



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud  
Cuba

Iñiguez Rojas, Luisa

Territorio y contextos en la salud de la población

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-marzo, 2008

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**SIMPOSIO "JUAN PÉREZ DE LA RIVA" IN MEMORIAM**

**Territorio y contextos en la salud de la población**

**Territory and contexts in the field of the population's health**

**Luisa Iñiguez Rojas<sup>I</sup>**

<sup>I</sup>DraC. Geográficas. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

---

**RESUMEN**

En las ultimas dos décadas se ha avanzado en la documentación de la distribución de los problemas sociales y de salud de la población en la región, en el marco de la intensificación de las desigualdades e iniquidades, de los procesos de descentralización, y la progresiva introducción de métodos y técnicas para el procesamiento y análisis de datos. Las siguientes reflexiones tienen como objetivo discutir los limitados avances en la inclusión de información de contextos de vida en los análisis territoriales de la salud de la población, y sus posibles efectos en la comparación entre unidades del mismo nivel. Se caracterizaron las condiciones ventajosas en que ha evolucionado la información en salud, y la permanencia de problemas tales como la carencia o falta de integración de información, y el riesgo de que la producción de datos y las técnicas de análisis, evolucionen más rápido que las reformulaciones teóricas o metodológicas necesarias y posibles. Se plantearon algunos presupuestos asociados a la heterogeneidad de las divisiones territoriales y de la distribución de la población en el caso concreto de Cuba, se propuso la revisión, precisión o creación de nuevos indicadores, en especial aquellos que den cuenta de los cambios más recientes ocurridos en el país, de forma que las clasificaciones de territorios por condiciones de vida, o por tipos de poblamiento se actualicen, así como la construcción de unidades territoriales alternativas o complementarias de contextos más homogéneos, que permitan mejorar los análisis de la producción social de problemas de salud.

**Palabras clave:** Territorio, contextos, información en salud, distribución de problemas de salud de la población, Cuba.

---

**SUMMARY**

For the last two decades, advances have been made in the documentation of social and health problems of the population in the region within the framework of increased inequalities and inequities, more decentralizing processes and progressive introduction of data processing and analysis methods and techniques. The following reflections were aimed at discussing the

few advances made in the inclusion of life environment information in the population health analyses per territory, and its possible effects on the comparison among units placed at the same level. The favorable conditions in which health information had developed and the persistence of some problems such as lack of integrated data, and likely evolution of data production and analysis techniques at a pace faster than that of necessary theoretical and/or methodological reformulations were described. Some assumptions related to heterogeneity of territorial divisions and of population distribution in Cuba were stated. The review or clarification of existing indicators, or the creation of new ones particularly those accounting for the most recent domestic changes were suggested, with a view to updating the classification of territories by their living conditions or by type of population. Also, the proposal of building alternative or supplementary territorial units characterized by more homogeneous contexts was made in order to improve the analysis of social production of health problems.

**Key words:** Territory, contexts, health information, population health problem distribution, Cuba.

---

## INTRODUCCIÓN

La diferenciación espacial de la salud ha sido siempre tomada en cuenta, con mayor o menor prioridad. Que los problemas de salud no se distribuyen al azar, y en general poseen una geografía que los distingue, es una verdad, pero como todas sólo a medias y plagada de incertidumbres.

En las ultimas dos décadas mucho se ha avanzado en la documentación de la distribución de los problemas de la población, amparados en la relevancia del tema de las desigualdades e iniquidades sociales y de salud, así como en la progresiva introducción de recursos tecnológicos para el procesamiento y análisis de datos. Con cierta relación a lo anterior, población-grupos humanos, espacio-territorio, e historia-presente, parecen aproximarse más al contenido de las variables clásicas de la epidemiología descriptiva, persona, lugar y tiempo. En fin, que una parte importante de las respuestas a los problemas o necesidades de salud de la población es individual, en especial la curativa, pero otras muchas son colectivas, tanto las asociadas a la promoción de salud como a la propia disponibilidad de servicios de atención a ella.

Tal vez, paradójicamente para algunos de los que transitan hacia los temas del bienestar y la salud humana, privados aparentemente en su formación profesional (como geógrafos) de herramientas para un acercamiento airoso a los temas de la diferenciación espacial de la salud, aunque saben de mapas, las inquietudes se multiplican.

Una de ellas se relaciona con el incremento de las bases de datos, de los recursos técnicos para su procesamiento y análisis, y los limitados avances en la información de contextos de vida de la población. Las siguientes reflexiones se aproximan a este asunto a partir de algunos presupuestos sobre la heterogeneidad de las divisiones territoriales y de la distribución de la población, para argumentar la necesidad de avanzar en los contextos y enunciar algunas propuestas. Pretenden sobre todo formular preguntas que nacen de las nuevas condiciones de orden metodológico u operativo, e intentar que al decir de *Paul Farmer* sean más productivas y difíciles aunque algunas de ellas desplacen *los límites de la diplomacia académica vigente*.<sup>1</sup>

## **ESPACIO, TERRITORIO Y CONTEXTO**

De forma convencional se puede identificar tres grandes tipos de divisiones en cualquier continente: las naturales o físico-geográficas, que incluyen la de ecosistemas, paisajes o componentes aislados tales como relieves, condiciones climáticas, o formaciones; las espaciales, construidas socialmente que distinguen formas de organización y dinámica de los lugares con determinadas características económicas, sociales, culturales, demográficas, entre otras; y las territoriales, establecidas para ejercer responsabilidades del poder político-administrativo, o administrativo de sectores del gobierno, u otras organizaciones de la sociedad civil.

