en otros casos acrecentadas, como resultado de las limitaciones y dificultades en la etapa conocida en Cuba como Período Especial.⁸ Estos conceptos inspiraron en lo esencial los programas de trabajo englobados en el concepto de Batalla de Ideas, entre los cuales la salud tuvo prioridad. Este artículo expone los resultados de una investigación que tuvo como objetivo identificar los diferenciales en salud de la población cubana durante el período 1990-2009.

MÉTODOS

Se realizó una investigación ecológica mixta de comparación múltiple y de serie de tiempo que abarca a todas las provincias cubanas en el período comprendido entre 1990 y 2009. Se recopiló la información de fuentes oficiales y públicas y de periódicos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información y el Anuario Estadístico de Salud.

Para determinar la existencia de diferenciales entre provincias, se calculó el coeficiente de Gini de los indicadores seleccionados en los años 1995, 2001 y 2009, y se ejemplificaron mediante las curvas de Lorenz. De todos los disponibles se escogieron 20 indicadores de morbilidad y mortalidad y se aplicó el criterio de que al menos en un año el coeficiente obtenido fuera mayor que 0,1.

Se muestran las curvas de Lorenz de aquellos que tuvieron coeficiente de Gini mayor que 0,12 en los tres años, y para conocer qué provincias son las responsables de esos diferenciales se confeccionaron figuras de barra.

RESULTADOS

De los 7 indicadores de morbilidad analizados, solo 4, el índice de bajo peso al nacer y las tasas de incidencia de tuberculosis, de fiebre tifoidea y de sífilis, tuvieron índice de Gini bajo según la referencia establecida, es decir, en ningún año fue superior a 0,1.

La tabla 1 muestra los resultados del índice de Gini en la tasa de prevalencia de hipertensión arterial (TPHTA), la tasa de prevalencia de asma (TPA) y la tasa de

prevalencia de diabetes mellitus (TPDM) que tuvieron índice de Gini superior a 1, al menos en uno de los tres años analizados.

Los diferenciales de las TPHTA entre las provincias son mayores en 1995 y el valor menor es el del 2001; no obstante, tanto en el 2001 como en el 2009 se mantuvieron por debajo de 0,1 a pesar del aumento de la prevalencia de la enfermedad.

En la TPA y la TPDM, los índices de Gini fueron disminuyendo de 1995 a 2001 y a 2009 y al final del período alcanzaron los valores más bajos de los tres años estudiados.

Tabla 1. Evolución del índice de Gini en indicadores de morbilidad seleccionados. Cuba 1995, 2001, 2009

Indicador	Índice de Gini		
	Años		
	1995	2001	2009
Tasa de prevalencia de hipertensión arterial (TPHTA)	0,1504	0,0593	0,0667
Tasa de prevalencia del asma	0,1611	0,1015	0,0888
Tasa de prevalencia de diabetes mellitus (TPDM)	0,2065	0,183	0,1697

La tasa de prevalencia de diabetes mellitus TPDM es la única de las tres que tiene valores superiores a 0,12 en los tres años. (Fig. 1).

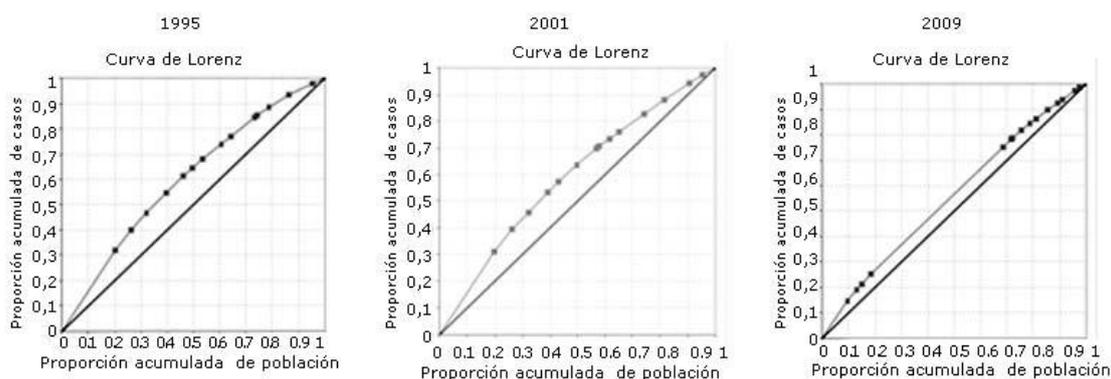


Fig. 1. Curva de Lorenz. TPDM. Cuba 1995-2001-2009.

