

(Des) igualdades

#6

Agosto 2025

**Des(igualdades)
en procesos de salud-
enfermedad-cuidados.
Acercamientos plurales
desde América Latina
y el Caribe**

PARTICIPAN EN ESTE NÚMERO

Claribel Gómez Vasallo
Ana Maryann Alonso Pedrol
Danay Díaz Pérez
Matías Salvador Ballesteros
Betina Freidin

Boletín del
Grupo de Trabajo
**Desigualdades
sociales comparadas:
clase social, género
y etnia**



CLACSO



PLATAFORMAS PARA
EL DIÁLOGO SOCIAL

Desigualdades no. 6 : desigualdades en procesos de salud/enfermedad cuidados : acercamientos plurales desde América Latina y el Caribe / Claribel Gómez Vasallo ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2025.
Libro digital, PDF - (Boletines de grupos de trabajo)
Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-308-137-0
1. Desigualdad Social. 2. Salud Mental. 3. Discapacidad. I. Gómez Vasallo, Claribel
CDD 362.204

PLATAFORMAS PARA EL DIÁLOGO SOCIAL



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Colección Boletines de Grupos de Trabajo

Director de la colección - Pablo Vommaro

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Pablo Vommaro - Director Ejecutivo
Gloria Amézquita - Directora Académica
María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial
Solange Victory - Producción Editorial
Valeria Carrizo y Darío García - Biblioteca Virtual

Equipo

Magdalena Rauch - Coordinadora
Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Luna González y Teresa Arteaga

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina. Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875
<clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>

Coordinadoras del Grupo de Trabajo

Mirlena Rojas Piedrahita
Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas
Cuba
mirlena1980@gmail.com

Paula Boniolo
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires
Argentina
boniolo paula@gmail.com

Coordinadores del Boletín

Dra. C Claribel Gómez Vasallo
Dra. C Luisa Íñiguez Rojas



Contenido

5 Presentación

8 Desigualdades sociales y salud
 mental en Cuba

Un análisis desde lo local a lo
estructural

Claribel Gómez Vasallo

Ana Maryann Alonso Pedrol

22 Análisis de la discapacidad
 desde el ámbito de la salud en
 Cuba

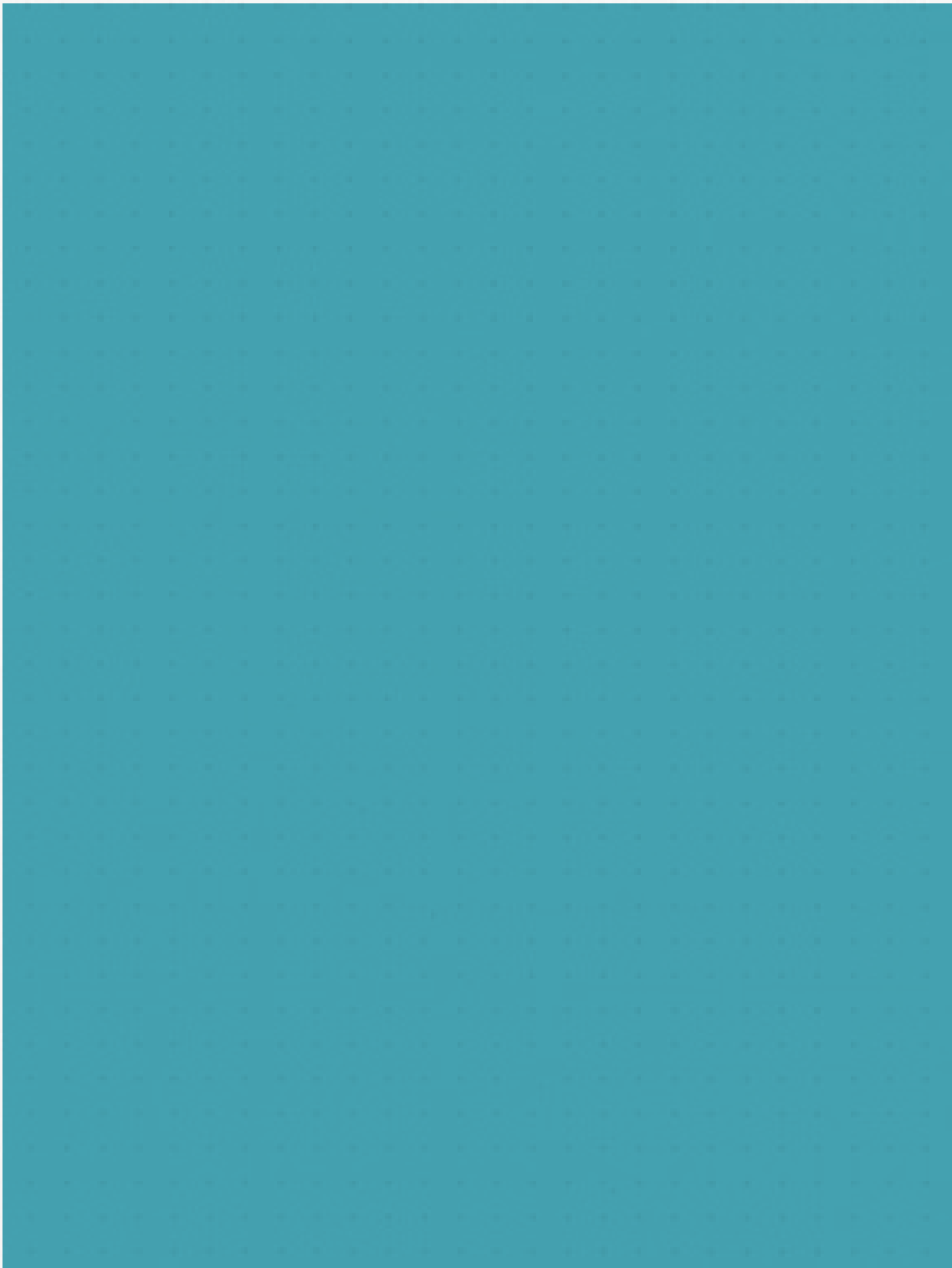
Danay Díaz Pérez

30 Propuesta teórico-
 metodológica interseccional
 de las desigualdades en salud

Matías Salvador Ballesteros

Betina Freidin







Presentación

Las desigualdades en la salud constituyen un tema que pone a dialogar a las ciencias médicas y sociales, desde una comprensión ampliada de este complejo proceso es preciso tomar en consideración todos los condicionantes sociales de la salud. La existencia de múltiples desigualdades pueden condicionar inequidades en la salud, existiendo una dialéctica relación entre ambos procesos, de forma tal que las desigualdades en este ámbito también pueden repercutir en otras inequidades sociales.

Variables como ingresos, color de la piel, género, etnia, territorio, han sido con frecuencia estudiadas y resultan ser algunas de las mediaciones sociales que se asocian con la salud. Es un tema donde aún continúan los debates epistemológicos, teórico-metodológicos para comprender, comparar y principalmente superar el enfoque proyectivo por un profiláctico de las mencionadas inequidades.

Destacan la perspectiva de la Epidemiología crítica, la Salud colectiva latinoamericana, y la Medicina social como enfoques que emplean los investigadores de la región para esclarecer estas determinaciones. Un punto de inflexión en la preocupación de las ciencias sociales por los procesos epidémicos lo marcó la pandemia de COVID-19 que evidenció la importancia de los procesos asociados a la salud en todas las escalas (micro, meso y macro) así como las permanentes desigualdades individuales, grupales, y nacionales en el enfrentamiento a este tipo de situaciones.

Sin duda alguna, la salud física, mental y social es un requisito imprescindible para la mera existencia del ser humano y su ulterior desarrollo. El

presente boletín se dedica a reflexionar sobre problemáticas en torno a la salud en Cuba y Argentina.