Las divisiones naturales no son en general utilizadas, al menos de forma sistemática para estudiar la vida humana y sus problemas. En algunos estudios específicos son empleadas demarcaciones naturales como cuencas hidrográficas, unidades de relieve, ecosistémicas y otras. Tampoco las divisiones espaciales construidas socialmente, son unidades donde se organicen, salvo excepciones, sistemas de información, como por ejemplo en barrios de las ciudades. El espacio (geográfico) como un conjunto indisoluble de sistemas de objetos (fijos) y sistema de acciones (flujos), en permanente interacción, y siempre testigo de procesos del pasado y del presente, tiene una fuerte vocación para esclarecer los procesos de producción social de bienestar y salud. Los fijos se refieren a componentes inamovibles o más estables del espacio tales como viviendas, fábricas, relieves, carreteras y otros; los flujos integran los de origen natural como el aire, bosques, entre otros. El conjunto de fijos y flujos con una determinada colocación (estructura), está sometido a permanente procesos de cambios, diarios, o temporales.

Las unidades político-administrativas o administrativas-sectoriales, constituyen la base geográfica de los sistemas de información y la gestión territorial. La casi totalidad de los sistemas de información en salud están referidos a unidades territoriales y en investigaciones encaminadas a reconocer la diferenciación de un problema de salud, o la organización de acciones del sector salud, se adopta un determinado nivel de unidad territorial, sea por elección o debido a la instancia administrativo-sectorial donde se desempeña el investigador.

Este tipo de división es impuesta y recorta el país, siguiendo diferentes criterios para establecer sus límites, como la cantidad de población a contener y crea unidades de responsabilidad, de poder, de actuación y está siempre dotada de niveles de subordinación o jerarquías. La división más conocida es la político-administrativa.

Se distingue en lo esencial el territorio del espacio, porque en el primer caso la unidad es una fragmentación artificial, un recorte que puede cambiar en un breve tiempo, por decisión de los órganos o instituciones responsables por esta división, mientras, los límites de la unidad espacial o sub-espacial, su ampliación o reducción, siempre es resultado de procesos sociales.

Los recortes territoriales y las unidades que ellos delimitan se asocian a una escala geográfica, y cada una de ellas tiene un compromiso de contenido. Al respecto, *Lacoste* coloca que ciertos fenómenos pueden ser aprehendidos sólo en grandes extensiones, mientras que otros sólo son captados en superficies reducidas. De ahí que el cambio de escala, como operación intelectual, de cambio del nivel de conceptualización, puede transformar de forma radical tanto el problema que se identifique, como los raciocinios que puedan desarrollarse y sólo el tránsito entre ellas permite la mayor aproximación a la complejidad de las realidades sociales.<sup>2</sup>

El contexto es un término dócil, de amplio y fácil uso, su problema fundamental como el de tantos otros términos o conceptos es la definición o los límites de su contenido, o mejor su operacionalización. Así se reconoce el contexto político, histórico, sociocultural, lingüístico, de salud y tantos otros. Todas las acciones humanas están influenciadas por un contexto, y cualquier atributo, característica o indicador está condicionado a este, de forma que alcanzan una valoración o significado diferente según varíe.

Dos definiciones acreditadas definen contexto de la siguiente forma: entorno físico o de situación, ya sea político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el cual se considera un hecho (Diccionario de la lengua española, Real Academia) y conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho.<sup>3</sup>

En las metodologías de investigación sobre el trabajo terminológico se identifican tres tipos de contextos: el definitorio, el explicativo y el asociativo. Todos ellos aluden a un conjunto de características en un agregado lógico, con una determinada estructura. Sin una búsqueda lo suficientemente ampliada, se citan dos referencias sobre la aproximación al contexto asociadas con la salud. La primera de ella es el llamado análisis contextual que ha sido aplicado como enfoque analítico para investigar el efecto de las características colectivas o grupales en los resultados individuales en el campo de la salud, y considerado similar al análisis multinivel,<sup>4</sup> la otra es la propuesta del concepto de contexto explicativo aplicado por *Franco* al análisis de la violencia como problema de salud en Colombia y definido como un "conjunto específico de condiciones y situaciones culturales, económicas y políticas, en los cuales se hace socialmente posible y racionalmente comprensible la presentación de un fenómeno."<sup>5</sup>

Situación, circunstancias, y sobre todo cambio, caracterizan la referencia a contextos cualesquiera sea la amplitud de su contenido. El espacio y el territorio son instancias sociales privilegiadas para aprehender las múltiples informaciones de contextos, dado que contienen un conjunto específico de condiciones y recursos ecológico-ambientales, culturales, económicos y políticos en los cuales ocurre la reproducción social y evoluciona la vida humana, mientras, la mayor parte de los sistemas de información se asocian a un espacio o un territorio.

Sin negar la utilidad de aprehender junto a los datos de salud, aquellos espaciales o territoriales que aproximen a las personas a los contextos, no se puede olvidar que muchos de los problemas de salud que se diagnostican o registran en la población de un espacio o un territorio dado, se asocia a otros espacios hasta muy distantes, como se tratará más adelante. Por ello, la mejor recuperación de la información de contexto de la salud y sus determinantes, será aquella que de cuenta de datos históricos y actuales sobre las dinámicas sociales, que son siempre espacio-territoriales, y por tanto del tiempo en su contenido social y no reducido a una fecha o período.