De los 13 indicadores de mortalidad analizados, 5 de ellos, la tasa de mortalidad por tumores, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, la tasa de mortalidad por accidentes, la tasa de mortalidad por tuberculosis y la tasa de mortalidad en menores de 5 años mostraron índice de Gini bajo según la referencia establecida, es decir, en ningún año fue superior a 0,1.

La tabla 2 muestra las tasas de mortalidad que tuvieron valores superiores a 0,1 al menos en uno de los años analizados y puede apreciarse que entre ellos la tasa de mortalidad por diabetes mellitus (TMDM), la tasa de mortalidad por suicidio (TMS) y la tasa de mortalidad materna (TMM) muestran diferenciales con los índices de Gini superiores a 0,12 en los tres años. La TMM que no mejora en el transcurso de los 20 años fue el indicador con mayores diferenciales en los tres años seleccionados y la única que tiene diferenciales con Gini superior a 0,2 en 1995 y en 2001 y también el mayor diferencial superior a 0,3 en el 2009.

Tabla 2. Evolución del índice de Gini en los indicadores de mortalidad seleccionados. Cuba 1995-2001-2009.

Indicador	Índice de Gini		
	Años		
	1995	2001	2009
Tasa de mortalidad por influenza y neumonía (TMIN)	0,1876	0,11	0,1123
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (TMDM)	0,1241	0,1672	0,1522
Tasa de mortalidad por suicidio (TMS)	0,1392	0,1546	0,1476
Tasa de mortalidad infantil (TMI)	0,0581	0,0727	0,1227
Tasa de mortalidad materna (TMM)	0,2862	0,2722	0,3206
Tasa bruta de mortalidad	0,137	0,0895	0,0861
Tasa de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares	0,568	0,189	0,0932
Tasa de mortalidad perinatal	0,1011	0,096	0,152

Los indicadores de mortalidad que mostraron valores de Gini superiores a 0,12 en los últimos tres años fueron la tasa de mortalidad por diabetes mellitus (TMDM) (Fig. 2), la tasa de suicidio (TMS) (Fig. 3) y la de mortalidad materna (TMM) (Fig. 4).

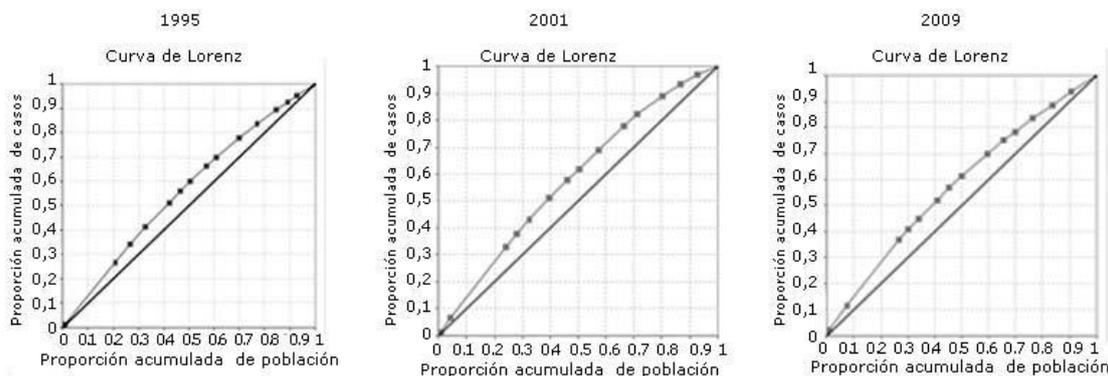


Fig. 2. Curva de Lorenz. TMDM Cuba 1995, 2001, 2009.

