

# ANÁLISIS de SITUACIÓN DE SALUD UNA NUEVA MIRADA

Silvia Martínez Calvo



SALUD PÚBLICA • HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA



**ANÁLISIS**  
**de SITUACIÓN DE SALUD**  
**UNA NUEVA MIRADA**

# **ANÁLISIS de SITUACIÓN DE SALUD UNA NUEVA MIRADA**

**Silvia Martínez Calvo**



**SALUD PÚBLICA • HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA**

La Habana • 2020

## Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Análisis de situación de salud. Una nueva mirada / Silvia Martínez

Calvo... [et al]: 3ª ed. --- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2020. 255 p.: il., tab. — (Salud Pública. Serie Higiene y Epidemiología)

-

-

Diagnóstico de la Situación de Salud, Salud Pública/métodos

WA 525

Primera Edición, 2004

Segunda Edición, Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, 2006

Edición: Lic. Dania Silva Hernández

Diseño de cubierta, ilustraciones: Téc. Yamilé Hernández Rodríguez

Composición: Téc. Amarelis González La O

© Silvia Martínez Calvo, 2020

© Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2020

ISBN 978-959-313-861-1 (Libro)

ISBN 978-959-313-862-8 (PDF)

ISBN 978-959-313-863-5 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Calle

23 # 654 e/D y E, El Vedado, Plaza de la Revolución La

Habana, CP: 10400, Cuba.

Correo electrónico: [ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)

Teléfono: (+53) 7 836 1893

Sitio web: [www.ecimed.sld.cu](http://www.ecimed.sld.cu)



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

## **AUTORA PRINCIPAL**

---

### **Silvia Martínez Calvo**

Doctor en Ciencias. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Investigador de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública.

## **AUTORES**

---

### **Vivian de las Mercedes Noriega Bravo**

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Consultante. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

### **Adolfo Álvarez Pérez**

Máster en Salud Pública. Licenciado en Educación. Especialista en Salud Internacional por la Organización Panamericana de la Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

### **Luisa Íñiguez Rojas**

Doctor en Ciencias Geográficas. Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Universidad de La Habana.

### **María del Carmen Pría Barros**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesora Titular. Investigador Agregado. Escuela Nacional de Salud Pública.

**María Iluminada Orozco González**

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

**Ariadna Corral Martín**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Bioestadística. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

**Mayra García Carmenate**

Máster en Investigación en Ateroesclerosis. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Escuela Nacional de Salud Pública.

**Dianellys Pérez Jiménez**

Máster en Salud Ambiental. Licenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Policlínico Docente Universitario “19 de Abril”.

**Giselda Sanabria Ramos**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Máster en Técnicas Educativas. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Titular. Profesor Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.

**Marisa Ingran Calderón**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Ciencias de la Educación. Licenciada en Biología. Profesor Auxiliar Investigador. Dirección Provincial de Salud de Las Tunas.

**Isabel Pilar Luis González**

Máster en Bioética Licenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Instituto Finlay.

**Leonardo Cuesta Mejías**

Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Escuela Nacional de Salud Pública.

**Nidia Edenia Márquez Morales**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

**Lizette Pérez Perea**

Máster en Educación Médica. Máster en Salud Internacional. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Cuba.

**Irene Perdomo Victoria**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Titular. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

**Carmen Arocha Meriño**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Titular. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

**Hilda Santos Padrón**

Doctor en Ciencias de la Salud. Doctor en Políticas Públicas. Máster en Salud Pública. Máster en Administración y Políticas Públicas. Máster en Psicotécnica Pedagógica. Licenciada en Médico Cirujano. Profesor Invitado por la Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Benito Pérez Maza**

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista en Administración de Salud. Profesor Titular. Profesor de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública.

## COLABORADORES

---

### **Roberto Álvarez Sintes**

Máster en Longevidad y Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.

### **Georgia Díaz-Perera Fernández**

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Epidemiología. Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Titular. Investigador Titular. Centro de Ateroesclerosis de La Habana.

### **Ana Margarita Muñiz Roque**

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública.

### **Adrián Palu Orozco**

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Santiago de Cuba.

### **Nivaldo Linares Pérez**

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Máster en Ciencias de la Salud. Especialista en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador Titular. Instituto Finlay.

### **Niurka Taureaux Díaz**

Doctor en Ciencias en Educación Médica. Máster en Educación Médica. Máster en Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesora Titular. Investigador Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

## **DEDICATORIA**

---

A los precursores cubanos que con sus aportes propiciaron el actual desarrollo del análisis de situación de salud: Cosme Ordoñez Carceller, Fidel Ilizástigui Dupuy y Roberto Capote Mir.