Por otra parte, es aceptado que el nivel de las unidades geográficas y la escala regulan la información que en ellas se genera, y establece límites a los contenidos que pueden ser analizados o susceptibles de representación cartográfica, y la primera de estas regulaciones o limitaciones está en la propia decisión de los datos que serán capturados en los sistemas de información. También es un hecho, que cuando se agrega la información de municipios para calcular un indicador por provincias y construir un indicador del país, se disuelve la heterogeneidad entre esos recortes, (inter-territorial), ya de por si dotados de diferentes grados de heterogeneidad interna (intra-municipal). Otras limitaciones de contenido se asocian a la indudable dificultad de incorporar y actualizar datos de componentes de la dimensión biológica, o conductual-comportamental o perceptual de la población en los sistemas de información nacional.

Algunas preguntas cerrarían estas primeras consideraciones. ¿Cómo se relacionan los contextos espaciales o territoriales donde transcurre la vida de los grupos sociales, con los determinantes sociales de la salud? ¿Se ha avanzado en la aprehensión de la desigual distribución de los problemas de salud? ¿Qué nuevas alternativas pueden adoptarse?

## **DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DE CUBA. POBLACIÓN Y HETEROGENEIDAD**

La división político-administrativa de Cuba puede considerarse reciente (30 años) y estable, si se compara con la de varios países latinoamericanos con fragmentación continua, en especial de su malla municipal. Teniendo en cuenta los intensos procesos de transformación socioeconómica y la necesidad de optimizar las condiciones de dirección y gestión territorial, se aprobó en 1976 una nueva división político-administrativa, que transformaba la estructura territorial de Cuba. Las seis provincias existentes desde 1878, se elevaron a 14, se eliminó por considerarse innecesario, el eslabón intermedio de región, y se redujeron los municipios de 407 a 169.

Los cambios más notables entre la anterior y la división vigente fueron el incremento de las provincias (ocho más) y la reducción de los municipios. La nueva división, mantuvo diferentes grados de heterogeneidad interna, tanto en la diversidad natural como en la desigualdad social de la población. Algunos ejemplos ilustran lo anterior:

El número de municipios en las provincias varía entre 8 (provincias de Cienfuegos, Sancti Spíritus y Las Tunas), y 19 (provincia Ciudad de La Habana) y las áreas presentan notables diferencias. Ciudad de La Habana con poco más de 721,01 km<sup>2</sup>, seguida de Cienfuegos con 4 180,02 km<sup>2</sup> y Camagüey la más extensa, con 15 615,0 km<sup>2</sup>. Por su parte el área de los municipios es sumamente variable, Centro Habana en la provincia Ciudad de La Habana, es el de menor extensión de 2,8 km<sup>2</sup>, y Ciénaga de Zapata en la provincia de Matanzas el mayor con 4 520,0 km<sup>2</sup>.

En situación similar al momento de su creación, la provincia Ciudad de La Habana se mantiene como la más poblada, y concentra aproximadamente el 20 % de la población del país, con más de dos millones de habitantes. Otras dos provincias orientales pasan del millón de habitantes (Santiago de Cuba y Holguín), entre casi 700 000 y poco más de 800 000 habitantes, se clasifican seis provincias (Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Villa Clara, Camagüey y Granma). Las provincias menos pobladas son Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Las Tunas y Guantánamo que tienen entre 400 000 y poco más de 500 000 habitantes, y son de las de menor extensión. Las densidades de población brutas varían entre 50,2 km<sup>2</sup> en Camagüey a 3007,2 km<sup>2</sup> en la Ciudad de La Habana.

Desde 1976 hasta el último censo efectuado en el país, el municipio menos poblado es Ciénaga de Zapata con 6 577 habitantes (8 616 habitantes en el 2002), y el más poblado Santiago de Cuba, con 324 566 habitantes (490,894 habitantes, en el 2002).

Otras diferencias de los recortes territoriales se observa en unidades de diferente nivel. Por ejemplo, el municipio Ciénaga de Zapata es mayor en extensión que la provincia de Cienfuegos (4 148,6 km<sup>2</sup>). La población de la provincia de Cienfuegos desde su creación, es menor que la del municipio Santiago de Cuba, con 324 566 habitantes y 490 849 habitantes respectivamente en el 2002).

En la actualidad el 75 % de la población del país se distribuye en asentamientos urbanos; las provincias más rurales son Las Tunas (61,4 %) y Guantánamo (61,5 %), y registra el 100 % de población urbana la provincia Ciudad de La Habana, seguida de Matanzas con 83,1 %. El

municipio Maisí desde 1976 es el más rural (91,59 % en el 2002). A pesar del elevado porcentaje de población urbana, la población rural está distribuida en prácticamente todos los municipios, y se concentra en algunos que conforman espacios de particular interés. Son 32 (19 %) los municipios con más del 50 % de su población rural, y como característica histórica la mayor concentración de ellos se encuentra en las montañosas provincias orientales, Guantánamo, Granma y Santiago de Cuba, en ese orden. No obstante, porcentajes muy altos de población rural se encuentran en municipios de llanuras de la parte occidental y centro-oriental del país. Son ejemplos de ellos los contiguos municipios tabacaleros del extremo sur-occidental de la isla de Cuba, San Juan y Martínez y San Luis con 65,46 % y 75,74 % de población rural respectivamente, y los también contiguos municipios de Najasa con 78,95 % y Jimaguayú con 83,70 % en la provincia de Camagüey.

