

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS DE DESARROLLO TERRITORIAL CON ENFOQUE DE MORBILIDAD

■ Reynaldo Miguel Jiménez Guethón



Edición y corrección:

Anette Jiménez e Ileana Núñez

Diseño interior, de cubierta y maquetación:

Otane González y Anabel Falcón

Imágenes de cubierta:

Reynaldo Miguel Jiménez Guethón

© Geydis Elena Fundora Nevot, 2021

© Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba), 2021

ISBN 978-959-7269-10-6



Índice

Introducción/ 5

La morbilidad en América Latina y el Caribe/ 6

Set de indicadores/ 8

Usos y aplicaciones de los indicadores de salud/ 8

Evaluación de los indicadores de morbilidad/ 12

**Lista de chequeo de indicadores significativos para la dimensión morbilidad,
aplicada a las Estrategias de Desarrollo Territorial (EDT)/ 13**

**Lista de chequeo de indicadores significativos para la dimensión morbilidad,
aplicada a programas territoriales/ 14**

**Lista de chequeo de indicadores significativos para la dimensión morbilidad,
aplicada a proyectos territoriales/ 15**

**Propuestas de instrumentos para el trabajo del tema
en los territorios/ 15**

Conclusiones/ 18

Glosario de términos/ 19

Referencias bibliográficas/ 21

Datos del autor/ 23



INTRODUCCIÓN

La *Guía metodológica para el seguimiento y evaluación de procesos de desarrollo territorial con enfoque de morbilidad* (2021) tiene como antecedente la *Guía metodológica para el seguimiento y evaluación de proyectos de desarrollo local y comunitario con enfoque de equidad* (2017), elaborada por un colectivo de autores de FLACSO-Cuba.

La presente guía tiene como objetivo fundamental proponer insumos y herramientas para dar seguimiento y evaluar procesos de desarrollo territorial, con atención a las brechas de morbilidad. Está dirigida a actores diversos que intervienen en los procesos de desarrollo territorial: gobiernos locales, coordinadores de proyectos, representantes de instituciones públicas de nivel territorial, entre otros. Brinda opciones variadas, para tomar aquellos indicadores e instrumentos que parezcan más pertinentes y viables, según el contexto territorial, el objetivo que se tenga, el tipo de proyecto, programa o estrategia y los recursos de los que se dispongan.

La calidad de vida y la salud están directamente relacionadas con las condiciones de vida de las personas. El concepto de desigualdad en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el patrimonio, los ingresos, el grupo racial, la residencia urbana o rural, las condiciones de vivienda y hábitat o los equipamientos que posea la persona donde viva o trabaje.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alude a este concepto como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por lo tanto, el término incluye una dimensión moral y ética (Palomino *et al.*, 2014).

Las condiciones de vida varían entre un grupo social y otro; de este modo cambia el acceso al agua, las condiciones sanitarias, la alimentación

con que se cuenta, la vivienda adecuada, las condiciones de trabajo, el medio ambiente sano, el acceso a la educación, los recursos y la información sobre salud sexual y reproductiva, entre otros factores. Hombres y mujeres tienen diferentes oportunidades y derechos para acceder a los recursos relacionados con su propia salud y para participar en el mejoramiento de la salud de la colectividad (García, Pría y Martín, 2019). Según estos autores, un aumento de la edad trae consigo un incremento de la morbilidad por enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, entre otras patologías, lo que conlleva a un incremento del consumo de fármacos.

El término “morbilidad” es de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así como también las razones de su surgimiento y las posibles soluciones (Navarro, 2010).

Según este autor, la idea de morbilidad hace alusión a las enfermedades, mientras que la mortalidad es un indicador del número de personas fallecidas en una población. Como es lógico, ambos conceptos tienen una relación, ya que la morbilidad puede desencadenar el fenómeno de la mortalidad.

Por otra parte, Navarro (2010) también sostiene que la morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. Esto permite poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que,

al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son observables con mayor facilidad. La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología, la disciplina de la medicina que se especializa en el análisis y estudio del avance de disímiles epidemias en diferentes tipos de población.

Araujo (2011) considera que realizar estudios de morbilidad es siempre problemático, no solo por la imprecisión de la pesquisa y calidad de los datos motivados por múltiples causas, sino por el sesgo que el acceso a la información en sí misma contiene; la morbilidad se esconde en los múltiples escondrijos de la subjetividad humana y social.

Existen dos tipos de tasa de morbilidad: la tasa de prevalencia —que toma en consideración el número de personas que padecen una enfermedad, en un lapso determinado de tiempo e incluye los casos conocidos (existentes) que no han resultado en la muerte, la cura o la remisión—, y la tasa de incidencia, que considera los casos nuevos de una enfermedad en una población en un período de tiempo determinado.

Según el modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud¹ (CDSS) existen dos tipos de determinantes sociales de la salud: los estructurales y los intermediarios, que tienen impacto en la equidad en salud de las personas. Se consideran el contexto social, político y económico, además de la posición social que ocupan los individuos en la estructura social, que a su vez está condicionada por la clase, el género, la etnia y las oportunidades en términos de educación, ocupación e ingresos. Estos determinantes estructurales actuarían en el efecto en salud, a través de los determinantes intermedios, que corresponden a las circunstancias materiales, los factores biológicos, los estilos de vida, los factores psicosociales y aquellos relacionados con el sistema sanitario (Cerezo-Correa *et al.*, 2012).

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son las principales causas de mala salud, muerte y discapacidad en todo el mundo, además

del elevado costo de su atención. Las ECNT tienen un fuerte impacto en el desarrollo de cualquier territorio. Es por ello que el estudio de la morbilidad es esencial cuando se necesita conocer la situación de salud de una población (Martín y Almenares, 2019).

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) formuló un conjunto de intervenciones para subsanar las desigualdades en salud, como luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, hacer medición y análisis del problema y mejorar las condiciones de vida cotidianas. Sobre esto último propone lo siguiente:

- a) equidad desde el comienzo de la vida;
- b) entornos salubres para una población sana; acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano;
- c) prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno;
- d) protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal;
- e) atención de salud universal (López, Escudero y Carmona, 2015).

LA MORBILIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La salud es un elemento importante del desarrollo social. En la región latinoamericana y caribeña es evidente que la población pobre tiene más posibilidades de sufrir serios problemas de salud y presenta menos posibilidad de llegar a utilizar los servicios básicos de salud en comparación con las personas que más recursos económicos poseen.