En el primer artículo Gómez Vasallo y Alonso Pedrol nos proponen un análisis desde lo local a lo estructural de las desigualdades sociales y la salud mental en Cuba. Donde aflora que la actual situación económica y social en esta región agudizada por el recrudecimiento del bloqueo y los efectos de la crisis post-pandemia repercuten en una menor disponibilidad de los recursos para la atención a los pacientes. Los resultados confirman la interseccionalidad de las desigualdades pues muchas de las personas con enfermedades mentales crónicas viven en situación de calle o sin hogar; o aquellos que poseen una vivienda se encuentra en mal estado constructivo. Emerge la composición familiar como otro elemento a tener en cuenta pues la morbilidad de sus miembros también incide en las labores de cuidado.

El padecimiento de enfermedades mentales es un factor que limita el acceso al mercado laboral tanto por razones objetivas antes hospitalizaciones como por elementos subjetivos asociados a estereotipos y prejuicios que excluyen a estos pacientes. Se evidencia como unido a la universalidad de ciertas políticas como el acceso a la salud en el caso de Cuba, es preciso su articulación con otras iniciativas focalizadas tanto a escala local como desde la intencionalidad política para mitigar el efecto de inequidades de naturaleza más intangibles.

Díaz Pérez nos propone un análisis de las discapacidades en Cuba desde el ámbito de la salud, en un primer momento hace a grandes rasgos la evolución que ha tenido su conceptualización. Posteriormente, se aprecia el estado del tema en Cuba donde existen desafíos desde la captación de estadísticas sobre esta población. Otra limitación está asociada al enfoque biomédico y asistencialista que caracteriza las políticas públicas que abordan el tema, es necesario un tránsito a un enfoque que no lo limite a esta condición biológica sino que lo entienda como una construcción social.

Desde esa perspectiva emergen un conjunto de desigualdades que afecta a las personas en esta situación desde cuestiones objetivas como el bloqueo económico que limita el acceso a equipamiento de apoyo; como aquellas asociadas con las tareas de cuidado que recaen en las cuidadoras por desigualdades de género naturalizadas.

A modo de cierre Salvador Ballesteros y Freidin desde Argentina nos ofrecen una propuesta teórico-metodológica interseccional de las desigualdades en salud. En este caso es sola la presentación de su proyecto de investigación más abarcador que contempla conceptualizaciones más específicas vinculadas con la autopercepción de salud, el acceso a los servicios de salud, la alimentación y la actividad física. Los resultados de investigaciones muestran que una lectura de estas temáticas necesariamente debe tener en cuenta las desigualdades de género, la estructura de clases, el nivel educativo y la composición familiar. En todo el boletín se apuesta por lecturas interseccionales de los temas asociados a la salud que se abordan, no obstante, esto son solo puntos de partida para la reflexión .



Desigualdades sociales y salud mental en Cuba

Un análisis desde lo local a lo estructural

Claribel Gómez Vasallo*

Ana Maryann Alonso Pedrol**

A modo de introducción

Las evidencias sobre las interrelaciones entre desigualdades sociales y salud mental son abundantes. Problemáticas como la pobreza, el empleo, la tenencia de vivienda, el racismo, la discriminación, el adecuado y rápido acceso a servicios, entre otras, tienen un impacto notorio en la salud mental.

El actual contexto global, marcado por múltiples crisis sostenidas en el tiempo e incertidumbres crecientes, deja huellas en la salud mental de los pueblos. Ansiedad, depresión, violencias, insomnio, esquizofrenias, aumento de tasas de suicidio, abuso de sustancias, son manifestaciones que dicen algo sobre los contextos, van más allá de ser solo patologías biológicas, hablan, también, sobre lo social. Muestran en silencio la

* Dra en Ciencias Sociológicas. Departamento de Sociología, Universidad de La Habana. Invitadas, no forman parte del Grupo de Trabajo.

** Estudiante de cuarto año de la Licenciatura en Sociología. Universidad de La Habana. Invitadas, no forman parte del Grupo de Trabajo.

existencia de un mundo hostil para el bienestar individual y el desarrollo humano. En este escenario, según datos de la Organización Mundial de la Salud hasta un 90% de personas con condiciones graves de salud mental no reciben atención, sobre todo en países de medianos y bajos ingresos (WHO, 2025).

En el marcadamente desigual contexto de América Latina y el Caribe, las estadísticas sobre Sistemas de Salud, dan cuenta que la región -como gran parte del resto de los países del planeta- destinan como promedio solo el 2% de los presupuestos en salud, a la salud mental (OMS, 2023). Ello muestra contradicciones entre un aumento sostenido de enfermedades mentales, neurológicas, abuso de sustancias y suicidios y, el sub-financiamiento del sistema de prevención-atención-rehabilitación enfocado en salud mental.

En Cuba, según datos de diciembre del 2024, el país destinó para el 2025 el 71% del total del presupuesto del Estado a gastos en educación, salud pública, asistencia y seguridad social, cultura y deporte (Paredes, 2024). Del presupuesto nacional, el 24% está dedicado a salud (Rendón, 3 de enero del 2025), pero, no se han publicado datos desagregados dentro del sector, y, por tanto, es difícil poder dar cuenta cuanto de ese presupuesto está destinado a procesos de prevención-atención-rehabilitación en salud mental.

Si bien al Sistema de Salud cubano le distingue el proveer acceso universal y gratuito, la disponibilidad actual de recursos y dinámicas a su interior imprimen matices a estas cualidades. Un reciente estudio realizado por las autoras, en un municipio del país, constató que la atención comunitaria a adultos con enfermedades mentales crónicas presenta múltiples limitaciones asociadas fundamentalmente a la escasez de recursos materiales y humanos. Aunque resulta imposible sacar generalizaciones a partir de un estudio local, es altamente probable que en las actuales condiciones económicas y sociales que atraviesa Cuba, lo constatado en el municipio estudiado no sea un caso aislado.

El presente artículo intenta, no sólo dar cuenta de hallazgos de dicho estudio, sino aportar a la comprensión de desigualdades sociales vinculadas a procesos de salud-enfermedad-atención en salud mental. También, contribuir a la mayor visualización de procesos que, en medio de las múltiples crisis que vive la sociedad cubana, marcan la cotidianidad de individuos-familias con condiciones crónicas de salud mental.

La reflexión se apoya en fundamentos del pensamiento crítico latinoamericano en salud, de Salud Colectiva, y de la Complejidad. La hibridación de estos enfoques, conduce a comprender los procesos de salud-enfermedad como procesos complejos (Almeida-Filho, 2006; De Sousa-Minayo, 2008). También, a pensar la totalidad sin pretender conocerle completamente, pero reconociendo que, tal como el “Todo”, está compuesto por partes, en cada parte está el Todo (Lewontin y Levins, 1985; Morin, 1992). Ello, desde el punto de vista metodológico, resalta la importancia de recuperar experiencias vividas, en tanto estas, además de ser fuentes de lecciones, posibilitan un acercamiento al lugar donde se producen. Las partes, pueden constituir una ventana a través de la cual mirar el Todo. En este sentido hay “un estatuto sistemático/hologramático, en el objeto mismo de la investigación local” (Morin, 1994, p. 185).

Se reflexiona, en este espacio, sobre resultados de un estudio de casos en el municipio matancero de Cárdenas. La investigación realizada se centró en el análisis del papel de actores institucionales de este territorio sobre situaciones de riesgo de pobreza en que viven adultos con enfermedades mentales crónicas. Constituyó un análisis con enfoque metodológico mixto con predominio de un enfoque cualitativo. Se trianguló información proveniente de métodos y técnicas como el Análisis bibliográfico, Análisis de documentos, Cuestionarios, Entrevistas semiestructuradas a expertos, Entrevistas a informantes claves y Observación etnográfica.

La matriz muestral estuvo formada por 10 individuos-familias con enfermedades mentales crónicas, 7 actores institucionales (informantes claves) que constituyeron actores del gobierno, del sistema de salud del

territorio y de un Centro no estatal asociado a una Iglesia protestante. También conformaron esta, 3 documentos de políticas públicas, y 259 artículos científicos provenientes de ciencias sociales y de la salud. La muestra se seleccionó de forma intencional en el caso de los individuos-familias a partir de datos del Centro de Salud Mental del territorio, los actores institucionales a través de “bola de nieve”. La selección de la bibliografía se realizó a través de motores de búsqueda como Google Scholar y recursos de la Web como Web of Science. Se priorizó bibliografía regional publicada en revistas indexadas en Scielo y Scopus.