Según el censo de 2002 existían en Cuba 593 asentamientos urbanos y 6 482 rurales. Una distribución semejante de cantidades de población se observa al unir algunos tipos de asentamientos:

- En la capital del país 2 201 610 habitantes.
- En ciudades grandes (más de 100 000 habitantes) 2 214 777 habitantes.
- En pueblos y poblados rurales (menos de 10 000 habitantes) 2 698 414 habitantes.
- En pueblos de entre (10 000 y 20 000 habitantes) 871 823 habitantes.
- Población rural dispersa 835 297 habitantes.

De las múltiples preguntas que sugieren las diferencias apuntadas en relación con la salud, sólo se anotaron tal vez las más sencillas. ¿Vivir en la capital del país, en ciudades de más de 100 000 habitantes, o en pueblos o poblados rurales, condiciona diferencias en las formas de enfermar o morir? ¿Sería útil conocer si existen diferencias entre los problemas y necesidades sociales y de salud de la población de la cabecera provincial y del resto de la población del país? ¿Es necesario calcular indicadores de salud para agregados de población por tipos de asentamientos?

Al margen de las posibles respuestas, es muy probable que las diferencias en el tamaño poblacional de los asentamientos o de los municipios, o el predominio de población rural o urbana, sea un buen substrato para el análisis de los contextos donde evoluciona la salud, la enfermedad, la protección de la vida, el bienestar y el malestar. Difícilmente se podría comparar indicadores de salud del municipio de Santiago de Cuba, con los de la provincia de Cienfuegos atendiendo a su similar cantidad de población, y comparar provincias o municipios de amplias diferencias en densidad, cantidad, tipos y formas de distribución de la población, porque pertenecen a un mismo nivel de la división político-administrativa.

Por otra parte, en general se apagan o disipan las influencias de contextos ecólogo-ambientales, sociales, culturales e históricos que caracterizan los procesos de reproducción social en cualquier territorio, y rara vez se procura identificar los cambios. Muy frecuentemente es suficiente con la reducción de las características individuales de los casos o las defunciones, a la edad y el sexo, que sin objeción informan, y sólo en investigaciones, que casi siempre capturan información primaria, se avanza hacia los contextos.

La distribución de un problema de salud no puede ser independiente de la distribución de la población, pero cuando se caracteriza esta distribución, comúnmente se restringe a describir la cantidad de población urbana y rural, o los tipos de asentamientos según la cantidad de población y el tipo de poblamiento. Poco común y tan necesario como esto sería complementar estos datos, con otros que permitan aproximarse a los contextos de vida, como por ejemplo, la organización espacial de los procesos productivos, o la función

económica predominante de las ciudades, pueblos, o cualquiera de las unidades territoriales que se consideren.

En artículo titulado "La población de Cuba y sus problemas",<sup>6</sup> Juan Pérez de la Riva bajo el acápite que llama "La repartición de los hombres", caracteriza el poblamiento rural a partir de la tierra cultivable, describe los tipos de suelos, la productividad, el relieve, y la historia de la implantación humana según los diferentes tipos de plantaciones. Distingue la importancia de las formas de poblamiento, y denomina "Zonas refugios" a las montañosas, con una particular historia de subsistencia y nomadismo perpetuo, con mejoras de vida sustanciales desde los primeros años de la revolución. Las referencias a la distribución de la población urbana, está de forma similar cargada de elementos histórico-geográficos que explican sus concentraciones y entre los cambios que ya se habían experimentado desde el triunfo de la revolución y otros proyectados, visualiza como se diseñaran las redes urbanas en la isla, y como variará la vida y la distribución de la población rural. Este inusual análisis de la distribución de la población, es un buen ejemplo de las formas de avanzar en los contextos territoriales de vida.

Sin ninguna prueba, se supone que la comparación de unidades, aún del mismo nivel territorial, pero con elevada heterogeneidad en área, tipos y formas de poblamiento, función económica predominante, condiciones ambientales y otras, debe tener algunas consecuencias en los análisis y conclusiones a que se arriban.

### **MUCHOS DATOS Y POCO CONTEXTO**

Varias de los sistemas de información del sector salud, informan sobre la pérdida de la salud, -casos, defunciones, u otros problemas-, o se refiere a acciones como las coberturas de vacunación, o a eventos determinados como los sistemas estadísticos de nacimientos. Aquellos no asociados a individuos, en general se organizan dentro de la vigilancia sanitaria, ambiental, ocupacional u otros tipos, y pueden tener unidades espaciales específicas como por ejemplo la distribución de focos de vectores por manzanas. En todos los casos, los datos se refieren siempre a unidades de la administración sectorial, y se agregan sucesivamente hacia niveles superiores de las unidades político-administrativas hasta conformar las estadísticas de país.

En el caso de la morbilidad los casos son agregados e informados, cuando más con las características individuales de sexo y edad; en los "programas de determinadas entidades", en general de notificación obligatoria o en los sistemas de información de mortalidad, se capturan informaciones complementarias como color de la piel o raza, grupo étnico o de procedencia original; ocupación, escolaridad, y otros.