Para Pría (2007) el problema de las desigualdades en las condiciones de vida y la salud se produce a nivel macro entre continentes y países, aunque es muy importante mirar al interior de las naciones, donde a nivel micro hay grandes desigualdades de condiciones de vida. Estas últimas generan desigualdades entre personas de diferentes grupos sociales, que llevan en sí la desigualdad de su país y la de su grupo social. Así se desarrollan inequidades en salud que afectan las condiciones mínimas necesarias para lograr sobrevivir y vivir con calidad. En este sentido, cuanto más envejece la población, más aumenta el

¹ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. Fue creada en marzo de 2005 por el Dr. J. W. Lee, quien fue Director General de la OMS.

grado de importancia de las enfermedades crónicas, como primera causa de muerte y morbilidad.

La principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores en América Latina y el Caribe (ALC) son las enfermedades cardiovasculares, que representan el 25% de la carga total de enfermedades entre la población de 60 años y más en la región, con prevalencias que aumentan fuertemente con la edad. Además, el envejecimiento de la población ha traído consigo un incremento de la cantidad de personas con enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer y otras demencias, especialmente entre los mayores de 80 años, con tasas de prevalencia que rondan el 17%. Por otra parte, la edad, el cambio en los estilos de vida (incremento del sedentarismo, adopción de malos hábitos alimentarios, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol, el cual alcanza niveles preocupantes en la región e implica graves consecuencias en la salud de los adultos mayores) también desempeñan un papel importante en el aumento de las enfermedades crónicas.

Según Ordúñez (2005), Hernández (1996) y Navarro *et al.* (2008), citados por Alfonso (2016), existe un conjunto de enfermedades cuyo padecimiento está más localizado en unos grupos de individuos que en otros. Hay investigaciones médicas que refieren que las personas de color de la piel blanca tienden a padecer más de anemia, mientras que los de color de la piel no blanca sufren más de hipertensión arterial severa. Por otra parte, al analizar la relación hipertensión arterial (HTA)-color de la piel, señalan también que, de acuerdo con sus estudios, la HTA resulta más frecuente en los individuos de piel negra. Incluso en ellos existe una mayor tendencia a padecer las formas más graves de la enfermedad, así como a sufrir las complicaciones de índole vascular y la muerte. Otras investigaciones constatan la presencia de una mayor frecuencia de mala calidad ósea entre mujeres con piel blanca (Alfonso, 2016).

Esta misma autora, en su investigación *Los cubanos, ¿cuidan su salud?*, demuestra que un aspecto tan importante como es la percepción de riesgo, no es percibido de igual manera por las personas de diferente color de la piel. Por ejemplo, dentro de los no blancos el 23,8% consideró que el consumo ocasional de alcohol conllevaba poco o ningún riesgo para la salud, frente a un

16,5% de los blancos. Por otra parte, referente a la ingestión de alcohol, se concentran en edades inferiores a los 55 años, con un 4,4% más de participación de los no blancos y en las mujeres no blancas, mientras el porcentaje de fumadoras en las mujeres no blancas es de un 28,3% en tanto que para las mujeres blancas la participación de las fumadoras asciende al 19,4% (Alfonso, 2016).

Los factores de riesgo que se asocian con la morbimortalidad de las principales causas de muerte en Cuba² están bien definidos. Ellos son el hábito de fumar, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y otras que se relacionan con las ECNT y otros daños a la salud. Se eleva el reporte de la prevalencia, por la dispensarización, para la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular.

Hidalgo y Díaz (2018) consideran que la salud constituye una de las dimensiones que se ve afectada como consecuencia de las inequidades e injusticias generadas por la cultura patriarcal. Las autoras plantean que uno de los determinantes sociales de la salud son los factores culturales de género y se hace necesario transversalizar este enfoque como garantía del derecho a la salud.

Álvarez y Matta (2004) y Ferriol *et al.* (2004), citados por Amable *et al.* (2018), consideran que la equidad es percibida de forma multidimensional, no solo vinculada a la distribución del ingreso, sino también relacionada a la igualdad de oportunidades y de derechos para todos los grupos sociales, tomando en cuenta la satisfacción de necesidades, la oferta de mayores oportunidades a los grupos que presentan algún tipo de desventaja que limite o impida el aprovechamiento de las oportunidades existentes, y la igualdad de oportunidades de acceso al capital humano y a la protección social.

Para Zabala *et al.* (2015) la equidad, junto a la promoción del desarrollo social y humano y la justicia social, ha sido uno de los pilares básicos en la concepción de la política social cubana.

² Las principales causas de muerte son las enfermedades del corazón, las muertes por tumores malignos, la influenza y neumonía, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, los accidentes, las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (Anuario Estadístico de Salud, MINSAP, 2020. <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/>).

Existe un conjunto de factores de naturaleza más estructural, tales como las desigualdades sociales: de género, pobreza, edad, raza y territorio, que podrían estar afectando el estado de salud de grupos que viven en localidades diferentes por su nivel de desarrollo, las cuales explican la variabilidad de sus tasas de mortalidad e influyen sobre las enfermedades que provocan la muerte directa (IDH, 2019, p. 126).

Tener una población saludable es muy importante para que esta pueda participar en los procesos de desarrollo (productivos, de infraestructura, sociales, etc.); en los procesos de cuidado para la reproducción de la vida en el territorio; para disminuir los gastos en medicamentos y utilizar los fondos en otras inversiones de desarrollo que son necesarias en el territorio. Las desigualdades en salud pueden repercutir, de forma negativa, en el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, que afectan la dinámica demográfica del territorio, y, por ende, pueden perjudicar cualquier proceso de planificación y gestión del desarrollo que sea necesario asumir.

Según Astráin (1998, 2004) y Fleitas (2013) en Cuba la mayoría de las investigaciones sociales sobre pobreza han asumido la salud como sistema de protección y no se ha indagado lo suficiente sobre los vínculos entre las condiciones de vida de familias pobres y su morbilidad; en algunas, donde se ha planteado ese objetivo de pesquisar, sus resultados se refieren a un universo muestral muy limitado (IDH, 2019, p. 126)

SET DE INDICADORES

Un indicador es una medición que refleja una situación determinada, que es capaz de medir una característica de salud de una población dada. Todo indicador de salud es una estimación, una medición con cierto grado de imprecisión de una dimensión determinada de la salud en una población específica (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Los indicadores de morbilidad tienen la finalidad de medir la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones. Para calcular las tasas de morbilidad es necesario recu-

rrir a la observación directa (con encuestas y otras investigaciones), la notificación de los eventos en los sistemas de vigilancia y la notificación de enfermedades en los sistemas ambulatorios, hospitalarios o registros específicos, entre otros.

El uso de indicadores en la salud pública tiene como objetivo apoyar la toma de decisiones en el ámbito de la salud, con el objetivo de optimizar la salud de la población y disminuir las desigualdades indebidas y previsibles.