A los médicos de familia, que en Cuba contribuyen a solucionar los problemas de salud de la población desde sus consultorios.

## **AGRADECIMIENTOS**

---

A:

Los autores de los diferentes capítulos de este libro, que transcribieron sus valiosos conocimientos y sobre todo, dedicaron parte de su tiempo para cumplir con esa compleja tarea.

Todos los profesionales y técnicos que laboran en el primer nivel de atención de salud, y que anónimamente aportaron valiosa información.

Los estudiantes de las residencias y maestrías en la Escuela Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, fuente inagotable de aprendizaje y construcción colectiva de nuevas pautas para perfeccionar el análisis de situación de salud en Cuba.

Mis colegas epidemiólogos, bioestadísticos y profesionales de las ciencias sociales, que durante todos estos años han colaborado en el desarrollo del análisis de situación de salud en Cuba.

José Vicente Aguirre, Amado Reyes, Oliva López, Georgia Díaz-Perera, Vivian Noriega Bravo, Félix José Sansó Soberats e Ileana Molina, profesionales expertos que contribuyeron con sus respuestas a elevar el nivel de actualización del contenido.

La Directora Nacional de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública (Minsap) por su aval imprescindible para la confección del libro.

La Representación OPS/OMS en Cuba, un especial agradecimiento por la asesoría técnica y su invaluable apoyo para la edición y publicación del libro.

La editora del libro por su rigurosidad metodológica y sus atinados consejos, en afán de lograr una publicación de elevada calidad científica.

## PRÓLOGO

---

*Cada libro nuevo es piedra nueva en el altar de nuestra raza.  
Poner la ciencia en lengua diaria: he ahí un gran bien que pocos hacen.<sup>1</sup>*

José Martí

El gran epidemiólogo Alexander Langmuir, pionero de la epidemiología de campo y adalid del *aprender-haciendo* aludiendo al fenómeno por el cual el envejecimiento de ciertos cuadros deja ver bajo la capa externa de pintura finos trazos de dibujos previos sobre el lienzo, revelando así un cambio de parecer del artista en el acto creativo- definió el territorio de la epidemiología como *pentimento*:<sup>2</sup> *una forma de ver y volver a ver nuevamente*, en la acepción acuñada por la dramaturga Lillian Hellman en sus memorias.<sup>3</sup> Si *pentimento* es una forma de ver y volver a ver nuevamente, es inevitable para este prologista parafrasear a Langmuir, pues el oportuno libro que la distinguida profesora cubana Silvia Martínez Calvo nos presenta es una formidable lección sobre el territorio del análisis de situación de salud (ASIS), que no es otro que, efectivamente, *pentimento*.

En un espiral virtuoso, el libro de Silvia Martínez nos invita a una excursión por los fundamentos conceptuales, metodológicos e instrumentales del ASIS; esta travesía por el territorio del ASIS tiene como guía, propositivamente crítica, al *pentimento*: ver y volver a ver nuevamente la teoría y la práctica del ASIS, su objeto y sujeto, sus modelos y herramientas,

---

<sup>1</sup> José Martí. *Obras Completas* - Edición Crítica. Volumen 19: 1882-1884. La Habana: Centro de Estudios Martianos, 2016.

<sup>2</sup> Langmuir AD. The territory of epidemiology: *pentimento*. *J Inf Dis*. 1987;155(3):349-358.

<sup>3</sup> Hellman LF. *Pentimento: a book of portraits*. Boston: Little Brown, 1973.

sus virtudes y carencias, en sus dinámicas histórica, social y poblacional. Y es que el ASIS no solamente es la primera de las funciones esenciales de la salud pública, sino que, por antonomasia es, fundamentalmente, la contribución más relevante de la epidemiología a la salud pública, esa *ética social* –en el decir del ilustre Dr. Héctor Abad Gómez– con la noble misión de asegurar las condiciones por las cuales las personas y los colectivos humanos pueden ser saludables. *Ser saludables* quiere decir –bajo el concepto universal de salud como el derecho de aspirar al goce del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades– acceder a las oportunidades para realizar progresivamente la legítima aspiración de llevar, todos, una vida sana, digna, plena y gratificante. Es deber del ASIS tomarle el pulso a tan noble aspiración. Si pentimento es el territorio de la epidemiología, pentimento es también el territorio del ASIS.<sup>4</sup>