Hace poco más de una década la disponibilidad de datos de direcciones del Ministerio de Salud Pública llegaban al primer nivel sub-nacional (provincia), generalmente en forma de anuarios impresos. En la actualidad los datos municipales generados por las direcciones provinciales de salud son divulgados en el nivel sub-nacional de municipio en el sitio Web de la Dirección Nacional de Estadística, como sucede en casi todos los países de la Región de Las Américas. Se incrementa la disponibilidad de datos, pero poco se aprecia la inclusión de información ambiental, social, o económica de los atendidos, o de los territorios donde residen.

La información de contexto se encuentra en múltiples fuentes de información de diferentes sectores, y están limitadas por la calidad, periodicidad y otros problemas técnicos. Los Censos Nacionales de Población realizados usualmente cada diez años, son posiblemente la

más amplia fuente de información en cualquier país, pero pierde validez a medida que se aleja la fecha de su levantamiento, en especial en territorios de intensa dinámica de la organización socio-económica o socio-política.

No obstante, la posibilidad de contrastar los datos de agregados individuales provenientes de los sistemas de información en salud, con los datos de agregados de población, de viviendas u otros, es factible. Al respecto cabe destacar que lo anterior conduce a formular la siguiente pregunta. ¿Siempre que estemos en presencia de datos de agregados, y datos individuales estamos en peligro de caer en la temida falacia ecológica?

Sin ánimo de discutir el tema, es de utilidad colocar algunas consideraciones. Esa falacia, parte de una propia falacia, que es suponer la intención y consumación del establecimiento de relaciones a nivel individual a partir de resultados de agregados en una unidad territorial. Por otra parte, tanto el nivel individual como el colectivo, están generalmente referidos a un territorio.

Menos comprensible es su apellido de *ecológica*, dado que en el caso que se trata, el fundamento se refiere al nivel de anclaje de datos agregados o grupales y no individuales, sin contenido ecológico (la falacia ecológica se asocia al tipo de estudios ecológicos en epidemiología, que se distinguen por su referencia a agregados de personas).

Se está de acuerdo con Lemos y otros,<sup>7</sup> cuando observan que a rigor la falacia ecológica ni es falacia ni es ecológica, y el contenido que a ella se da es una propiedad inherente a los datos agregados por áreas.<sup>8</sup>

Por elevada que sea la heterogeneidad inter o intra-territorial, siempre existirán regularidades de la dinámica del funcionamiento social que se comparten por todos. En cualquier barrio o asentamiento predominan determinadas condiciones de vida y difícilmente los habitantes pueden escapar totalmente de algunos condicionamientos, como por ejemplo el aire que respiran, la higiene comunal, o el ambiente social calmado o peligroso.

El nivel individual también lleva a los contextos, al menos con el contenido que aquí se le está dando al término. Aún y cuando se cuente en la unidad o unidades territoriales de estudio sólo con datos de personas enfermas, y características individuales "ampliadas" como color de la piel, nivel de escolaridad, ocupación, lugar de trabajo o lugar de nacimiento, es posible representarse un contexto o varios contextos de producción social del problema estudiado. Por ejemplo, portadores de HIV por barrios según edad, sexo, categoría de exposición, ocupación, y nivel de instrucción, puede permitir identificar contextos diferentes de evolución de la transmisión, patrones espaciales diferentes que conducen, y ello es muy importante, a organizar intervenciones específicas en cada uno de ellos. Probablemente la medicación sea similar, mientras el resto de los tratamientos de nivel individual (psico-sociales) y los necesarios tratamientos a nivel de los espacios o territorios donde fue localizada la mayor vulnerabilidad a la transmisión, con toda probabilidad serán diferentes.

Otro aspecto a destacar es la propensión a analizar y comparar la desigual distribución de indicadores sociales o económicos, tales como la dotación de servicios u otros, desatendiendo los patrones de distribución de población, que regulan sus efectos sobre las condiciones y la calidad de vida en los municipios o provincias, en dependencia no sólo de la cantidad y distribución de la población urbana o rural, como de otros condicionantes de la organización espacial, donde se incluyen también las ecológicas.

Teniendo en cuenta que el menor grado de urbanización de una provincia en Cuba es de poco más de 60 % y llega a 100 %, es posible que los datos agregados informen sobre la salud de la población en las ciudades y anule la de los espacios rurales.

Asociado a lo anterior, cuando se analiza y compara la desigual distribución territorial de indicadores sociales o económicos, pocas veces se tiene en cuenta componentes del contexto sociodemográfico, como por ejemplo la distribución e incluso la movilidad de la población. Los porcentajes de población con servicios adecuados de saneamiento para el municipio de Santiago de Cuba es la media de lo que acontece en más de 150 000 viviendas distribuidas en barrios con diferentes dotaciones de servicios, mientras el dato para el municipio de Cienaga de Zapata con apenas 2 000 viviendas se aproxima a la realidad del saneamiento en este territorio.

La cantidad de población que reside en los municipios por datos censales, puede orientar poco en el análisis de algunas entidades transmisibles, o incluso en la cuantificación de las necesidades de servicios comunales u otros. Para municipios que reciben grandes contingentes de población por razones laborales, de estudio o de búsqueda de servicios, más real es la que permanece en el municipio durante, en ocasiones, más de la mitad del día durante al menos cinco días de la semana.