I. Desigualdades en salud mental: Evidencias desde un estudio local

Cárdenas es un municipio del norte de la provincia de Matanzas, caracterizado por ser uno de los pocos municipios de Cuba con un crecimiento poblacional sostenido, condicionado por atractivos asociados a la industria del Turismo, del Petróleo y del sector de la construcción vinculado a estas dos últimas. De un total de población aproximadamente 153 207 habitantes (ONEI, 2024), la mayor parte reside en la cabecera municipal, y el resto en localidades como: Varadero, Camarioca, Cantel, Guásimas, Lagunillas y otros asentamientos rurales. Según PNUD (2021), el municipio se ubica entre los de mayor Índice de Desarrollo Humano Municipal del país.

El territorio cuenta con 1 Centro de Salud Mental Comunitaria y más de 120 Consultorios del médico y enfermera de la familia, 1 Centro de Alojamiento y Protección a personas con conducta deambulante, 1 Centro de Neurodesarrollo Infantil (primero y único de su tipo en Cuba), instalaciones de atención oftalmológica, estomatológica, de atención a embarazadas con riesgos, 1 hogar de anciano, 1 Clínica de atención al paciente diabético, entre otras, para un total de 47 instituciones, incluyendo cuatro policlínicos y un hospital docente. A inicios del presente año 2025, tres nuevos consultorios médicos se abrieron en zonas periféricas de la

ciudad, donde la población residente tenía que trasladarse 2 y 3 km para acceder a servicios de salud. Los consultorios fueron financiados con el 1% dedicado al desarrollo territorial y ejecutadas por formas de gestión no estatal (Chávez, 27 de enero del 2025). En la actualidad, se restauran la Clínica Rosa Luxemburgo destinada a personas con trastornos de neurodesarrollo y la Sala de Angiología del Hospital Territorial Julio Aristegui, además de la ampliación de su cuerpo de guardia. (Chávez, 27 de enero de 2025). Dicho hospital, cuenta con una sala pequeña con capacidad de internamiento para tres personas con crisis de salud mental.

Se identificó, además, una institución no gubernamental que dentro de las acciones que despliega hacia la población del territorio, hay algunas que alcanzan a personas con enfermedades mentales crónicas: El Centro Cristiano de Reflexión y Diálogo. Dicha institución brinda ayuda a la población ofreciendo consultas de psicología, pediatría, medicina natural y tradicional, consulta “Por una Vida plena”¹, consulta de oftalmología y consulta de otorrino; también ayudan ofreciendo agua potable a la población. Brindan ayudas a adultos mayores como principal población meta. Tienen convenios con el Hogar de Ancianos y otras instituciones de salud. Atienden a un grupo de 100 adultos mayores considerados vulnerables². Una parte significativa de estos adultos presentan enfermedades neurodegenerativas (entrevista a psicóloga del Centro). Vale destacar que esta institución presenta buenas condiciones de infraestructura, y despliega todas sus acciones sin financiamiento estatal (aunque no se pudo acceder a información sobre las fuentes específicas de dicho financiamiento). Según documentos consultados y entrevista realizada, esta institución realiza donaciones de aseo, medicamentos y alimentos elaborados.

1 Esta constituye una consulta de consejería espiritual.

2 Categoría dentro de la que consideran a personas con enfermedades crónicas, adultos mayores sin protección familiar, personas con necesidades especiales. Se asiste con servicios de podología, baño, lavado de ropas, corte de cabello, acompañamiento pastoral y espiritual, además de ofrecer consultas médicas de diversas especialidades, incluyendo salud mental.

En este contexto, se halló que, aun cuando existen una red institucional y programas bien diseñados para la atención a la salud mental, parte de la infraestructura estatal presenta deterioro que le impide la implementación de todas las prácticas delineadas desde las políticas, a lo que se suma la carencia de recursos humanos especializados. Como resultado de ello, y otros condicionamientos producidos por dinámicas familiares que tienden al ocultamiento de enfermedades a quienes las padecen, personas adultas con condiciones crónicas de salud mental reciben limitado apoyo institucional. Esta situación se agrava, además, por la escasez de psicofármacos, lo cual ha empeorado en los últimos años por la aguda crisis económica que atraviesa país³.

Profesionales del subsistema de salud mental en el territorio refirieron en entrevistas realizadas:

“Cobran solamente una pensión que no les alcanza para comer, para comprar los medicamentos por la calle que tienen un costo muy elevado porque a veces en la farmacia no los hay. Tenemos mucha dificultad con los psicofármacos. Y lo que hacemos es esto, por ejemplo, todos estos pacientes con estas patologías crónicas que llevan y usan el decanoato y nos va muy bien, por lo menos es lo que está a nuestro alcance” (Doctora del Centro de Salud Mental Municipal)

Otra médico apuntó: *“En las consultas, además de dar seguimiento a su salud, se actualiza sus tarjetas de medicamentos y en caso de que haya medicamentos imprescindibles que faltan con frecuencia de las farmacias se intenta proporcionar, priorizando aquellos que no tienen familia o que tienen situación económica más difícil”* (Directora del Centro de Salud Mental Municipal). Los discursos de la/os actores institucionales dieron cuenta de lo compleja de la situación, aunque, también, de la puesta en práctica de alternativas. No obstante, según esta última fuente, el Centro atiende alrededor de 800 personas con padecimientos mentales de

3 Al cierre del 2024, faltaban o tenían cobertura muy limitada el 70% del Cuadro Básico de Medicamentos en el país.

manera sistemática, pero, en el municipio existen, según datos obtenidos en entrevista a Viceintendente municipal, más de 15 000 familias en situación de vulnerabilidad⁴, y dentro de ellas, *“las patologías psiquiátricas marcan hoy los dictados de las causas de las vulnerabilidades, por la alta incidencia y por los problemas que existen hoy con los medicamentos y los insumos médicos”* (Viceintendenta del Gobierno Municipal). Se infiere, por tanto, que una parte significativa de familias con algún, o algunos miembros, con condiciones crónicas de salud mental, no reciben atención de forma sistemática (al menos no en el Centro de Salud Mental Municipal). Los condicionamientos de esto último pueden ser múltiples, pero da cuenta de cómo no basta con la existencia de servicios, otras dinámicas objetivas y subjetivas se añaden a los procesos de acceso, lo cual ha sido constatado, también, en otros estudios como González et. al. (2016) y Rula Health (2025).

La investigación develó que muchas de las personas con enfermedades mentales crónicas viven en situación de calle o sin hogar (entrevista a trabajadora social del territorio), y que, aquellos que viven en una vivienda, las mismas -en gran parte de los casos encuestados- presentan problemas constructivos y de higiene (9 de 10 viviendas observadas). Si bien 8 de 10 adultos encuestados residen con algún familiar, en 4 casos existen otros familiares en los hogares que tienen otras enfermedades físicas o neurológicas y en el resto de los casos viven solos, tienen a cargo ellos personas a su cuidado o la familia decide mantenerlos en el hospital psiquiátrico provincial internado/as.

Se halló, además, que la condición crónica más frecuente es la esquizofrenia, que en su totalidad son adulto/as soltero/as, desempleado/as o trabajadore/as del sector informal, lo que coincide con resultado de otros

- 4 En Cuba, se hace uso del término “situación de vulnerabilidad” y se definen indicadores que, además de la dimensión salud, toman en cuenta indicadores psicosociales y de condiciones materiales de vida. Esto se regula para la práctica asistencial en el Manual de Procedimiento para el Trabajo de Prevención, Asistencia y Trabajo Social (Castañeda, cit. por Echevarría y Tejuca, 2022)

estudios en la región (Huarcaya-Victoria, 2021; Alarcón et al., 2023). Ello reafirma las relaciones directas que se pueden producir entre padecer una enfermedad mental grave y el acceso a empleo, aun en un contexto como el cubano, donde mucho se ha avanzado en materia de protección social.