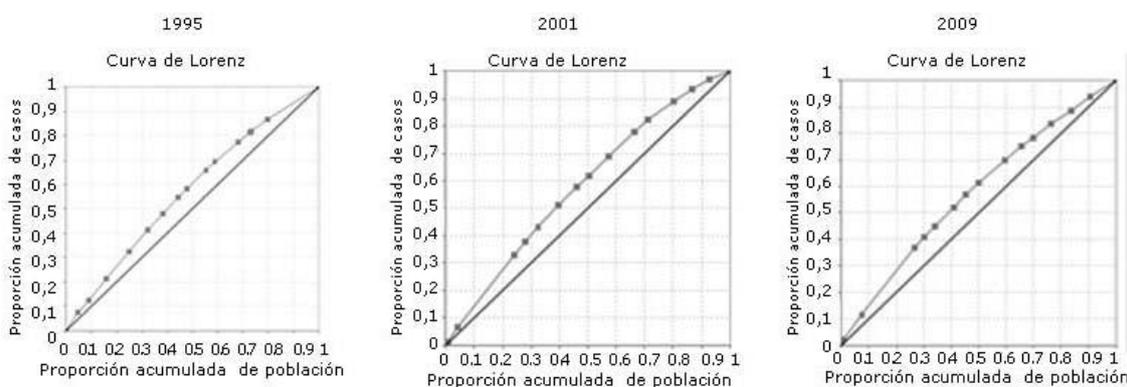


Fig. 3. Curva de Lorenz. TMS. Cuba 1995, 2001, 2009.

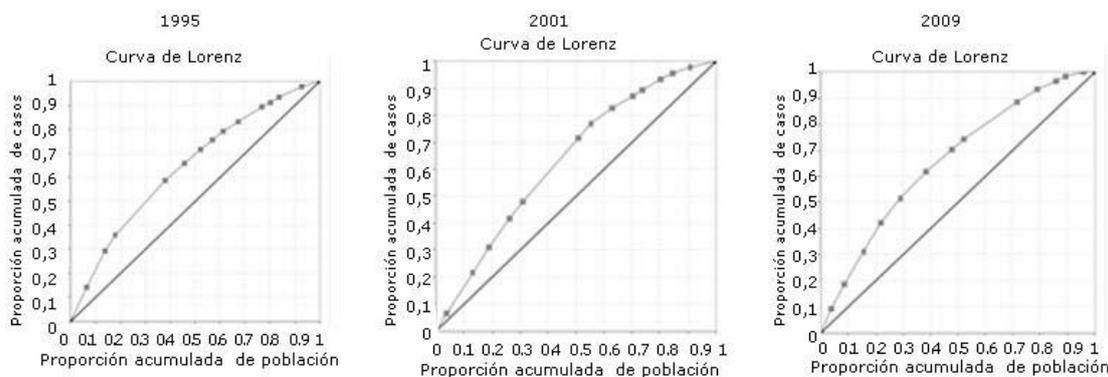
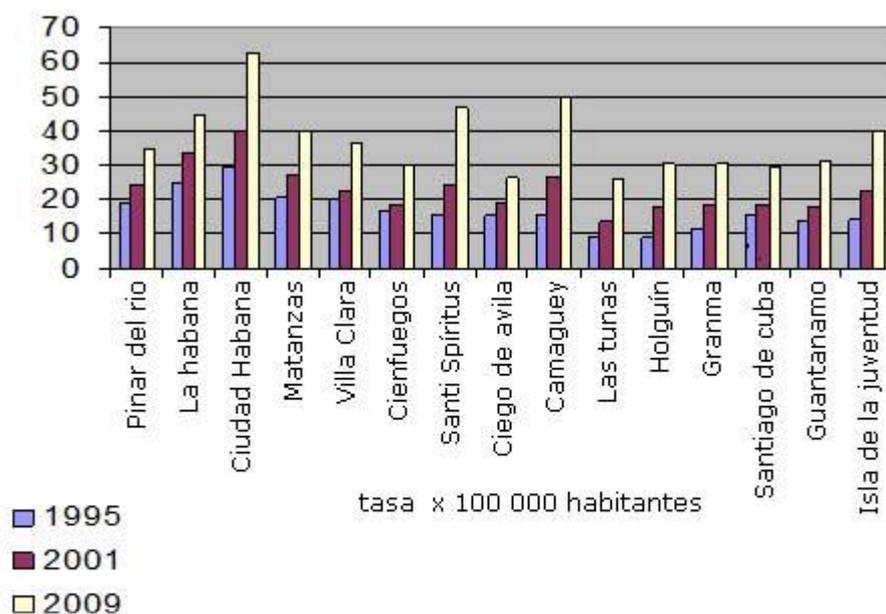


Fig. 4. Curva de Lorenz. TMM. Cuba 1995, 2001, 2009.