USOS Y APLICACIONES DE LOS INDICADORES DE SALUD

La Organización Panamericana de la Salud (2018) hace referencia a que algunos autores (McDowell *et al.*, 2016; Etches *et al.*, 2006 y Habicht, Victora y Vaughan, 1990) han analizado los usos de los indicadores de salud, como se puede observar a continuación:

Descripción. Los indicadores de salud pueden usarse para describir, por ejemplo, las necesidades de atención de salud de una población, así como la carga de enfermedad en grupos específicos de la población. La descripción de las necesidades de salud de una población puede, a su vez, dirigir la toma de decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que deben atenderse, los insumos necesarios para enfrentar el problema, o los grupos que deben recibir mayor atención, entre otras funciones.

Los indicadores de salud están estrechamente ligados a la dimensión del desarrollo social, tomando en cuenta la alta incidencia en los grupos de personas vulnerables de acuerdo con la calidad de vida, la salud, la educación y los servicios públicos.

Predicción o pronóstico. Los indicadores de salud pueden usarse para prever resultados en relación con el estado de salud de una población (predicción) o de un grupo de pacientes (pronóstico). Estos indicadores se usan para medir el riesgo y el pronóstico individuales, así como la predicción de la carga de enfermedades en grupos de la población. Asimismo,

mo, pueden predecir el riesgo de brotes de enfermedades, por lo que pueden asistir, por ejemplo, en la prevención de situaciones de epidemia o en frenar la expansión territorial de determinados problemas de salud.

Explicación. Los indicadores de salud pueden ayudar a comprender por qué algunos individuos de una población son sanos y otros no. En este caso, es posible analizar los indicadores según los determinantes sociales de la salud, como son los roles y las normas de género, la pertenencia a una etnia, y los ingresos y el apoyo social, entre otros, además de las interrelaciones entre dichos determinantes.

Gestión de sistemas y mejoramiento de la calidad. La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden además suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores.

Evaluación. Los indicadores de salud pueden reflejar los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones de salud.

En este aspecto de evaluación, al realizar el monitoreo de los indicadores y su influencia en la población vulnerable, se constata que los actores involucrados en los programas territoriales se pudieran convertir en protagonistas en los programas de desarrollo.

Promoción de la causa (apoyar o sugerir públicamente una idea, desarrollo o manera de hacer una cosa). Los indicadores pueden ser herramientas a favor o en contra de ciertas ideas e ideologías en diferentes contextos históricos y culturales. El uso de indicadores de salud para la promoción de la causa es una de las estrategias más importantes para lograr progreso, puesto que puede orientar la toma de decisiones y mejorar el nivel de salud de la población.

Rendición de cuentas. El uso de indicadores de salud puede satisfacer la necesidad de información sobre riesgos, patrones de enfermedad y muerte, y tendencias temporales

relacionadas con la salud para una diversidad de públicos y usuarios, como los gobiernos, los profesionales de la salud, los organismos internacionales, la sociedad civil y la comunidad en general. Ofrecer a esos públicos la posibilidad de monitorear la situación y las tendencias de salud de una población cumple un papel primordial en el control social, la evaluación y el seguimiento institucional.

Investigación. La simple observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas.

Indicadores sensibles al género. Los indicadores que toman en cuenta el género miden las brechas entre hombres y mujeres que son consecuencia de diferencias o desigualdades de los roles, normas y relaciones de género. También proporcionan evidencia sobre si la diferencia observada entre hombres y mujeres en un indicador de salud (mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, actitud en cuanto a la búsqueda de servicios de salud) es resultado de desigualdades de género (Organización Panamericana de la Salud, 2018, pp. 8-10).

El uso de indicadores de salud en los territorios siempre va estar unido a las dimensiones de desarrollo social: económico, socio-cultural, a las políticas territoriales, que comprenden la calidad de vida, la seguridad social, la educación, y los servicios.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública de Cuba (2010), los indicadores más frecuentemente utilizados en el análisis de la morbilidad son los siguientes: tasa de incidencia, tasa de prevalencia, índice de bajo peso al nacer, porcentaje de casos diagnosticados de cáncer cérvico uterino según estadio o etapa clínica, tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva, porcentaje de egresos hospitalarios según causas, tasa de prevalencia del tabaquismo, tasa de prevalencia de alcoholismo y núcleos familiares protegidos por la asistencia social. Un análisis más detallado de esto se ilustra en la tabla 1.

Tabla 1. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población, según el Ministerio de Salud Pública de Cuba

Indicadores	Interpretación	Tipo de indicador
Tasa de incidencia	Expresa el riesgo de contraer una enfermedad. Cálculo: Cociente del número de casos nuevos de la enfermedad y el total de habitantes de un territorio y período dado, multiplicado por una potencia de 10, generalmente 100 000.	Tasa Aspectos técnicos y de utilización: Indicador de utilidad para analizar las variaciones poblacionales, geográficas y temporales de la distribución de los casos de una enfermedad, constituyendo un indicador primordial en la vigilancia epidemiológica. La actualización anual puede variar a períodos más breves según el tipo de enfermedad que se trate y cómo se presenta en la población.
Tasa de prevalencia	Interpretación: Expresa el riesgo de padecer una enfermedad. Cálculo: Cociente del número de casos existentes (prevalentes) de una enfermedad o condición particular y el total de habitantes de un territorio y período dado, multiplicado por una potencia de 10, generalmente 100 000.	Tasa Aspectos técnicos y de utilización: Indicador de amplio uso para analizar las variaciones poblacionales, geográficas y temporales de la distribución de la prevalencia de una enfermedad, identificando áreas de mayor riesgo y permitiendo observar la tendencia en el tiempo. La actualización anual puede variar a períodos más breves según el tipo de enfermedad que se trate y cómo se presenta en la población.
Índice de bajo peso al nacer	Interpretación: Expresa la frecuencia de nacidos vivos con peso al nacer inferior a 2500 gramos, en relación con el total de nacidos vivos.	Proporción o porcentaje, si se multiplica por 100. Mal llamado índice, pero aceptado el término por su popularidad. Aspectos técnicos y de utilización: Indicador de amplio uso para analizar variaciones poblacionales, geográficas y temporales de nacidos vivos bajo peso. La ocurrencia del bajo peso al nacer expresa retardo del crecimiento intrauterino o prematuridad, y representa un importante factor de riesgo para la morbi-mortalidad neonatal e infantil. Se considera un predictor de la sobrevivencia infantil y es una medida indirecta de la calidad de la asistencia prenatal.
Porcentaje de casos diagnosticados de cáncer cérvico-uterino según estadio o etapa clínica	Interpretación: Expresa qué porcentaje del total de casos diagnosticados de cáncer cérvico-uterino, corresponde a determinado estadio o etapa clínica.	Proporción o porcentaje, si se multiplica por 100. Aspectos técnicos y de utilización: Indicador que permite caracterizar a la población de mujeres con cáncer cérvico uterino según la etapa clínica de la enfermedad, así como evaluar la eficacia del programa para el control del cáncer cérvico-uterino en cuanto a la detección precoz de la enfermedad.

Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva	Interpretación: Estima la frecuencia de la práctica de lactancia materna exclusiva a lo largo de los seis primeros meses de vida.	Tasa Aspectos técnicos y de utilización: Niveles de prevalencia elevados de este indicador están asociados a buenas condiciones generales de salud y de nutrición de la población infantil, sugiriendo su resistencia a infecciones, por lo que contribuye al análisis de las condiciones de salud y nutrición de los lactantes que permite la implementación de medidas oportunas de intervención, con el fin de lograr el mantenimiento de la lactancia materna.
Porcentaje de egresos hospitalarios según causas	Interpretación: Distribución porcentual de los egresos hospitalarios por grupos de causas seleccionadas.	Porcentaje Aspectos técnicos y de utilización: Útil para analizar las variaciones poblacionales, geográficas y temporales en la distribución proporcional de egresos hospitalarios, por grupos de causas. Permite identificar las afecciones que en la población ocasionan la mayor demanda de ingresos hospitalarios.
Tasa de prevalencia del tabaquismo	Interpretación: Utilización de un cuestionario único.	Tasa x 1000 hab.>15 años.
Tasa de prevalencia de alcoholismo	Interpretación: Utilización de un cuestionario único.	Tasa x 1000 hab.>15 años.
Núcleos familiares protegidos por la asistencia social del total de hogares	Interpretación: Porcentaje de núcleos familiares protegidos.	Porcentaje de hogares/ Núcleos protegidos.

Fuente: Elaboración del autor, a partir de información del MINSAP, 2010.

Un ejemplo de otros indicadores de morbilidad, utilizados en la salud pública en Asturias, España, permite establecer una comparación con los empleados en Cuba, que tiene indicadores estandarizados internacionalmente, algunos de los cuales están incluidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), lo cual posibilita analizar el tema desde otros ángulos.

El Observatorio de Salud de Asturias, en colaboración con el Instituto de Salud Poblacional de la Universidad de Wisconsin, desarrolla tres líneas fundamentales:

- generar un espacio de conocimiento sobre la información en salud en Asturias a través de una serie de informes periódicos;
- garantizar que esta información llegue de la forma más comprensible al mayor número de agentes sociales posibles, destacando la importancia de un abordaje de los determinantes sociales en salud; y
- vincular la información en salud de los indicadores a las diferentes actuaciones comunitarias en salud que se están desarrollando en Asturias.

A continuación, la tabla 2 ilustra los indicadores empleados en este estudio.

Tabla 2. Indicadores utilizados por el Observatorio de Salud de Asturias

Indicador	Descripción
Autovaloración del estado de salud percibido	Prevalencia de autovaloración negativa percibida del estado de salud, valores de mala o muy mala.

Esperanza de vida en buena salud	Número medio de años que se espera que una persona viva en buen estado de salud, asumiendo que estará sometida a las probabilidades de muerte existentes para cada edad en el mismo período de tiempo.
Prevalencia de enfermedad crónica en adultos	Prevalencia de personas adultas con enfermedad crónica* (al menos una diagnosticada). Número de casos activos en el año sobre población total ≥ 14 años
Incidencia de enfermedad crónica en adultos	Incidencia de personas adultas con enfermedad crónica* (al menos una) diagnosticada. Número de casos nuevos en el año sobre población total ≥ 14 años
Porcentaje de personas con restricción de actividad	Prevalencia de personas con restricción de actividad a causa de su salud física en las actividades cotidianas. <i>Pregunta: Durante el último mes, ¿hizo menos cosas de las que hubiese querido a causa de su salud física?</i>
Prevalencia de bajo peso al nacer	Porcentaje de población neonatal con bajo peso en el momento del nacimiento.
Prevalencia de diabetes en adultos	Porcentaje. Número de pacientes ≥ 14 años con diagnóstico de diabetes activo en el año en atención primaria /población total ≥ 14 años
Incidencia de demencia/Alzheimer	Tasa de incidencia: Número de casos diagnosticados de demencia/Alzheimer en población ≥ 18 años (x 100 000 hab.)

Fuente: Documento de indicadores ampliados. Observatorio de Salud de Asturias, 2012.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE MORBILIDAD

La evaluación de indicadores de morbilidad debe implicar, en la medida de lo posible, a las personas clave que trabajan en las comunidades, como la enfermera, el médico de la familia, o personas que atienden la salud pública de la población, los cuales apoyarán a los jefes de proyectos comunitarios, líderes o lideresas, específicamente a las personas encargadas de capturar la información.

Es conveniente recordar que la mayoría de los datos e información de salud es generada a nivel local por trabajadores de los consultorios médicos, que conocen mejor las características, las fortalezas y las limitaciones de esos datos y la información derivada de ellos. Es necesario entonces que, siempre que sea posible, el personal local de la salud pública oriente e informe a las personas que recolectan la información. Las iniciativas de capacitación y formación en cursos sobre recopilación, gestión, evaluación y análisis de datos son muy importantes para mejorar las capacidades a nivel local.

“La salud a nivel local no solo depende de la atención primaria, sino también del empoderamiento de los órganos locales de gobierno para

solucionar problemas que exigen acciones territoriales” (IDH, 2019, p. 107).

Por otra parte, se hace necesario incluir otros indicadores no solo de salud, sino de desarrollo en general, pero vistos desde las brechas entre personas enfermas y saludables.

En la dimensión de brechas económicas entre personas enfermas y personas sanas hay que tomar en cuenta el acceso al trabajo sin criterios discriminatorios, el rendimiento en el trabajo, la estructura de consumo, el porcentaje de los ingresos destinados a gastos de bolsillo en procesos de salud y enfermedad y el de los ingresos del hogar destinados a gastos de salud.

En la dimensión de brechas de vivienda y hábitat entre personas enfermas y personas sanas, es imprescindible conocer la correspondencia entre condiciones de vivienda y condiciones de salud de las personas enfermas, y cómo los individuos que responden o atienden estos aspectos en los territorios cumplen con sus deberes para disminuir o erradicar las desigualdades sociales-económicas y por condiciones de salud.

Las condiciones de la vivienda están reconocidas como una determinante social de la salud,

que cuando no son buenas pueden conducir a serios problemas de salud en la población. Por ejemplo, el hacinamiento propicia la transmisión de tuberculosis y enfermedades respiratorias agudas; los problemas con el acceso al agua segura y el saneamiento intradomiciliario, en los entornos barriales, influyen en las diarreas e infecciones intestinales, las cuales tienen valores bajos de prevalencia en la mortalidad, pero altos en la morbilidad de la población, en particular entre niños y niñas; y la insuficiente iluminación natural, provocada por múltiples causas, desencadena enfermedades oculares. La precariedad de la estructura de la vivienda crea riesgos para los accidentes que son más frecuentes entre aquellas personas que pasan más tiempo en el hogar como las mujeres, los ancianos y los niños (IDH, 2019).