Las enfermedades mentales crónicas colocan a los actores sociales en desventajas para el acceso al mercado laboral, marcadas tanto por posibles limitaciones biológicas producidas por los distintos tipos de enfermedades, como por estereotipos y prejuicios que aún le acompañan. También, estudios han demostrado correlación entre la falta de empleo formal, con mayor gravedad de síntomas, hospitalizaciones recurrentes, mayor riesgo de suicidio y menor calidad de vida (Tuarez et al., 2022). El estigma laboral y la falta de adaptación a determinados empleos pueden ser barreras significativas. El impacto de estas limitaciones en las economías individuales y familiares ubican a estos individuos-familias en situaciones en las que múltiples vulnerabilidades coinciden, agravando el riesgo de vivir en condiciones de pobreza.

Ante este entorno, las familias crean disímiles estrategias para sobrellevar limitaciones de apoyo institucional, las cuales están marcadas por desigualdades económicas, de capital cultural y social. Entre las estrategias identificadas se encuentran la sustitución de medicamentos por infusiones de plantas con propiedades antidepresivas, ansiolíticas, sedantes. También, la gestión de ventas de artículos variados en el mercado informal. Se constataron casos en los que los familiares de las personas con condiciones de enfermedad mental crónica deben trabajar para poder sobrevivir, dejando a estas personas a cargo de algún vecino/a que pasa a verles una o dos veces durante el día, o solo/as. Este tipo de prácticas a las que se ven obligadas algunas familias, repercute negativamente en el cuidado de estas personas, su medicación, alimentación, e higiene. También, fue notorio casos donde existen en el núcleo familiar adulto/as mayores y niño/as que requieren igualmente cuidados. Con limitada red

de apoyo familiar, social e institucional, la situación para estas familias es precaria.

El aprovechamiento que realizan, además, de los programas existentes a nivel comunitario está limitado por desconocimiento de los mismos según se constató. La existencia de servicios no garantiza por sí misma el acceso, se precisa que se intencione su uso, se facilite y se divulguen sus ventajas.

II. Salud mental en Cuba: Entre el acceso universal y las realidades cotidianas

El estudio realizado en Cárdenas revela un entramado de contradicciones entre políticas públicas en salud mental y prácticas cotidianas en Cuba. Si bien, la Constitución de la República garantiza el derecho a la salud para todo/as los ciudadano/as, la realidad muestra que el acceso a recursos y servicios de salud mental está mediado por barreras invisibles que reproducen desigualdades.

La política de cobertura universal se sustenta en una red de instituciones como los Consultorios Médicos y los Centros de Salud Mental Comunitaria, diseñados para garantizar el acceso del total de la población del país que precise atención, pero, la escasez de medicamentos tensiona la efectividad de los servicios, en tanto, la población depende de redes informales de compra-venta de psicofármacos a precios no asequibles para todo/as. También, la infraestructura deteriorada -como en el caso del Centro de Salud Mental de Cárdenas, y de las 9 de 10 viviendas de los adultos que conformaron la muestra del estudio- agudiza las tensiones.

A lo anterior se suma, la carencia de profesionales y otros recursos materiales que hagan posible se sostengan en el tiempo tratamientos alternativos a la medicación, como la psicoterapia. El Estado cubano fomenta la formación de nuevos profesionales de la salud, pero, la reposición es un proceso largo. No se compensa la experiencia clínica en pocos años de

formación. En la práctica, ello puede traducirse en consultas apresuradas, diagnósticos tardíos y seguimientos intermitentes.

Aunque el país ha avanzado mucho en la atención comunitaria a la salud mental, lo señalado anteriormente, unido a dinámicas organizativas no siempre bien coordinadas del trabajo intersectorial y multiactoral de los territorios, impactan negativamente en la implementación de políticas diseñadas. El marco intersectorial cubano para la atención a la salud mental ha sido pionero en la región, pero, la ejecución de políticas enfrenta desafíos críticos, que exige mayor financiamiento, la asignación de estos tomando en cuenta particularidades locales, y la búsqueda de alternativas para la retención de personal calificado.

Frente a esta situación, actores no estatales, como el Centro de Reflexión y Diálogo emergen como paliativos. Otros ejemplos, en su mayoría instituciones religiosas, existen a lo largo del país⁵. No obstante, aunque estas iniciativas son vitales, y constituyen sostén ante vacíos existentes, no siempre son sostenibles en el tiempo, ni pueden llegar a todas las comunidades.

Existen en territorios cubanos, contradicciones entre el acceso universal y gratuito y la disponibilidad de recursos materiales y humanos. En un escenario económicamente complejo como el que vive el país, se precisa optimizar los recursos y repensar la configuración de prioridades a nivel territorial. En tiempos de escasez, y con relación a la salud, el *dónde* se pone financiamiento es cuestión de vida o muerte.

No obstante, aunque similitudes se identifican con países de América Latina y el Caribe como las correlaciones entre enfermedades mentales crónicas, condiciones precarias de vida, desempleo e informalidad. A

- 5 Entre estas iniciativas destacan los Proyectos “Corazón solidario” de la ciudad de Santa Clara, bajo el auspicio de la Iglesia Católica, y “Quasicuaba” de filiación interreligiosa en la Ciudad de La Habana. Este último tiene un Centro de Vida asistida en el municipio artemiseño de San Antonio de los Baños en el que atienden a personas sin hogar, que en su mayoría presentan padecimientos de salud mental.

diferencia de otros contextos de la región, el Sistema de salud cubano tiene fortalezas como una menor fragmentación. La atención en Cuba, no depende de seguros privados, ni de capacidad de pago. La centralización de la mayor parte de los servicios en manos del Estado, permite reorganizar estructuras, distribuir recursos y ejecutar estrategias de manera relativamente rápida.

Dicha fortaleza ha permitido la implementación de un modelo de atención con enfoque comunitario en el país que ha constituido ejemplo para otros países latinoamericanos. Sin embargo, el sostenimiento del modelo, demanda el despliegue de recursos a nivel territorial y un elevado trabajo intersectorial.

En Cuba si bien este trabajo presenta fortalezas derivadas de la labor mancomunada y consolidada de sectores como salud, educación y asistencia social, debilidades se constatan vinculadas a la crisis económica que obstaculiza la operatividad de los programas. También, asociadas a la falta de coordinación sostenida entre instituciones estatales y no estatales. Como resultado, familias terminan asumiendo cargas desproporcionadas por fallas en la gestión institucional.

III. Algunas palabras finales: Lo social como mediación de la salud mental

Como se ha apuntado con anterioridad, en América Latina y el Caribe, el subfinanciamiento de la salud mental y la fragmentación de servicios reproduce desigualdades. Problemáticas como pobreza, empleo, vivienda, racismo y discriminación asociados a salud mental persisten en la región. Actúan como mediadores sociales sobre esta arista de la salud, agravando vulnerabilidades.

En el contexto regional, Cuba destaca por la estatalización de los recursos destinados a la atención y su enfoque comunitario, fortalezas que pueden mitigar exclusiones. Sin embargo, en el contexto cubano, las actuales

intervenciones, centradas en el nivel individual-familiar, son insuficientes para abordar determinantes estructurales. Se precisa un enfoque que trascienda este nivel, que articule intervenciones económicas, laborales y urbanas con el sistema de salud. Es urgente, además, fortalecer el trabajo intersectorial, e incorporar a este con mayor sistematicidad e intencionalidad a actores no estatales, cuyas acciones complementarias han demostrado ser vitales en contextos de crisis (Gómez, 2024).

Los resultados del estudio presentado, develan retos que enfrenta el sistema de salud cubano para mantener estables en las comunidades a personas con enfermedades mentales crónicas. Revela, además, desigualdades marcadas por características estructurales de las familias, y otras generadas por limitaciones de acciones institucionales.