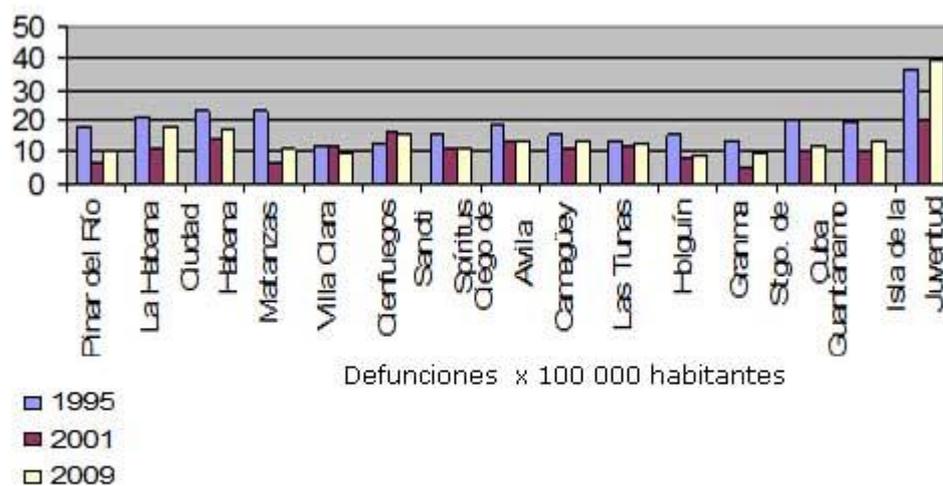
Para conocer las provincias que tuvieron los índices más elevados se elaboraron figuras de barras de estas tasas que mostraron un índice de Gini superior a 0,12 en los tres años analizados.

Las mayores tasas de prevalencia de diabetes mellitus (TPDM) en los tres años seleccionados se observaron en las provincias de Ciudad de La Habana y Camagüey. (Fig. 5).



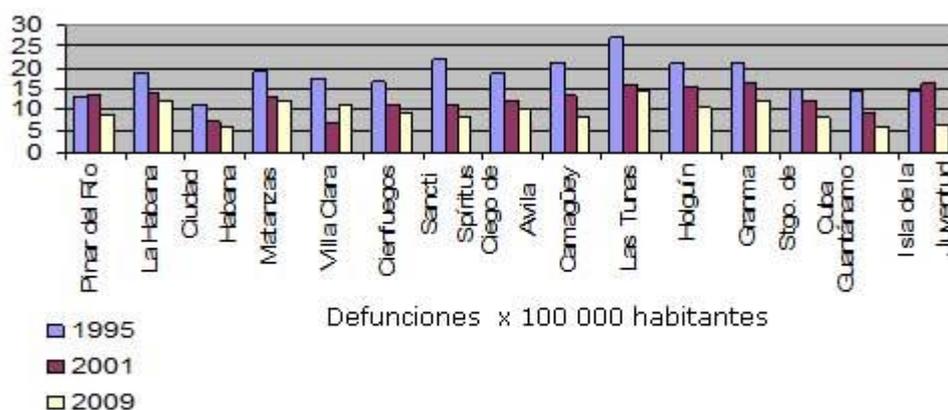
Fuente: Anuario Estadístico de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP.
Fig. 5. TPDM por provincias. Cuba, 1995-2001-2009.

La tasa de mortalidad por diabetes mellitus más elevada por provincias en los tres años estudiados se observó en la Isla de la Juventud (Fig. 6).



Fuente: Anuario Estadístico de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP.
Fig. 6. TMDM por provincias. Cuba, 1995, 2001, 2009.