En la dimensión de brechas de reconocimiento social entre personas enfermas y personas saludables es necesario tener las evidencias de las vivencias de aceptación o discriminación asociadas con la condición de salud.

En la dimensión de brechas de participación social y política entre personas enfermas y personas saludables, es oportuno tomar en cuenta la inclusión en equipos gestores; en la distribución de roles en procesos comunitarios; en la cantidad y tipo de actividades donde pueden participar los individuos enfermos.

En la dimensión de brechas en la gestión del tiempo entre personas enfermas y personas saludables, hay que valorar el tiempo destinado a los procesos de curación, a la movilidad, a la oferta de los servicios, y al tiempo destinado a las actividades que generan ingresos y permiten el ocio.

LISTA DE CHEQUEO DE INDICADORES SIGNIFICATIVOS PARA LA DIMENSIÓN MORBILIDAD, APLICADA A LAS ESTRATEGIAS DE DESARROLLO TERRITORIAL (EDT)

Los indicadores necesarios a tomar en cuenta, cuando se analiza la morbilidad en los territorios en relación con las desigualdades sociales, están estrechamente vinculados con el mejoramiento de la vida de las personas. Entre ellos los principales son salud, vivienda/hábitat, alimentación, recursos económicos, educación, redes sociales, entre otros.

Las Estrategias de Desarrollo Territorial (EDT) están sustentadas en el desarrollo local, visto como un proceso esencialmente endógeno, participativo, innovador y de articulación de intereses entre actores, territorios y escalas (municipal, provincial y sectorial o nacional). El desarrollo local tiene su base en el liderazgo de los gobiernos municipales y provinciales para la gestión de sus estrategias de desarrollo, dirigidas desde la gestión del conocimiento, la innovación y el fomento de proyectos que generen transformaciones económico-productivas, socioculturales, ambientales e institucionales, siempre con el objetivo de elevar la calidad de vida de la población (Guzón *et al.*, 2020).

Tomar en cuenta la dimensión morbilidad en las Estrategias de Desarrollo Territorial permite una atención y un seguimiento a las personas más afectadas y necesitadas en el territorio, a las cuales se les ofrecerá una atención médica preferencial. En este proceso son útiles las siguientes interrogantes:

- 1- ¿En el diseño y elaboración de las EDT participan personas con suficientes conocimientos, preparación adecuada y capacidad técnica sobre salud pública, para garantizar la calidad y efectividad del proceso?
- 2- ¿Se identifica la morbilidad como un factor a tener en cuenta en las políticas de desarrollo?
- 3- ¿En el equipo de coordinación técnica de las EDT se incluye personal de salud sensible a los determinantes sociales que inciden sobre el proceso salud-enfermedad?
- 4- ¿Se tiene en cuenta en la fase de identificación del problema en el territorio la relación entre vivienda/hábitat, condiciones de vida, prevalencia e incidencia de enfermedades?
- 5- ¿Se identifican grupos de riesgo a contraer enfermedades por vivir en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social?
- 6- ¿Se elaboran políticas de apoyo a personas enfermas, diferenciando por tipos de enfermedad, grupos sociales, ingresos, accesibilidad física al territorio y factores de riesgos ambientales?
- 7- ¿Se promueven en las líneas estratégicas del territorio la articulación de varias instituciones para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades?

- 8- ¿Las políticas de salud implementadas se corresponden con las necesidades sentidas de la población?
- 9- ¿Se proyectan acciones comunicativas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades?
 - a- ¿Se proyectan acciones comunicativas de sensibilización sobre la relación entre salud y desarrollo?
 - b- ¿Se proyectan acciones comunicativas que sensibilicen a la población en la relación salud y participación?
- 10- ¿El seguimiento y evaluación de las EDT analiza el efecto sobre el mejoramiento de las condiciones sociales, subjetivas y económicas, que promueven la salud física y mental de las personas?

LISTA DE CHEQUEO DE INDICADORES SIGNIFICATIVOS PARA LA DIMENSIÓN MORBILIDAD, APLICADA A PROGRAMAS TERRITORIALES

La formulación de un programa territorial implica la propuesta de organización, estudios generales de factibilidad económica, ambiental y social, e indicadores para su evaluación, así como la relación de proyectos u otras acciones que deberán diseñarse para su implementación, diferenciando los ámbitos locales y supramunicipales.

El diseño e implementación de programas de desarrollo es un ejercicio técnico que conlleva un nivel de complejidad, dado que, por una parte, la información disponible está casi siempre dispersa y lo más frecuente es que las tareas de planeación se realicen sectorialmente. De igual forma, la propuesta requiere de alternativas, vías y marcos de financiamiento, nivel de prioridad de los proyectos, plazos y cronogramas de ejecución, responsables y ejecutores, y un plan de monitoreo insertado en el sistema de seguimiento y evaluación de todo el proceso de gestión e implementación de la Estrategia de Desarrollo Municipal (EDM). Al abordar cada programa territorial es imprescindible considerar como insumos aquellas políticas, programas y proyectos nacionales que se relacionen con la temática (Guzón *et. al.*, 2020).

Es frecuente encontrar en los territorios programas de carácter productivo, ambiental, de mejoramiento del hábitat y socioculturales. Sin

embargo, no son frecuentes los programas específicos que incluyan la dimensión morbilidad para atender a la población más vulnerable (por color de la piel, condiciones de vida, discapacidad y/o recursos económicos). Por ello se hace necesario incluir esta dimensión en los programas territoriales y darle el seguimiento correspondiente. Para la elaboración de este tipo de programas, sería pertinente partir de las siguientes interrogantes:

- 1- ¿En los programas territoriales existe un estudio de la morbilidad, como aspecto fundamental para conocer la situación de salud de la población?
- 2- ¿En los programas territoriales se identifican los actores que participarán de una manera determinante y estratégica en el seguimiento y evaluación de indicadores de morbilidad en el territorio?
- 3- ¿Existen convenios o alianzas de trabajo entre los coordinadores de los programas territoriales y los representantes de salud pública para trabajar de conjunto las brechas de desigualdades en la atención a la salud?
- 4- ¿Las políticas de salud implementadas en el territorio se corresponden con las necesidades de la población desfavorecida?
- 5- ¿Los programas territoriales tienen identificados a los grupos con riesgo de contraer enfermedades de acuerdo con los indicadores de morbilidad?
- 6- ¿En la coordinación de los programas territoriales está contemplado la inclusión del personal de salud pública sensible a los determinantes sociales que inciden en la desigualdad social, tomando como referencia la morbilidad?
- 7- ¿El indicador de morbilidad es tomado en cuenta cuando se habla del programa territorial?
- 8- ¿Están identificadas aquellas actividades que resulten necesarias para la gestión, organización y formación de capacidades de los tomadores de decisiones de los programas territoriales para atender las brechas de equidad en salud?
- 9- ¿En los programas de producción y distribución de alimentos se tienen en cuenta las necesidades nutritivas diferenciadas de personas con enfermedades específicas, como

diabetes, hipertensión arterial, sida, neoplasia maligna, anemia, alergias a determinados alimentos, etc.?