El modelo cubano de atención comunitaria en salud mental, ofrece lecciones valiosas, pero, su sostenibilidad depende de la reconfiguración de dinámicas. Futuras investigaciones podrían ampliar la escala geográfica y la muestra, e incorporar el análisis de otras variables como género y color de la piel, así como, evaluar el impacto de iniciativas comunitarias en otros contextos locales.

La salud mental constituye un derecho fundamental. Es imprescindible el perfeccionamiento de las políticas existentes en Cuba y en la región. La salud, no debe ser un privilegio sujeto a contingencias económicas o geográficas. Se precisan intervenciones integrales y sostenibles en tanto, estudios como el realizado, reafirman que la salud no es solo un asunto médico, sino un derecho social interdependiente de la justicia económica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón Medrano, Jazmín, Carrera López, Lorena Cecilia, Perozo Marín, Fátima, y Zúñiga Carrasco, Danny (2023). Influencia de la estigmatización en el desempeño ocupacional en personas con esquizofrenia. *Revista Mas Vita*, 5(1), 18-41. <https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/523>
- Almeida-Filho, Naomar (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación del concepto y aplicaciones. *Revista Salud Colectiva*, 2(2), 123-146. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2006.v2n2/123-146/es>
- Chávez Rodríguez, Yenicet. (27 de enero del 2025). Creación de nuevos consultorios beneficia a la población en Cárdenas. Entrevista realizada por Anet Martínez Suárez. Periódico Girón. <https://giron.cu/2025/01/27/cardenas-nuevos-consultorios/>
- De Sousa-Minayo, Maria Cecilia. (2008). Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. *Revista Salud Colectiva*, 4(1), 5-7. https://www.researchgate.net/publication/26544703_Interdisciplinariedad_y_pensamiento_complejo_en_el_area_de_la_salud
- Echevarría, Dayma. y Tejuca, Mayra (2022). Vulnerabilidad en Cuba. Desafíos y aprendizajes en COVID-19 y reforma económica. En: Sarduy Herrera, Yeisa y Espina Prieto, Rodrigo (Ed.) Cultura y desigualdad. Rutas teórico-metodológicas. Instituto Cubano de Investigación Cultural Juan Marinello-CLACSO.UNICEF.
- Gómez Vasallo, Clarisbel (2024). *La dimensión social de la epidemia de COVID-19. Una lectura sociológica*. [Tesis de doctorado. Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana] <https://accesoabierto.uh.cu/s/scriptorium/item/2181502>
- González, Lina María, Peñaloza, Rolando Enrique, Matallana, María Alexandra, Gil, Fabián, Gómez-Restrepo, Carlos y Vega, Angela Patricia (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1).
- Huarcaya-Victoria, Jeff (2021). Factores asociados al funcionamiento global en pacientes con esquizofrenia de un hospital general del Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50 (4), 252-259. http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502021000400252
- Lewontin, Richard y Levins, Richard (1985). El biólogo dialéctico. https://proletarios.org/books/Levis-Lewontin-El_biologo_dialectico.pdf
- Morin, Edgar (1992). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa

Morin, Edgar (1994). *Sociología*. Editorial Tecnos. Madrid

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>

Oficina Nacional de Estadísticas [ONEI]. (2024). Anuario Estadístico de Cuba 2023. <https://www.onei.gob.cu/anuario-estadistico-de-cuba-2023>

Paredes López, Angélica (18 de diciembre de 2024). Cuba destinará el 71% de su Presupuesto de 2025 a educación, salud, asistencia social y cultura. *Presidencia de la República*. <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/cuba-destinara-el-71-de-su-presupuesto-de-2025-a-educacion-salud-asistencial-social-y-cultura/>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo[PNUD]. (2021). Ascenso a la Raíz. La perspectiva local del desarrollo humano en Cuba. <https://www.undp.org/es/cuba/noticias/iv-informe-nacional-de-desarrollo-humano-cuba-ascenso-la-raiz-la-perspectiva-local-del-dh-en-cuba>

Rendón, Fidel (3 de enero del 2025). El 24 por ciento del Presupuesto de Cuba se destina a

la salud. *Periódico Adelante*. <https://www.adelante.cu/index.php/es/noticias/noticias-de-cuba/30630-el-24-por-ciento-del-presupuesto-de-cuba-se-destina-a-la-salud>

Rula Health (2025). Five key mental health trends from Rula's 2025 State of Mental health Report. Rula Health. <https://www.rula.com/blog/state-of-mental-health-report/>

Tuarez Sosa, Genesis Katherine, Mero Véliz, Genesis Yelene, Saldarriaga Alcívar, María Fernanda y Castro Jalca, Jazmín Elena (2022). Epidemiología de los problemas mentales: Factores de riesgo y causas en habitantes de Latinoamérica. *Revista Higía de la Salud*, 7 (2). https://www.researchgate.net/publication/367136584_Epidemiologia_de_los_problemas_mentales_Factores_de_Riesgo_y_Causas_en_Habitantes_de_Latinoamerica

World Health Organization [WHO](25 de marzo del 2025). New WHO guidance calls for urgent transformation of mental health policies. <https://www.who.int/news/item/25-03-2025-new-who-guidance-calls-for-urgent-transformation-of-mental-health-policies>





Análisis de la discapacidad desde el ámbito de la salud en Cuba

Danay Díaz Pérez*

Introducción

El tratamiento a la discapacidad ha transitado por diferentes etapas y modelos de pensamiento. Estos presupuestos han servido de base para fundamentar prácticas sociales, que pueden ser más discriminatorias o, por el contrario, más inclusivas. Los modelos más reconocidos han sido el de la *prescindencia* o *eugenésico*, el *médico rehabilitador* o *biológico* y, por último, el *modelo social*.

La literatura científica sobre discapacidad reconoce otros modelos como: modelo demonológico, modelo organicista, modelo psicologicista, modelo socio-ambiental, modelo de las minorías colonizadas o político-activista, modelo universal de discapacidad, modelo biopsicosocial. (Aguado, 1995 y Padilla, 2010)

Desde el modelo de la prescindencia, la discapacidad se entiende como un castigo divino o posesión diabólica, según la perspectiva de algunas religiones. Según Palacios (2008):

* Doctora en Ciencias Sociológicas. Profesora Titular de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba), Universidad de La Habana. Invitadas, no forman parte del Grupo de Trabajo.

Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea situándolas en el espacio destinado para los *anormales* y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia. (p. 26)

Al ser considerados una carga que no tienen nada que aportar, la discapacidad conduce a estados de mendicidad, marginalidad y pobreza. Desde la Medicina y la Psicología ha sido entendida como desviación social, un estado fuera de lo *normal* que debe superarse.

Por otra parte, el modelo médico o rehabilitador considera a la discapacidad como un estado estructural o de funcionamiento de algún órgano o facultad física, mental o sensorial, que limita el desenvolvimiento de la persona que presenta alguna de estas deficiencias. Tiene una concepción negativa de la discapacidad al considerarla como un problema que debe superarse por medio de tratamientos médicos. Centra su atención en la salud biológica del individuo; los servicios sanitarios; la rehabilitación y promueve la institucionalización de las personas con discapacidad para *normalizarlas* (Álvarez, 2013; Palacios, 2008).

Desde el modelo social, se considera la discapacidad como una construcción social, resultado de la interacción de las personas con discapacidad y su entorno. La atención no se centra en la persona con discapacidad, sino en el medio donde vive cuando no le brinda las condiciones para ser autónoma, desarrollar habilidades y destrezas. Lo más importante para este modelo no es la pérdida o limitación de condiciones físicas o funcionales, sino la pérdida o limitación de oportunidades.