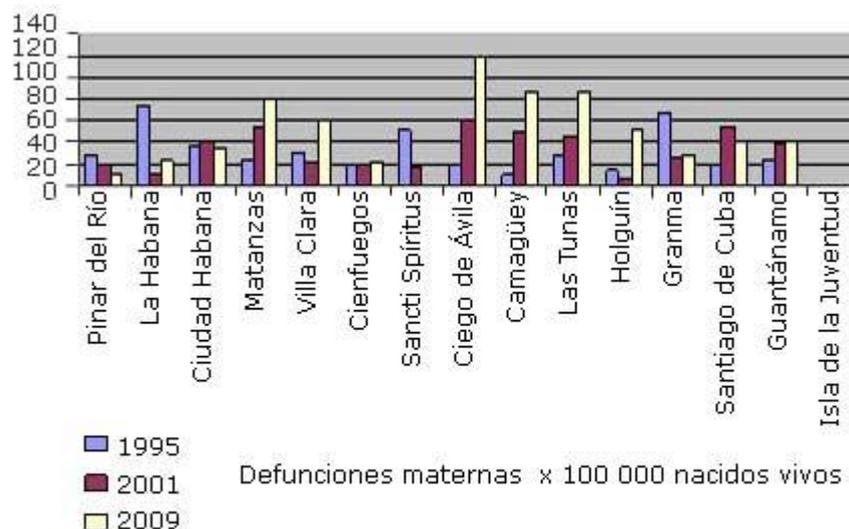
Por su parte, la tasa de mortalidad por suicidio más alta se observó en la provincia de Las Tunas. (Fig. 7).



Fuente: Anuario Estadístico de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP.

Fig. 7. TMS por provincias. Cuba, 1995, 2001, 2009.

Las provincias de Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas y Matanzas (Fig. 8) presentaron en el 2009 las mayores tasas de mortalidad materna.

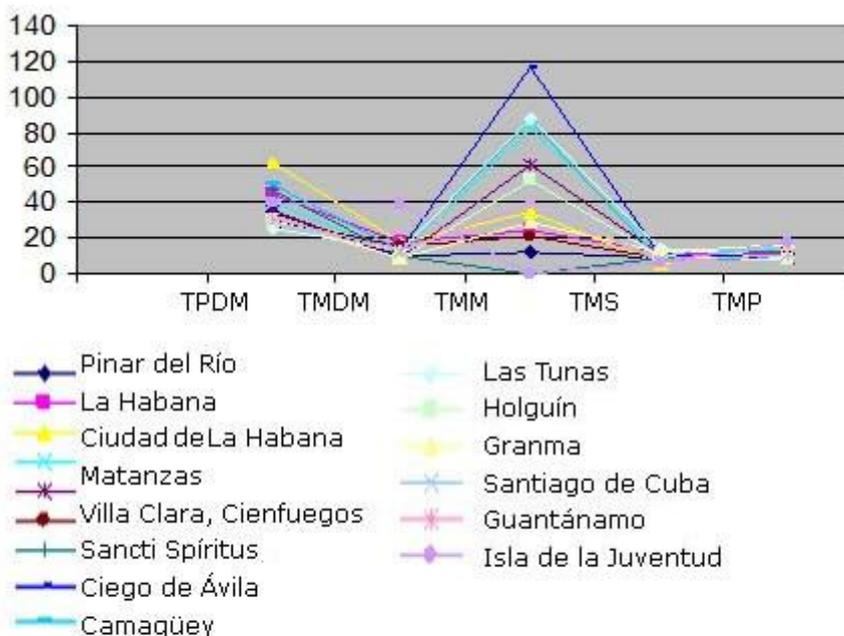


Fuente: Anuario Estadístico de la Dirección Nacional de Estadísticas del Minsap

Fig. 8. Tasa de mortalidad materna por provincias. Cuba. 1990-2001-2009.

De los 11 indicadores que tienen diferenciales superiores a 0,1 en alguno de los años estudiados en este artículo, solo 3 tasas de mortalidad mostraron el mayor diferencial en el año 2009: la infantil, la perinatal y la materna. Para estos casos el aumento de la desigualdad se incrementa con el transcurso de los años en el período analizado (1985-2009), aun cuando en las tasas de mortalidad infantil y perinatal se observa una disminución de las tasas nacionales.

Al final del período estudiado (Fig. 9), de los 5 indicadores que tuvieron mayor diferencial en el año 2009, la tasa de prevalencia de diabetes mellitus (TPDM), la tasa de mortalidad por diabetes mellitus (TMDM), la tasa de mortalidad materna (TMM), la tasa de mortalidad por suicidio (TMS) y la tasa de mortalidad perinatal (MP), la mortalidad materna fue la que mostró el mayor diferencial.



TPDM, TMDM, TMS, TMP (tasa x 100 00 habitantes)
TMM (Defunciones maternas x 100 000 nacidos vivos)

Fuente: Anuario Estadístico de la Dirección Nacional de Estadísticas del Minsap

Fig. 9. Indicadores seleccionados por provincias. Cuba, 2009.

DISCUSIÓN

Los diferenciales de los indicadores de salud están explicados por la contribución de las condiciones y los estilos de vida más el desarrollo de los servicios de salud.