10- En los Programas de Gestión del Hábitat, ¿Se tiene en cuenta la adaptación o construcción de viviendas acorde con los grupos con patologías específicas, como enfermedades respiratorias, malformaciones congénitas, enfermedades mentales, entre otras?

LISTA DE CHEQUEO DE INDICADORES SIGNIFICATIVOS PARA LA DIMENSIÓN MORBILIDAD, APLICADA A PROYECTOS TERRITORIALES

En Cuba la Política de Desarrollo Territorial (PDT) define los proyectos de desarrollo local (PDL) como un conjunto de recursos, esfuerzos y acciones que tienen el propósito de transformar una situación existente a otra deseada, que contribuya al desarrollo de los municipios, provincias y comunidades donde actúa, e impacte en la calidad de vida de la población. Los PDL se establecen como vía para materializar las estrategias de desarrollo municipal y provincial. En su diseño e implementación debe primar el criterio de potenciar las capacidades de los grupos y actores participantes, aprovechar los recursos endógenos en la solución de las problemáticas planteadas, y el carácter participativo de su gestión (Guzón *et. al.* 2020, p. 65).

Los proyectos de desarrollo local deben ayudar a disminuir las brechas de desigualdad e inequidad, presentes en términos sociales-productivos, así como físico-espaciales, y fortalecer la identidad y pertenencia al territorio, priorizando la atención a las personas en desventajas sociales.

Es muy importante ver y comprender el proyecto de desarrollo local como una cadena de diferentes relaciones (sociales, económicas, espaciales, de grupos, de ayuda y solidaridad) que forma parte de un proceso integral. En él está comprendido un conjunto de insumos materiales e inmateriales (recursos, esfuerzos y acciones), con los que se producirán resultados concretos (productos, bienes y servicios), para generar efectos e impactos, los cuales se podrán medir u observar con los cambios a corto, mediano y largo plazo, tomando en consideración la situación inicial y valorando el cumplimiento de los objetivos plan-

teados. En la creación de estos proyectos resultan útiles las siguientes preguntas:

- 1- ¿En la elaboración de los proyectos de desarrollo local se tomaron en cuenta las necesidades de las personas vulnerables por condiciones de vida y salud, específicamente los más afectados por causas de morbilidad?
- 2- ¿Los proyectos de desarrollo local del territorio, que se dedican a la producción de alimentos, toman en cuenta a las personas enfermas, necesitadas de una alimentación especial?
- 3- ¿Los proyectos de desarrollo local del territorio toman en cuenta la atención a los adultos mayores para disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas?
- 4- ¿Los proyectos de desarrollo local, referidos a la producción de alimentos, planifican sesiones demostrativas de alimentación nutricional y talleres educativos de ejercicios específicos para las personas necesitadas del territorio?
- 5- ¿Los proyectos de desarrollo local integran a las autoridades del territorio para que se sensibilicen, se integren y participen en las actividades planificadas con los adultos mayores?
- 6- ¿Se proyectan acciones comunicativas en los proyectos de desarrollo local para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades?
- 7- ¿Los proyectos de desarrollo local toman en cuenta el enfoque de equidad en su elaboración y ejecución?
- 8- ¿Cómo se trabaja la dimensión de morbilidad en los proyectos de desarrollo local?
- 9- ¿Los empleos generados por los proyectos de desarrollo local crean condiciones propicias para garantizar la salud de los trabajadores(as)?
- 10- ¿Los proyectos de desarrollo local crean condiciones que permitan una participación laboral equitativa entre personas sanas y personas enfermas habilitadas para trabajar?

PROPUESTAS DE INSTRUMENTOS PARA EL TRABAJO DEL TEMA EN LOS TERRITORIOS

A continuación, se presentan algunos instrumentos diseñados para abordar el tema de mor-

bilidad en los territorios, en los cuales es esencial determinar el segmento poblacional específico que dará respuestas al estudio, desde sus visiones y experiencias particulares.

Guía de entrevista semiestructurada a personas que ocupan responsabilidades de salud pública en el territorio

Ocupación: _____

¿Desde cuándo se desempeña en esa responsabilidad?: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Color de la piel: _____

Nivel educativo: _____

Lugar de residencia: _____

1- Antes de tener la responsabilidad actual, ¿dónde laboraba?

2- ¿Qué tipo de relación tiene con las personas con problemas de salud en su territorio?

3- ¿Considera que existe una estrategia específica por parte de los decisores, las empresas, las cooperativas y los trabajadores por cuenta propia (TCP) del territorio para lograr una atención especializada a las personas necesitadas de atención médica?

4- ¿Qué grado de participación tienen estas personas enfermas en las estrategias de salud implementadas en el territorio?

5- ¿De qué maneras son tenidas en cuenta las familias más desfavorecidas, desde el punto de vista económico y social, en las atenciones y recursos que ofrecen las instituciones de salud pública en el territorio?

6- ¿Tiene usted alguna propuesta para mejorar la relación paciente-atención médica en su territorio? Argúmentela

Fuente: Elaboración del autor, 2021.

Guía de entrevista a informantes clave

Sexo: _____

Edad: _____

Color de la piel: _____

Nivel educativo: _____

Lugar de residencia: _____

Ocupación: _____

Vínculos con el sector de salud pública: _____

Relación y responsabilidad con los proyectos de desarrollo local del territorio:

1- ¿Cuántos centros de atención y cuidado de salud existen en su territorio?

2- ¿Qué tipo de atención reciben las personas enfermas o posibles de enfermar por causas previsibles en el territorio?

3- ¿Existe alguna condición específica en su territorio que pueda provocar o agravar las enfermedades de la población?

4- De ser positiva su respuesta, ¿cómo las autoridades territoriales han atendido esta condición?

5- ¿Cuál es la situación con los adultos mayores en la comunidad? ¿Qué actividades físicas realizan y cómo ocupan su tiempo libre? ¿Qué actividades realizan los promotores de salud con los adultos mayores y con las personas con problemas de salud del territorio?