En los dos primeros modelos, las Ciencias Médicas y la Psicología han sido las disciplinas que más han contribuido en el estudio de la discapacidad, acentuando las deficiencias físicas y la incapacidad de estas personas. Sus presupuestos han contribuido a legitimar desigualdades y procesos de exclusión social en la vida de estas personas. Sin embargo,

el modelo social ha sido respaldado por concepciones científicas que rescatan la influencia del ambiente en la discapacidad de las personas, ante otras que refuerzan la idea que es un problema del individuo, el cual debe adaptarse al entorno.

El artículo que se presenta propone un acercamiento al análisis de la discapacidad desde el ámbito de la salud en Cuba -donde ha predominado el modelo médico-rehabilitador-, y esboza algunas de sus políticas y desigualdades sociales en este grupo poblacional.

Discapacidad y salud en Cuba: aproximaciones a políticas y desigualdades

Cuba no cuenta con un sistema estadístico único sobre discapacidad. La información pública sobre este grupo social se basa en datos dispersos, sin sistematicidad, segmentados, sectorializados, desactualizados y bajo diferentes concepciones acerca de la discapacidad. No fue hasta el Censo de Población y Viviendas del 2012 que se incluyó información sobre la población con discapacidad en Cuba. Según sus resultados, la población con algún tipo de discapacidad (física, sensorial o intelectual) en Cuba era de 556 317 personas, lo que representa aproximadamente el 5% de la población cubana.

Los tipos de discapacidad que prevalecían en aquel período era la débil visual (alcanzando niveles de más del 45%) y la limitación físico-motora (25%); mientras que las de menor prevalencia fueron ciego y sordo, con valores inferiores al 10% (ONEI, 2014). Sin embargo, datos más recientes del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) reportan que poco más del 4% de la población cubana tienen algún tipo de discapacidad, donde la que más prevalece es la discapacidad intelectual con una población de más de 135 mil personas.

En Cuba, los servicios de salud son totalmente gratuitos, tienen una cobertura universal y también benefician a las personas con discapacidad

de todas las edades, sexo y territorio. El Sistema Nacional de Salud contiene estrategias y programas que tienen como objetivo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación oportuna para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias. Entre estos programas se encuentran el de Rehabilitación Integral, Atención a las personas con discapacidad visual, Atención a las personas con discapacidad auditiva, personas sordo ciegas e implantes cocleares, Ayudas técnicas para las personas con discapacidad temporal y permanente, Programa Nacional de Genética Médica y la Estrategia para la atención a la enfermedad de Alzheimer y los Síndromes Demenciales. Con respecto a la red de servicios de rehabilitación se disponen 421 servicios integrales en la atención primaria de salud. También existe una red de Ortopedia Técnica y Calzado Especializado con 37 laboratorios y se asegura la venta de ayudas técnicas en 62 unidades de farmacia en todo el país (Rodríguez, 2019).

Existen, además, 30 Centros Médicos-Psicopedagógicos en todo el país para la atención a personas con discapacidad intelectual profunda y severa. Estas instituciones proporcionan atención preventiva, de promoción, asistencia, habilitación y rehabilitación, a través de acciones médicas, psicológicas, psicopedagógicas y sociales (MINSAP, 2022). Sin embargo, en los anuarios estadísticos de salud no aparece desagregada la atención a las personas con discapacidad, ni información referida a los usuarios de estos programas teniendo en cuenta variables como sexo, edad, color de la piel, territorio, entre otras.

La nueva Ley de Salud, aprobada en diciembre de 2023 por la Asamblea Nacional del Poder Popular, hace referencia a la autonomía y la participación de las personas en situación de discapacidad para emitir su consentimiento informado. Asimismo, dedica una de sus secciones para referirse a la atención a este grupo social, no solo desde un modelo médico-rehabilitador, sino desde un modelo social que promueve su autonomía, participación e inclusión social (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2023).

Aun cuando se perciben avances con relación al abordaje de la discapacidad desde las políticas de salud, existen desafíos pendientes. Uno de ellos es superar el modelo biomédico y asistencialista que considera como enfermas a las personas con discapacidad y obvia los factores sociales que inciden en esta condición. También se refiere que el proceso de peritaje es poco flexible, pues se catalogan personas con discapacidad como no aptos para el trabajo, los cuales pueden desempeñarse en oficios¹ (Díaz e Hidalgo, 2019).

Otro de los retos en la atención a las personas con discapacidad son las limitaciones económicas del país y el bloqueo económico y financiero de Estados Unidos. Esta política obstaculiza la adquisición de ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastones, prótesis), equipamientos y tecnologías de salud para el tratamiento y la asistencia a este colectivo.

Sin embargo, la discapacidad no solo requiere un abordaje desde la atención médica, pues existen condicionantes sociales que repercuten en esta situación y se deben considerar en las políticas de salud. En las tareas de cuidado, educación y rehabilitación a las personas con discapacidad se evidencian desigualdades de género; donde se aprecia una sobrecarga de roles en las madres, muchas de ellas abandonadas por sus parejas. Además, deben abandonar sus vínculos laborales para dedicarse a las tareas de cuidado, quedando vulnerables a otras problemáticas sociales y familiares (López, Revuelta y Montero, 2013; Díaz, Hidalgo y Deroy, 2016; Díaz et al, 2018; Díaz et al, 2021a; Díaz, 2021b).

Según resultados de la Encuesta Nacional de Igualdad de Género, al interior del trabajo no remunerado, se evidencia una amplia brecha entre mujeres y hombres en actividades de cuidado de personas. Las mujeres

¹ Estas personas experimentan mayores desigualdades en el ámbito laboral, no solo por el acceso al empleo, sino porque una vez que están empleados se enfrentan a múltiples barreras que van desde la no adecuación de los puestos de trabajo hasta los prejuicios y estereotipos que se construyen sobre la discapacidad. Las personas con discapacidad intelectual y las mujeres con discapacidad son las que mayores desventajas experimentan en el acceso al empleo.

en edades comprendidas entre 15 y 74 años dedican 5 horas semanales más que los hombres al cuidado de niños y niñas, adultos y adultas mayores, enfermos o personas con algún tipo de discapacidad y otros miembros del hogar (ENIG, 2016).

Otro estudio considera que la discapacidad por accidentes caseros en el barrio San Isidro de La Habana Vieja, afecta a una mayor cantidad de hogares dirigidos por mujeres, a las jefas y a las mujeres. Esta situación obedece a la mayor precariedad de las viviendas en que viven las mujeres (mala calidad constructiva de las viviendas, de sus escaleras, del desprendimiento de falsos techos o alguna parte de ellos) y su presencia más frecuente debido a sus roles de cuidadoras (Fleitas, 2013).

Conclusiones

El abordaje de la discapacidad en Cuba desde las políticas de salud requiere enfoques más integrales y holísticos. Si bien el país ha logrado implementar programas de rehabilitación y atención gratuita, aún predominan enfoques biomédicos que invisibilizan las barreras sociales. La falta de datos desagregados sobre esta población en los anuarios de salud no permite realizar análisis más profundos sobre las personas usuarias de estos programas y servicios, ni las desigualdades que experimentan en el acceso a ellos. Se recomienda abordar la discapacidad desde una perspectiva transdisciplinar que permita el diseño y la aplicación de políticas sociales más efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado Díaz, Antonio León (1995). *Historia de las Deficiencias*. Fundación Once, Madrid, España

Álvarez Ramírez, Gloria. (2013). *Discapacidad y sistemas alternativos de resolución de conflictos*. Grupo Editorial Cinca, S. A. Madrid, España.

Asamblea Nacional del Poder Popular. (2023). Anteproyecto de Ley de Salud Pública.

Díaz Pérez, Danay, Hidalgo López-Chávez, Vilma, Deroy Domínguez, Dania (2016). Construyendo espacios de inclusión para personas con discapacidad intelectual en Cuba. En: *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4 (4, Número Extraordinario) RPNS 2346 ISSN 2308-0132.