La información de contexto físico-geográfico o geoecológico de los espacios, modifica también los juicios que sobre los indicadores se establezcan. La población rural abastecida por manantiales o pozos permanentes poco vulnerables a la contaminación, puede estar más protegida a las enfermedades de transmisión hídrica, que aquella servida por acueductos con problemas de operación, o donde los hábitos higiénicos inadecuados empeoran la calidad del agua al interior de los domicilios.

El mismo porcentaje de población con servicio de agua potable tiene diferentes significados para la vida en municipios de menos de 10 000 habitantes, con predominio de asentamientos rurales dispersos, que para municipios de cientos de miles habitantes con predominio de población urbana, la evaluación es también diferente si la población rural o urbana se localiza en áreas húmedas o semiáridas; si las condiciones económicas de las familias son favorables o no. Por otra parte, el servicio o el acceso aún con conexión domiciliar en la totalidad de los barrios de una ciudad, situación ideal, de seguro tiene frecuencia variables de operación, en algunos barrios diaria y en otros días alternos, una vez por semana en determinados períodos y hasta de forma regular por pipas, o sólo en la madrugada.

La primera disposición, la colecta y la disposición final de desechos sólidos, o su frecuencia puede condicionar el bienestar y la salud en asentamientos urbanos o prácticamente no tener influencia en espacios de poblamiento rural disperso, donde existe en general un favorable "metabolismo espacial" de los desechos.

Para polemizar aún más, estos indicadores territoriales o espaciales se mejoran o empeoran según los grupos sociales que en ellos se reproducen. A la carencia de indicadores de dimensiones de condiciones de vida, socio-sanitarias, o ambientales que aporten contexto a los espacios o territorios donde se registran los daños a la salud, o a la no integración de ellos con la información individual de casos o defunciones, se está, por razones obvias, ante la carencia de información sistemática sobre la dimensión subjetiva o de conducta-comportamiento que es obtenida casi de forma exclusiva, mediante captura de información primaria, como encuestas nacionales; instrumentos de programas de determinadas entidades nosológicas priorizadas a nivel internacional, regional o nacional; observatorios, sitios centinelas u otros procedimientos.

Otro aspecto que también da fe de la complicada lectura de los determinantes sociales de la salud según el contexto leído en el espacio o el territorio, es la situación económica de las familias, o física de la vivienda. Las respuestas posibles de la población al servicio irregular de agua potable puede ser la construcción de cisternas, o la compra de tanques para almacenarla, mientras es frecuente que en viviendas y barrios de precarias condiciones de habitabilidad, se almacene agua en cualquier recipiente que se encuentre disponible, lo que incrementa la vulnerabilidad a la producción social de enfermedades de transmisión hídrica o vectorial.

Más complejos serían los sistemas que pudiesen incorporar información de contextos económicos de los territorios o los individuos, aunque su exploración fuese de particular sensibilidad en el caso cubano, donde a pesar de reconocerse la ampliación de las distancias sociales y de las opciones de consumo de los grupos sociales, sus posibles efectos debe estar minimizado dado el acceso universal a los servicios de salud, con la inclusión de los programas de prevención de problemas y promoción de salud.

### **ALTERNATIVAS Y MÁS COMPLICACIONES EN LA BÚSQUEDA DE CONTEXTO**

No caben dudas de que se deben conocer los territorios en que se analiza salud, o cualquier evento de competencia del sector, porque además en ellos se tiene que actuar para la reversión de los daños y para cuidar la salud. La mayor parte de las bases de datos que acercan al conocimiento de la situación ambiental, social, económica, cultural y otras, en general no son gestadas por el sector de la salud y se refieren a la totalidad del área y a los agregados de personas que en ellas habita, no a los enfermos, o a los que cargan con uno o con varios "factores de riesgo" para determinados daños, y mucho menos a los que murieron.

Formulando una pregunta (inversa) a modo de provocación sería ¿se puede conocer los contextos en que evoluciona el proceso salud-enfermedad, a partir exclusivamente de los sistemas de información del sector de la salud? ¿Se puede incorporar los indicadores necesarios para caracterizar los contextos en que evoluciona o se intensifica un problema de salud, a partir de lo que informen las personas enfermas o portadoras de los acreditados factores de riesgo? ¿No faltarían siempre otros componentes grupales, colectivos, de esa misma o de otras unidades territoriales para explicar los procesos, o para orientar en el perfeccionamiento por ejemplo, de determinados servicios de salud?

En el primer nivel de atención, donde se produce la mayor cantidad de datos, podría comenzar la inclusión de referencias sociales, ambientales, culturales, económicas, que fluirían a los siguientes niveles territoriales de agregación, como forma de avanzar en la identificación de los contextos donde operan los procesos sociales de daños a la salud. Para Cuba se ha calculado que el sector de la salud produce diariamente más de medio millón de datos, la gran mayoría de ellos en los servicios de atención primaria.<sup>8</sup>

Procurando precisar distribuciones en unidades territoriales de mayor homogeneidad interna de la vida, y contar con datos socioeconómicos de la población que en ellos habita, es cada vez más frecuente el uso de áreas al interior de los municipios tales como sectores censales, o la localización por dirección de casos, defunciones o eventos en el lugar de ocurrencia o residencia, para aplicar a la "nube de puntos" que se forma, las técnicas de análisis espacial que diseñan nuevas áreas, o identificar nuevas áreas mediante diferentes modelos de agregación de los sectores censales<sup>7</sup> menciona los aspectos desarrollados por Wrigley y otros en 1996, y la propuesta de Openshaw en 1999]. Estos procedimientos han tenido pocos logros en Cuba.