6- ¿Qué inquietudes o preocupaciones tiene usted en relación con las personas con enfermedades crónicas en el territorio?

7- Expresar alguna sugerencia o propuesta concreta para mejorar la relación personas-atención de salud pública en el territorio.

Fuente: Elaboración del autor, 2021.

Guía de entrevista semiestructurada a expertos

Sexo: _____

Edad: _____

Color de la piel: _____

Nivel educativo: _____

Lugar de residencia: _____

Ocupación: _____

Vínculos con el sector de salud pública: _____

Tomar en cuenta las siguientes interrogantes para abordarlas con los expertos:

1- Valoración general sobre el sistema de salud, sobre la atención a la salud en el territorio. Dificultades y beneficios que percibe.

2- ¿Qué servicios de salud tienen en la comunidad?

3- ¿Qué valoración tienen acerca de esos servicios, considerando la disponibilidad y calidad?

4- ¿A dónde acuden las personas vulnerables enfermas cuando necesitan atención médica?

5- ¿Cómo es la atención recibida?: Satisfacción con el servicio, obstáculos percibidos y facilidades, cómo los sortea, causas y apreciaciones al respecto.

- 6- ¿Cómo maneja las dificultades que encuentra?, ¿Qué hace? Si perciben que esas dificultades o beneficios todos los reciben o sufren por igual o hay diferenciaciones al respecto.
 - 7- ¿Se sienten protegidos ante situaciones como esta?, ¿por quiénes? ¿Cómo se sienten protegidos?
 - 8- Experiencias concretas en el uso de los servicios de salud dentro de la familia: Definir tipo de experiencia, si es hospitalización, o de otro tipo.
 - 9- Experiencias en el enfrentamiento a situaciones de enfermedad. Personas para cuidar a enfermos, condiciones del hogar, otros accesorios o recursos necesarios, el tiempo que emplea la familia en el cuidado de los enfermos.
 - 10- Condiciones que tienen las familias para afrontar los gastos en salud pública. Recursos que hay que movilizar. Situaciones a resolver que ameritan la movilización de recursos por parte de las familias. Estrategias desarrolladas. Necesidades a satisfacer, cómo se satisfacen.
 - 11- Identificar el rol de las redes de apoyo y el capital social: Si hay acceso a recursos a través de conexiones sociales, si las relaciones sociales recíprocas suministran fuentes de apoyo a las que pueden acudir en época de necesidad, si existen y acuden a redes de vecinos y familiares.
 - 12- Vínculos con otros familiares que no conviven en el hogar: Solidaridad y ayuda. Vínculos externos a la familia: Vecinos, amistades, organizaciones sociales.
- 4- ¿Considera que en su territorio existe alguna condición que afecte o haya afectado de alguna manera su estado de salud?
 - 5- ¿Qué relación tiene con los profesionales de la salud de su área de residencia?
 - 6- ¿Qué miembro de su familia se ocupa más de sus necesidades?
 - 7- ¿Considera que sus necesidades y demandas como paciente son tomadas en cuenta por las autoridades de su territorio?
 - 8- ¿Cómo valora usted la atención que recibe en su área de salud?
 - 9- Expresar alguna sugerencia o propuesta concreta para mejorar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en su territorio.

Fuente Elaboración del autor, 2021.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Fuentes (2016).

Guía de entrevista semiestructurada para personas con enfermedades crónicas

Sexo: _____

Edad: _____

Color de la piel: _____

Nivel educativo: _____

Lugar de residencia: _____

Ocupación: _____

- 1- ¿Qué problemas de salud usted tiene? ¿Usted consume café, cigarros u otra sustancia?
2. ¿Usted consume café, cigarros u otra sustancia?
- 3- ¿Se realiza el chequeo médico o estomatológico por lo menos una vez al año?

CONCLUSIONES

La atención médica a las personas necesitadas en los territorios debe comprender diferentes estrategias desde los proyectos locales, desde las instituciones y por parte de los promotores de salud, con el fin de beneficiar y proteger a los individuos y grupos más vulnerables.

Es necesario pensar y actuar en función de toda la población, no solo la que presenta síntomas de alguna dolencia o está enferma, pues hay personas que son asintomáticas, pero demandan atención médica. Algunas poseen factores de riesgo y otras, aunque son sanas, necesitan ser educadas en la prevención y el autocuidado.

Los factores sociales y culturales son imprescindibles para cambiar los hábitos de vida, realizar más ejercicios físicos, alimentarse sanamente, no consumir sustancias tóxicas, en definitiva, cambiar el estilo de vida para mejorar la salud. Hay

que motivar a las personas para que aprendan e incorporen nuevos conocimientos, actitudes y procedimientos que favorezcan los comportamientos saludables y sanos para tratar de eliminar los riesgos en la salud. Ello está estrechamente ligado a los procesos de desarrollo territorial, los cuales, bien diseñados e implementados, contribuyen a una mayor incorporación de las personas en la toma de decisiones y en la mejoría de su calidad de vida en cada una de las comunidades.

En este camino no basta con la atención individual; es esencial incorporar un enfoque comunitario que ponga la mirada en los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, en los cuales las desigualdades sociales se erigen como factores generadores y acentuadores de diversas patologías.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cuestionarios: Sistema o conjunto de preguntas que tiene como finalidad obtener datos para una investigación. Puede servir de guía para el desarrollo de las entrevistas, ser administrado por el/la investigador/a o ser autoadministrado (Zabala, 2021).

Desarrollo local inclusivo: Proceso esencialmente endógeno, participativo, innovador, y de articulación de intereses entre actores, territorios y escalas (comunitaria, municipal, provincial y sectorial o nacional). Se sustenta en el liderazgo de los gobiernos territoriales que incorporan de forma efectiva y equitativa a diversas personas y grupos en la co-decisión y co-gestión de estrategias de desarrollo, dirigidas desde la gestión del conocimiento, la innovación y el fomento de proyectos, donde se articulan mecanismos productivos, redistributivos y de reconocimiento. Ello genera transformaciones económico-productivas, socioculturales, ambientales e institucionales como la humanización y dignificación de las personas; la eliminación de desigualdades y segmentaciones socio-espaciales; el aumento de la calidad de vida, entre otros (Zabala *et al.*, 2018, p. 107).

Escalas: Técnicas que permiten convertir una serie de hechos cualitativos (atributos, propiedades, acontecimientos) en una serie cuantitativa (variables), mediante el ordenamiento de una serie de características o hechos a lo largo de un continuo (Zabala, 2021).

Encuesta: Cuestionario aplicado por escrito y aplicado de forma masiva a grupos de población, en algunos casos previamente seleccionados mediante muestreo.

Entrevista: Es una conversación, entre dos o más

personas, de las cuales una es el/la entrevistador/a, y que tiene una finalidad que define el carácter de la entrevista, generalmente la obtención de información.