Díaz Pérez, Danay, Hidalgo López-Chávez, Vilma, Muñoz Campos, Marta Rosa y Jiménez Guethón, Reynaldo (2018). Rehabilitación Basada en la Comunidad: una apuesta por la inclusión social de personas con discapacidad. En: Zabala, María del Carmen, Fundora Nevot, Geydis y Rojas Piedrahita, Mirlena (Ed.) *Desarrollo Local y Equidad en Cuba. Tomo II* (46- 62). Editorial de Ciencias Sociales, La Habana. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/flacso-cu/20200625044524/pdf_1737.pdf

Díaz Pérez, Danay y Hidalgo López Chávez, Vilma (2019). Hacia la inclusión laboral de las personas con discapacidad en Cuba: un camino de oportunidades y desafíos. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*(11).Dossier: La Discapacidad desde las Ciencias Sociales. (71-84).

Díaz Pérez, Danay, Echeverría León, Dayma y Romero Almodóvar, Magela (2021a). Cuidando a personas con discapacidad intelectual ¿Solo responsabilidad de mujeres? En: *Revista Estudios del Desarrollo Social:*

Cuba y América Latina, 9 (3) RPNS 2346 ISSN 2308-0132. <https://cuba.vlex.com/vid/cuidando-personas-discapacidad-intelectual-876330104>

Díaz Pérez, Danay (2021b). Doblemente violentadas, discriminadas o desfavorecidas: propuestas para atender mujeres en situación de vulnerabilidad por condición de género y discapacidad. En: Fundora Nevot, Geydis y Alvarez Cruz, Jagger Rafael (Ed.) *Mapeando espacios para atender situaciones de violencia, discriminación y desigualdad*. (156- 162) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba). ISBN 978-959-7226-90-1 <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/10/Mapeando-espacios.pdf>

Fleitas Ruiz, Reina (2013). *Familias pobres y desigualdades de género en salud: el caso del barrio de San Isidro*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2013. E-Book (CLACSO-CROP)

López Díaz, K.; Revuelta Rodríguez, B.; Vega Montero, A. (2013) Los adolescentes de la Habana Vieja. Su estado actual. En: Memorias Congreso Internacional de Investigadores sobre Juventud. ISBN: 978-959-210-896-7.

Ministerio de Salud Pública. (2022). Anuario Estadístico de Salud, 2021. La Habana, Cuba.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información. (2014) Informe Nacional del Censo

de Población y Viviendas 2012. La Habana, Cuba.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información y Centro de Estudios de la Mujer (2016). Encuesta nacional sobre igualdad de género ENIG-2016. Informe de resultados.

Padilla-Muñoz, Andrea (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos, 16 International Law, *Revista Colombiana de Derecho Internacional* (381-414)

Palacios, Agustina (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cerami-Ediciones Cinca, Madrid.

Rodríguez Masó, Susana (2019). Programa Nacional de Rehabilitación en Cuba. En: Boletín Trimestral Latinoamérica. <https://www.iapb.org/news/programa-nacional-de-rehabilitacion-en-cuba/>





Propuesta teórico-metodológica interseccional de las desigualdades en salud¹

Matías Salvador Ballesteros*

Betina Freidin**

En este trabajo sintetizamos la perspectiva teórica, la estrategia metodológica y los principales resultados de estudios cuantitativos de nuestro equipo de investigación sobre la interseccionalidad en las desigualdades sociales en salud en Argentina. Las investigaciones abordaron indicadores de autopercepción del estado de salud, las prácticas alimentarias y distintas modalidades de actividad física. No incluimos trabajos cuantitativos sobre acceso a servicios de salud ni cualitativos del equipo con este enfoque por limitaciones de espacio.

* Doctor em Ciencias Sociales, Investigador adjunto en CONICET- IIGG.

** Master em Investigación en ciencias Sociales. Investigadora CONICET- IIGG, profesora Carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.

¹ El trabajo fue elaborado en el marco de los proyectos PIP CONICET Código 11220220100111 y UBACyT Código 20020220100032 y en el contexto del proyecto INCASI2, que ha recibido financiación del programa de investigación e innovación Horizonte Europa de la Unión Europea en virtud del acuerdo de subvención Marie Skłodowska-Curie n° 101130456 (<https://incasi.uab.es>)

Perspectiva teórica sobre la interseccionalidad en las desigualdades en salud y modelos de análisis estadístico

Recuperamos la perspectiva de la epidemiología crítica y la salud colectiva latinoamericana sobre los determinantes sociales de la salud que generan vulnerabilidad diferencial frente a la enfermedad y la muerte, y limitan las posibilidades de cuidado en contextos de creciente privatización de los recursos de salud. La determinación opera de manera compleja y en distintos niveles. Los modos de vida de la población, que incluyen las condiciones laborales y del entorno-ambiente, las formas de consumo, y los aspectos culturales y comunitarios, están fuertemente determinados por las relaciones de clase, género y étnicas, y varían a lo largo del ciclo de vida (Breilh, 2009; Menéndez, 2009, entre otros).

A su vez, incorporamos a autores de la sociología médica anglosajona sobre desigualdades sociales en salud que ponen el foco en los determinantes sociales considerando el acceso diferencial a recursos sociales y mecanismos protectores de la salud, y en los recursos psicosociales de percepción de eficacia personal y agencia para controlar los sucesos de la propia vida (Phelan et al. 2010; Scambler, 2019, entre otros). Articulamos estos enfoques con la propuesta de distintos autores que destacan la importancia de considerar la interseccionalidad en las desigualdades sociales en salud, entendiendo que éstas son interdependientes y enfatizando cómo la combinación de distintas posiciones sociales generadas por estructuras macrosociales se corresponden con experiencias diferenciales en el nivel microsocial, al reforzar los distintos ejes de privilegio u opresión (Bowleg, 2012; Abichahine y Veenstra, 2017, entre otros). En los distintos trabajos articulamos este enfoque general sobre desigualdades en salud con conceptualizaciones más específicas vinculadas con la autopercepción de salud, el acceso a los servicios de salud, la alimentación y la actividad física.

En los trabajos empíricos realizamos un análisis estadístico de datos secundarios, principalmente de encuestas. Este método tiene la gran ventaja de poder hacer, con relativamente pocos recursos, análisis cuantitativos sobre temáticas relacionadas con las desigualdades en salud a partir de información generada con muestras probabilísticas de cobertura nacional relevadas por organismos públicos y centros académicos. Además del costo, siendo organismos técnicos para la producción de información estadística, otra ventaja es la confiabilidad de la información producida. A partir del acceso a las bases de datos, seleccionamos algunos de los indicadores disponibles y construimos nuevos en congruencia con nuestra perspectiva teórica y utilizamos modelos de análisis diferentes a los publicados por los elaboradores de las encuestas. Como principal desventaja, al no participar del diseño del cuestionario, existen limitaciones en las posibilidades de construir indicadores, tanto en las variables dependientes de los temas sustantivos trabajados como de las variables independientes incluidas en los modelos. Por ejemplo, si bien la clase social tiene un rol central en nuestra perspectiva teórica, en la mayoría de las encuestas utilizadas no podemos reconstruirla porque no se pregunta con suficiente detalle sobre la ocupación de las personas encuestadas, que es el principal indicador utilizado por diferentes enfoques teóricos para la construcción de un esquema de clases. En su lugar debemos utilizar otros indicadores proxy de la posición socioeconómica como nivel educativo y los ingresos del hogar.