El registro en un territorio dado no significa ni para enfermedades ni para muertes, que el contexto espacial donde reside, sea *per-se* explicativo. En enfermedades de larga evolución sub-clínica, el lugar probable de infección es muy difícil de obtener, mientras en otras de rápida evolución este es esencial. Lugar de residencia, de notificación, probable de infección, probable de contacto, de tratamiento, de ocupación, de nacimiento, tienen importancia o no en dependencia del problema que se analiza.

La amplia disponibilidad de datos en unidades sub-nacionales así como las potencialidades de aplicación de técnicas de geoprocесamiento y análisis espacial, han develado la importante cuestión de la variabilidad de la cantidad de población en las unidades territoriales y el problema del cálculo de indicadores con pequeños denominadores, o pequeños números, que aportan una visión distorsionada de algunos territorios que pueden obtener tasas muy elevadas o amplias variaciones en ellas, con el incremento o la disminución de apenas unos pocos casos. La aplicación de procedimientos estadísticos para la corrección de estos hechos, tales como el cálculo de tasas estimadas por el método bayesiano se ha hecho frecuente en algunos ámbitos académicos e institucionales, como en la Secretaría de Salud de México, o en grupos de investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública (Fundación Oswaldo Cruz) de Brasil. En Cuba, la aplicación de estos procedimientos no parece avanzar a buen ritmo.

La distinción de los registros en rural y urbano, con la inclusión de un código en las bases de datos, es muy poco empleado en las estadísticas sanitarias que se genera en los centros de atención. A pesar de ser esta la primera división social reconocida en el mundo, que marca significativas diferencias en el modo y las condiciones de vida de la población, los sistemas estadísticos sanitarios en general no captan o se refieren poco a estas divisiones. En muchas ocasiones ellas se identifican como estratos, cuando no necesariamente lo son. Recordar que estratificar significa colocar en planos de ventaja o desventaja, por tanto incluye un juicio de valor. El tipo de poblamiento urbano o rural no diferencia *per-se*, ni para cualquier problema de salud un espacio más vulnerable, menos en las condiciones de la protección especial que en Cuba ha tenido y tienen los territorios donde se concentra estas poblaciones.

En algunos sistemas de información se registra varios lugares tales como: probable de infección (en ocasiones de difícil identificación), de residencia, de notificación, de tratamiento, de ocurrencia. Poco incorporado y de notable utilidad es aquel relacionado con la movilidad, lugar de nacimiento, o donde se residía por ejemplo hasta la adolescencia. Cada uno de ellos tiene determinado valor en dependencia del problema y los objetivos con que se analiza, y es obvio que en problemas de salud de larga evolución sub-clínica, o enfermedades crónicas, el contexto espacial actual donde vive la persona diagnosticada, puede no tener contenido explicativo.

Muchos de los problemas de salud de una población dada, se asocia a espacios y territorios muy distantes de los de residencia, tales como los de trabajo, estudio, de traslado diario a alguna de esas actividades, o incluso de residencia anterior. Y ello ocurre no sólo en las enfermedades infecciosas o parasitarias transmisibles, sino también en las crónicas. Muchas personas han tenido la percepción de que se contagian de gripe en una guagua o en el trabajo, y otros han sido diagnosticados de lepra mediante un contacto 15 años antes a cientos de kilómetros de distancia del lugar donde viven.

En definitiva, se carga siempre con tres mapas de los cuales no es posible desprendérse: el genético, el de los lugares donde transcurrió la infancia y donde se fijaron los mecanismos de homeostasis y el de los espacios y territorios donde se reside y trabaja, cada vez más diferentes del segundo, aún y cuando se mantenga en la misma localización geográfica.

Si se acepta que la comprensión de los problemas y necesidad en salud, así como las respuestas que puedan organizarse para la atención a ellos, dependen de un contexto, se debería entonces explorar hasta donde se conocen los contextos. Tal vez algunos ejercicios de orden teórico alimentados por información empírica, llevarían a proponer modificaciones en al menos algunos sistemas de información en salud, y definir aquellos datos más relevantes y posibles a incluir en ellos de forma regular. En paralelo, otros sistemas de información territorial podrían, de forma permanente o eventual, lograr mayor integración a los sistemas de información en salud, fomentar la sinergia nunca suficientemente alcanzada en beneficio de la necesaria actuación intersectorial.

Otras preguntas. ¿Existe convencimiento de que en la actualidad cubana, la salud en el contexto urbano y rural no tiene diferencias? ¿Se conoce cómo evolucionan los procesos de enfermar y morir por diferentes agregados de causas según las recientes e inestables estratificaciones sociales en el país? ¿Cómo varía la salud en las grandes ciudades del país, en relación con pueblos o poblados pequeños? ¿Varían algunos indicadores de salud entre territorios favorecidos por nuevos actores que dinamizan la economía, y otros no beneficiados? ¿Cómo es la salud en los barrios de condiciones de vida menos favorables?