Grupos focales: Discusión sobre un determinado tema, en un grupo homogéneo y pequeño de personas, conducida por un moderador. También son conocidos como grupos de discusión o grupos de enfoque.

Indicador: Es una medición que refleja una situación determinada, que es capaz de medir una característica de salud de una población dada. Todo indicador de salud es una estimación, una medición con cierto grado de imprecisión de una dimensión determinada de la salud en una población específica (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Morbilidad: Es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades. La Organización Mundial de la Salud la define como “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar” (www.significados.com/morbilidad/).

Observación: Percepción y registro de las situaciones, comportamientos y acciones sociales que acontecen espontáneamente en un contexto específico o son provocadas por el investigador. Entre sus características se encuentran: sistematicidad, intencionalidad, planificación y no manipulación por parte de los observadores.

Salud: La Organización Mundial de la Salud considera que salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones

o enfermedades (www.tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-oms-concepto-salud/).

Tasa de incidencia o densidad de incidencia: Es la principal medida de frecuencia de enfermedad y se define como “el potencial instantáneo de cambio en el estado de salud por unidad de tiempo, durante un período específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo período”. Para que una persona se considere expuesta al riesgo en el período de observación debe iniciar este sin tener la enfermedad (el evento en estudio) (<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-6-proporciones-tasas-y-razones-medidas-de-resumen-de-una-distribucion-y-comparacion-de-dos-proporciones/>).

Tasa de prevalencia: Es una proporción que indica la frecuencia de un evento. En general, se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado, y se denomina únicamente como prevalencia (p). Como todas las proporciones, no tiene dimensiones y nunca puede tomar valores menores de 0 o mayores de 1. A menudo, se expresa como casos por 1 000 o por 100 habitantes (<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-6-proporciones-tasas-y-razones-medidas-de-resumen-de-una-distribucion-y-comparacion-de-dos-proporciones/>).

Triangulación: Procedimiento que incrementa la validez y confiabilidad del estudio, mediante la utilización de diferentes fuentes de información, técnicas e informantes y el análisis de su correspondencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, E. y Matta, J. (2004) *Política social y reformas estructurales: Cuba a principios del siglo XXI*. México: CEPAL/INIE/PNUD.
- Alfonso, A. (2016). *Los cubanos, ¿cuidan su salud?* La Habana: Editorial CEDEM, Universidad de La Habana.
- Amable, Z., López, M. y Garrido, O. (2018). Alimentación sana en dos comunidades capitalinas. *Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba); Publicaciones Acuario.
- Araujo, R. (2011). *Una mirada a la morbilidad en Cuba en la primera década del tercer milenio*. Disponible en <https://biblat.unam.mx/es/revista/novedades-en-poblacion/articulo/una-mirada-a-la-morbilidad-en-cuba-en-la-primera-decada-del-tercer-milenio>
- Arcano, N. (2019). *Panorama de la salud de América Latina y el Caribe. Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia. Estado de salud de América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Astraín, M. E. et al. (1998). La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. *Revista de Salud Pública*. La Habana.
- Astraín, M. E. (2004). *Situación de salud según condiciones de vida. Análisis de situación de salud*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Cerezo-Correa, A. et al. (2012) Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11(23), pp. 165-188, julio-diciembre.
- Etches V. et al. (2006). Measuring population health: A review of indicators. *Annu. Rev. Public Health*, 27, pp. 29-55.
- Ferriol A., Therborn, G. y Castiñeiras, R. (2004). *Política social: el mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia*. La Habana: INIE.
- Fleitas, R. (2013). *Familias pobres y desigualdades de género en salud: el caso del barrio de San Isidro*. Buenos Aires: CLACSO-CROP.
- Fuentes, S. (2016). *El acceso a los servicios de salud y la capacidad de enfrentamiento familiar ante situaciones de quebrantamiento de la salud. ¿Un lugar desde el cual pensar la reproducción de desigualdades en la Cuba actual?* [tesis de maestría en Desarrollo Social]. FLACSO-Cuba, Universidad de La Habana.
- García, A., Pría, M. y Martín, X. (2019). Condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en el consumo de medicamentos. *Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba); Publicaciones Acuario.
- Guzón, A. et al. (2020). *Cataurito de herramientas para el desarrollo local*. La Habana: CEDEL.
- Habicht J.P., Victora C.G. y Vaughan, J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*, 28, pp. 10-18.
- Hidalgo, V. y Díaz, D. (2019). Presentación del acápite. *Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba); Publicaciones Acuario.
- Informe Nacional sobre Desarrollo Humano, Cuba (2019). *Ascenso a la raíz: La perspectiva local del desarrollo humano en Cuba*. La Habana.

- López, O., Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2015). Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), p. 328. Disponible en www.medicinasocial.info
- Lozano, A. (2019). Construcción de la equidad de género desde la promoción de salud en edades tempranas. *Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba); Publicaciones Acuario.
- Martín, A. y Almenares, K. (2019). Patrón diferencial y brechas de morbilidad y mortalidad según condiciones de vida. Cuba 2013-2015 *Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba); Publicaciones Acuario.
- McDowell, I. et al. (2016). On the Classification of Population Health Measurements. *Am J Public Health*, 94(3), pp. 388-393. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448263/pdf/0940388.pdf>
- Navarro, J. (2010). *Sitio: Definición ABC*. Disponible en <https://www.definicionabc.com/ciencia/morbilidad.php>
- Observatorio de Salud en Asturias (2012). *Documento de indicadores ampliados*. Asturias.
- Palomino, P. et al. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72(1), pp. 71-91. DOI:10.3989/ris.2013.02.16
- Pría, M. (2007). *Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba* [tesis de maestría]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. Washington, D.C.: OPS.
- Zabala, M. del C. et al. (2015). *Retos para la equidad social en el proceso de actualización del modelo económico cubano*. La Habana: Editorial de Ciencias sociales.
- Zabala, M. del C. et al. (2018). Equidad social y desarrollo local. Articulaciones teóricas y prácticas. *Desarrollo local y equidad en Cuba*. Tomo I. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

DATOS DEL AUTOR

Reynaldo Miguel Jiménez Guethón. Coordinador académico de FLACSO-Cuba. Profesor Titular. Doctor en Ciencias de la Educación (2006), por la Universidad de La Habana. Máster en Desarrollo Social (1996), por FLACSO-Cuba y en Gestión y Desarrollo de Cooperativas (2000), por la Universidad de Sherbrooke, Canadá. Miembro de la Red de Políticas Sociales de la Universidad de La Habana y del grupo de trabajo *¿Qué desarrollo? Diálogo academia y política*, del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

ISBN: 978-959-7269-09-0



9 789597 269090