A pesar de ser un país subdesarrollado y de estar sometido a un bloqueo económico de larga duración, aun en período de crisis, los indicadores de salud de la población cubana se mantuvieron a la altura de los indicadores de los países con más alto ingreso per cápita.

Como señalan *Pagliccia y Álvarez*: "Cuba ha logrado resultados destacados en la salud y la equidad, incluso en tiempos de austeridad económica y de recursos limitados, y el viejo dicho "donde hay voluntad, hay un camino" se ha ampliado para "cuando hay voluntad política, hay un impacto".⁹

La salud nunca ha sido considerada en Cuba una consecuencia del desarrollo económico, sino un derecho humano esencial que ha sido concebida así en la teoría y en la práctica.

La equidad que existe entre las provincias no significa que no puedan existir mayores diferenciales de salud cuando se analizan los indicadores de diferentes regiones dentro de una misma provincia.

Por otra parte, a ninguna provincia o grupo de provincias, a pesar de las diferencias de desarrollo económico existentes, le corresponden los resultados más positivos o negativos de los indicadores de salud.

Se sabe que Cuba hasta finalizada la década de los años 80 exhibía una elevada igualdad social porque garantizaba la distribución de su riqueza con una amplia extensión de gratuidades y subsidios, un único sistema salarial y un único sistema de seguridad social. Las crisis y las medidas que le sucedieron modificaron esas circunstancias; sin embargo, la gratuidad de los servicios médicos y la extensión de los servicios del médico de la familia fueron pilares de la equidad en la salud.¹⁰

En conclusión, las tasas de morbilidad y mortalidad estudiadas no muestran grandes diferenciales y tienden a disminuir a lo largo del período de estudio lo cual evidencia la equidad en el sector de la salud. Tampoco existen coincidencias territoriales para explicar los diferenciales en salud encontrados, pero parecen estar más relacionados con el desempeño de los servicios de salud que con su concepción y organización.

Conflicto de intereses

Los autores expresan que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet]. Publicación Digital. 2014. La Habana: Ministerio de Justicia; 2008 [citado 04 Sep 2014];[aprox. 25 p.]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/constitucion_de_la_republica.html
2. Asamblea Nacional de Poder Popular. Ley No. 41 del 13 de Julio de 1983, Gaceta Oficial de la República de Cuba. 1983;(61):967-87. Disponible en. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/ley_41_de_la_salud_publica.pdf
3. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2013 [Internet]. La Habana: ONEI; 2014. [citado 01 Sep 2014]. 191 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2011 Oct. 19-21. Río de Janeiro [Internet]. OPS; 2011. [citado 01 Sep 2014]:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.mejorandolasaluddelmundo.com/2011/10/world-conference-on-social-determinants.html>

5. Linares N. Claves para entender la equidad en salud. Salud vida. Revista Digital de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba. [Internet]. 2013 [citado: 25 Jul 2015];1(3):[aprox. 4 p.] Disponible en: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo/2013/11/28/claves-para-entender-la-equidad-en-salud>
6. Organización Mundial de la Salud. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud 2004 [Internet]. Ginebra: Sitio de la Organización Mundial de la Salud; c2004 [citado 01 Sep 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_netwrks/en/
7. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: [Internet] World Health Organization; 2008. [citado 01 Sep 2014];[aprox. 256 p.]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf;jsessionid=286F27B009D03FA9C347AD905EA9B9D7?sequence=1
8. Castro F. Discurso con motivo del Día de la Medicina Latinoamericana. Escuela Latinoamericana de Medicina. 3 de diciembre de 2002. [Internet]. La Habana; 2002 [citado 01 Sep 2014];[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>
9. Pagliccia N, Alvarez Pérez A. The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have a Role? Int J Health Services [Internet]. 2012 [citado 01 Sep 2014];42(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,8,13;journal,11,175;linkingpublicationresults,1:300313,1>
10. Espina M. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. Revista Nueva Sociedad [Internet]. jul.-ago. 2008[citado 28 Ago 2014];(216):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3539_1.pdf

Recibido: 28 de marzo de 2017.

Aprobado: 28 de mayo de 2018.

Carlos Lage Dávila. Vicedirección de Higiene y Epidemiología. Policlínico Docente Universitario 19 de abril. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: clagedavila@infomed.sld.cu