Con relación al análisis de los datos utilizamos distintas técnicas multivariadas (principalmente regresiones lineales múltiples y lógicas binarias), comenzando con modelos de efectos principales. Estos modelos permiten examinar el efecto neto de cada variable independiente sobre la dependiente, una vez controlado el efecto de las otras, pero no estiman si el efecto generado por cada variable independiente varía en las distintas categorías de las restantes variables (si existen efectos multiplicativos). Es decir, considera a las desigualdades únicamente de forma aditiva. Por ejemplo, no nos permiten analizar si las diferencias de género en la realización de deporte se mantienen constantes o aumentan según

la clase social o el grupo etario del entrevistado. Las ventajas/ desventajas de las distintas posiciones sociales las modela por separado una vez controlado el efecto neto de las otras, pero no permite analizar si existen efectos multiplicativos o entrelazados entre las variables. Por ello, para ser consecuente con la perspectiva teórica, siempre que es posible también se utilizan modelos multivariados que puedan dar cuenta de la interseccionalidad de los determinantes sociales. En unos primeros trabajos realizamos regresiones logísticas binarias diferenciales para hombres y mujeres, utilizando el Promedio de los Efectos Marginales (Krause y Ballesteros, 2018), y en posteriores trabajos incluimos la interacción de distintas variables al interior de las regresiones (Ballesteros et al., 2020, 2021; Ballesteros y Krause, 2020, 2022; Freidin et al., 2025). En Ballesteros (2018) resumimos estos modelos de análisis, dando cuenta de cómo pueden elaborarse con distintos programas estadísticos y cómo deben interpretarse los coeficientes.

Principales resultados

Una línea de trabajo ha sido el análisis de las desigualdades en la auto-percepción del estado de salud y en las limitaciones en la vida cotidiana producto de una enfermedad crónica diagnosticada (Krause y Ballesteros, 2018; Ballesteros y Krause, 2020, 2022). Allí mostramos cómo los peores indicadores de salud se encuentran relacionados con la posición de clase social, el nivel educativo, el ingreso per cápita del hogar, la edad, el sexo y la región de residencia, y que las desigualdades de género tienden a ser mayores entre las personas de clase trabajadora, de menores recursos económicos y educativos y más jóvenes.

Con relación a la actividad física, nuestros resultados muestran la importancia de considerar los diferentes dominios de la misma dado que cuando las personas de grupos estructuralmente desfavorecidos (mujeres, de menores ingresos, de menor nivel educativo y pertenecientes a hogares pobres) realizan actividad física lo hacen en mayor medida debido a

actividades vinculadas con responsabilidades de su vida cotidiana (como el trabajo y el desplazamiento) y en menor medida por actividades en el tiempo libre, vinculadas con el ocio y la recreación que se consideran beneficiosas para la salud (Ballesteros y Freidin, 2019). Específicamente con la actividad física deportiva o para cuidar la salud, los resultados muestran que es mayor entre la población de mayores ingresos y niveles educativos, los hombres, los jóvenes y quienes residen en hogares sin niños. A su vez, las desigualdades de género se intensifican en los sectores de menores ingresos, entre la población más joven y para quienes viven en hogares con menores y mayores cargas de cuidado (Ballesteros et al., 2020; Ballesteros et al 2021).

En cuanto a la alimentación, los resultados muestran que el consumo de frutas y verduras está muy por debajo de lo recomendado para toda la población de Argentina, y que es menor entre los hogares de menores ingresos, con menor clima educativo, sin adultos mayores, con menores de 14 años, con jefatura masculina y del nordeste argentino (Ballesteros et al., 2022). Por su parte, el consumo de bebidas artificiales azucaradas, que se asocian con riesgos para la salud, es mayor en la población de menor nivel educativo e ingresos, que no cuenta con cañería de agua en su vivienda, entre los varones, los más jóvenes, y entre quienes viven en hogares con menores. A su vez, el efecto del género disminuye en la población adulta mayor y el del grupo etario entre las mujeres (Freidin et al., 2025).

Consideraciones finales

En este trabajo sintetizamos la perspectiva teórica y la estrategia metodológica desarrollada por nuestro equipo de investigación en estudios cuantitativos basados en datos secundarios sobre desigualdades en salud. Entendemos que el resumen da cuenta de la coherencia en el diseño, y muestra algunas de las potencialidades de articular las perspectivas teóricas resumidas (salud colectiva, sociología médica anglosajona

e interseccionalidad de las desigualdades sociales) con los modelos estadísticos utilizados. Los estudios empíricos muestran que las desigualdades en salud son interseccionales. Las diferencias de género tienden a ser mayores entre las personas de menores recursos (clase trabajadora, con nivel educativo hasta primario incompleto y que vive en hogares de bajos ingresos) y entre la población joven. En términos de las técnicas estadísticas, se destaca la ventaja de considerar modelos que incorporen los efectos multiplicativos entre las variables y no únicamente las desigualdades de forma aditiva.

A su vez, destacamos la importancia de utilizar datos secundarios basados en muestras probabilísticas nacionales, que permiten realizar aportes sustantivos para comprender las desigualdades en salud a partir de diferentes modelos de análisis, perspectivas teóricas y/o construcción de indicadores a los utilizados por los realizadores de las fuentes primarias. Los indicadores disponibles, o que se pueden construir, no siempre son consistentes con el marco teórico, lo que en algunas ocasiones puede representar una limitación importante y en algunos casos llevar a descartar fuentes a utilizar. Cuando las divergencias entre la perspectiva teórica y la fuente no son determinantes, la utilización de datos secundarios para el análisis de desigualdades en salud es de gran utilidad. En nuestro caso, el método nos ha permitido analizar una diversidad de temáticas con estimaciones probabilísticas para la población residente en Argentina. Esta es otra ventaja en el uso de fuentes secundarias estadísticas. Estudios cuantitativos basados en muestras nacionales son muy difíciles de financiar con los escasos recursos que otorgan los organismos públicos para la investigación académica, que es una situación compartida con muchos equipos de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abichahine, Hayfa & Veenstra, Gerry (2017). Inter-categorical intersectionality and leisure-based physical activity in Canada. *Health promotion international*, 32(4), 691-701.
- Ballesteros, Matías Salvador, Freidin, Betina y Wilner, Agustín (2021). Determinantes sociales asociados a la actividad física recreativa y el cuidado de la salud. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 26(276), 2-19.
- Ballesteros, Matías Salvador, Freidin, Betina, Wilner, Agustín y Fernández Rendina, Lucas (2020). Interseccionalidad en las desigualdades sociales para la realización de actividad física en Argentina. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1).
- Ballesteros, Matías Salvador y Freidin, Betina (2019). Desigualdades sociales en la realización de distintas modalidades de actividad física en Argentina. *Revista Educación Física y Ciencia*, 21 (1).
- Ballesteros, Matías Salvador & Krause, Mercedes (2020). Adding interactions in order to model intersectionality: an empirical study on self-perceived health status in Argentina. En T. Muller (ed.) *Intersectionality: Concepts, Perspectives and Challenge*. Nueva York: Nova Publishers
- Ballesteros, Matías Salvador y Krause, Mercedes (2022). Interseccionalidad en el estado de salud autopercibido de la población argentina (2005-2018). *Revista Latinoamericana de Población*. 16(30), 155-183.
- Ballesteros, Matías Salvador, Zapata, María Elisa, Freidin, Betina, Tamburini, Camila, y Roviroso, Alicia (2022). Desigualdades sociales en el consumo de verduras y frutas según características de los hogares argentinos. *Salud Colectiva*, 18, e3835.
- Bowleg, Lisa (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American journal of public health*, 102(7), 1267-1273.
- Breihl, Jaime (2009). *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Freidin, Betina, Ballesteros, Matías Salvador, Roques, Josefina, y Otiveros Fuertes, Mora (2025). Consumo de bebidas artificiales con y sin azúcar en Argentina: un análisis de patrones y desigualdades sociales en la población urbana adulta. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 35(65), 2.
- Krause, Mercedes y Ballesteros, Matías Salvador (2018). Interseccionalidad en desigualdades en salud en Argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional. *Hacia la promoción de la Salud*, 23(2): 13-3.
- Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque*

relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar editorial.

Phelan, J. C., Link, B.G. y Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities; Theory, Evidence, and Policy Implications. *Jornal of Health and social Behavior*, 51: 28-40.

Scambler, Graham (2019). Dimensions of vulnerability salient for health: a sociological approach. *Society, Health & Vulnerability*, 10(1) 1557467. DOI:10.1080/20021518.2018.1557467





Boletín del Grupo de Trabajo
Desigualdades sociales comparadas: clase social, género y etnia

Número 6 · Agosto 2025