### **PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN. AVANZAR EN LOS CONTEXTOS**

La unidad territorial de cualquier nivel no es un área o polígono vacío donde se colocan datos, sino un área cargada de contenidos naturales, humanos, de donde se extraen datos, con la insalvable reducción que ello comporta, de forma que permitan aproximarse a los componentes y procesos objetivo-subjetivos donde transcurre la vida de los grupos sociales.

La generación y disponibilidad de información sobre la salud y sus determinantes sociales se ha incrementado, se ha descendido la escala geográfica de las unidades de medición; y se han incorporado nuevas técnicas de análisis. Los datos en unidades sub-nacionales impulsan la aprehensión de la heterogeneidad espacial de la producción social de problemas o eventos de salud, al interior de los países de la Región de Las Américas. Junto a estas nuevas situaciones ventajosas, afloran viejos y nuevos problemas, como la aún escasa visibilidad de los contextos, asociado a la carencia o la falta de integración de información, y el riesgo de que los datos y las técnicas de análisis, evolucionen más rápido que las necesarias y posibles reformulaciones teóricas o metodológicas que se necesitan.

Las meritorias acciones que han permitido progresos en los sistemas de información y en las técnicas de procesamiento incluyendo el geoprocесamiento, no en todos los casos ha significado que se esté mejor informados o mejor capacitados para el análisis. Mientras, en estas acciones, no se aprecia la inclusión o integración en los sistemas de información del sector de la salud, al menos con la intensidad requerida, de información socio-económica, o socio-sanitaria. Esta consideración que puede parecer conocida, inútil, o tal vez un problema soluble, remite a la conocida máxima de Rose "podemos estar en capacidad de explicar los casos pero no la incidencia".<sup>9</sup> Se sabe cuantos se enferman, padecen o mueren, hasta su sexo y edad, pero no se sabe cómo.

Se necesita revisar, precisar o crear nuevos indicadores, en especial algunos que den cuenta de los cambios más recientes ocurridos en el país, de forma que las anteriores, y poco usadas clasificaciones de municipios por condiciones de vida, o por tipos de poblamiento se actualicen. Es preciso incrementar las alternativas a los "agregados de población" que unen a la población separada en un numerador o un denominador y las convierten en números para el cálculo de indicadores, descontextualizada y comparada sin objeción. En esta suma, a la

que no se le resta importancia, se comete una primera "concesión a los arsenales teóricos y metodológicos."

Unidades, indicadores y escalas geográficas de análisis, constituyen componentes decisivos en la conversión de datos en información y para los procesos de análisis. Existen condiciones para "agudizar la mira sobre el mapa",<sup>10</sup> y son múltiples las vías para mejorar la interpretación de los contextos de vida en los espacios y territorios, lo que significa perfeccionar el conocimiento de problemas y la racionalidad de las intervenciones del sector de la salud.

En una reflexión a propósito de lo individual y lo colectivo en la búsqueda de factores etiológicos *Silva*<sup>11</sup> concluía, cuando alguien muere como consecuencia de una incursión aérea uno se pregunta ¿Lo mató una bomba o lo mató un bombardeo?. Entre otros comentarios que sugiere la pregunta, se puede considerar la bomba el *patógeno social o político o el vector transmisor*, sin avanzar hacia el contexto territorial y extraterritorial ético, político, social, y económico que hicieron posible el bombardeo. Se puede de forma similar preguntarse ¿Se enfermó de dengue porque un *Aedes aegypti* le transmitió el virus o porque se han creado las condiciones para invitar al vector a vivir en las ciudades (un nuevo contexto) y ellos han sabido aprovecharlo?

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Farmer P. Social inequality and emerging infectious diseases. *Emer Infect Dis.* 1996;2(4):1.
2. Lacoste Y. A geografia-isso serve em primeiro lugar para fazer a guerra. *Pairus* Campinas: Pairus Editora;1988.
3. Definición de contexto. [serie en Internet]. [citado 2007]. Disponible en: <http://www.wordreference.com>
4. Diez-Roux A. Glosario de análisis multinivel. *Boletín Epidemiológico.* 2003;24(4).
5. Franco S. En momento y contexto de la violencia en Colombia. *Rev Cubana Salud Pública.* 2003;29 (1):7-8.
6. Pérez de la Riva J. La population de Cuba et ses problèmes. *Population.* [serie en Internet]. 1967[citado 2007];22(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.persee.fr>
7. Lemos DT, Gomes de Oliveira MP, CâmaraG, Sá Carvalho M. Problemas de Escala e a Relação Área-Indivíduo em Análise Espacial de Dados Censitários. *Informática Pública.* 2002;4 (1).
8. Iñiguez Rojas L. Geografía de la salud en Cuba. Tendencias y prioridades. *Rev Cubana Salud Pública.* 2003;29(4):300.
9. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *J Epidemiol.* 1985;14:32-8.
10. Kadit E, Tasca R. Promover la equidad. Serie Salud en Desarrollo. Washington, D.C.: OPS;1993.
11. Silva Ayçaguer LC. Lo individual y lo contextual en la búsqueda de factores etiológicos. *Dimens Hum.* [serie en Internet]. 2002[citado 2007];6(3): [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://lcsilva.sbhac.net/articulos.htm>

Recibido: 10 de julio de 2007.

Aprobado: 18 de septiembre de 2007.

*Luisa Iñiguez Rojas.* Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de la Habana. La Habana, Cuba. E mail: cesbh@matcom.uh.cu