Es especialmente destacable que esta revisión *pentimental* del ASIS provenga –y se nutra– de la experiencia cubana, destilada por el distinguido colectivo nacional de salubristas que da autoría a la obra. No en vano un profundo y detallado conocimiento de la situación de la salud poblacional es el primer paso –la primera función esencial– para avanzar hacia la universalidad y la equidad en salud: los innegables logros sanitarios cubanos de las últimas seis décadas lo confirman. El libro se asienta así en un excepcional basamento empírico que confiere credibilidad a sus juicios, autoridad moral a sus críticas y mérito científico a sus proposiciones: *la práctica es criterio de verdad*. Es doblemente destacable el hecho de que juicios, críticas y proposiciones emanados de este libro suceden a aquellos presentados 16 años antes, en la edición original de la obra (Silvia Martínez Calvo. Análisis de Situación de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004). Aquella primera edición vio la luz cuando –por citar solamente un acontecimiento singular de los últimos tiempos– la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud ni siquiera se había constituido; ello ocurrió recién el 2005, las Recomendaciones de su Informe Final en 2008 y la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud en 2011.

---

<sup>4</sup> La analogía no es enteramente mía; germinó y tomó forma en esa sucesión magnífica de enjundiosas y placenteras tertulias con las que –en ese aprender-haciendo, en esos alabables ‘días de labor e ilustración’ que Silvio Rodríguez musicalmente recita– me regaló su amistad el entrañable Clovis Heitor Tigre (1938-2017), maestro y colega, quien también me presentó a la autora.

De hecho, en el tiempo transcurrido entre ambas ediciones de este libro se ha venido afianzando el más reciente cambio paradigmático de la salud pública contemporánea: la obsolescencia del paradigma conductual o de factores de riesgo (bajo el cual las observaciones sobre el entorno físico, histórico y social son difíciles de encuadrar) está dejando paso a la emergencia y progresiva consolidación del paradigma ecoepidemiológico de causalidad social de la salud. Tal cambio paradigmático constituye una verdadera revolución científica pues, como postuló Thomas Kuhn en 1962,<sup>5</sup> afecta dramáticamente la *racionalidad* con la que se explican las observaciones de la realidad y justifican las proposiciones de cambio que, sobre ella, se hacen, por ejemplo, desde la epidemiología y, concretamente, desde el ASIS. No deben extrañar, por tanto, —ni, mucho menos, se pueden soslayar— las profundas implicaciones y consecuencias que ello tiene para la práctica racional de la salud pública pues, en definitiva, se tiene que revisar todo de nuevo: *ver y volver a ver nuevamente*. Pentimento.

Entre todas las importantes consecuencias del cambio paradigmático sanitario actual destaca una a todas luces: la noción de equidad y justicia social recobra fuerza como principio rector de la acción política en salud. La centralidad de los procesos sociales y las dinámicas de poder de las sociedades y los colectivos humanos se reconoce hoy no solamente por su rol *determinante* de la salud; es la necesidad de actuar sobre ellos —interpretándolos en el contexto amplio del marco histórico en que se replican y perpetúan— lo que se identifica como fundamental para eliminar las inequidades en salud, para alcanzar la universalidad y la equidad en salud,<sup>6</sup> para cristalizar ese colectivo *ser saludables*. A la masiva ‘epidemia’ de evidencia de los últimos años sobre la ubicuidad, profundidad y persistencia de desigualdades en salud, se suma la abierta denuncia de la expansión —hoy incontrolable— de la extrema desigualdad de ingresos, epitomizada en la monumental obra *El Capital en el Siglo XXI* del economista francés Thomas Picketty, quien califica dicha lacra como producto inherente e inevitable del modelo de libre mercado.<sup>7</sup> Más aún, en un estudio seminal de alto rigor científico, se consigue demostrar que la posición social, medida como estado socioeconómico bajo,<sup>8</sup> tiene una fracción etiológica

---

<sup>5</sup> Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

<sup>6</sup> Bouchard L, et al. Research on health inequalities: a bibliometric analysis Soc Sci Med 2015;14:100-108.

<sup>7</sup> Picketty T. Capital in the Twenty-first Century. Cambridge: Harvard University Press, 2014.

<sup>8</sup> un ‘estado socioeconómico bajo’ significa, en el plano individual, pobreza; pero en el plano social implica desigualdad: no es la pobreza per se la que acorta la vida (más que la obesidad o la hipertensión): es la desigualdad social.

o riesgo atribuible poblacional porcentual significativamente mayor que la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad y sobrepeso y el consumo de alcohol en la producción de mortalidad prematura.<sup>9</sup> Tal es la centralidad que ha cobrado el constructo de posición social en el modelo causal de producción de la salud que, muy recientemente, se le ha postulado como la característica principal que define el campo de la salud pública de precisión (*precision public health*):<sup>10</sup> la verdadera precisión de la salud pública recae en su capacidad para identificar y eliminar mecanismos productores de inequidad.

Lo hasta aquí narrado podría ser resumido de la siguiente manera: bajo la capa superficial de pintura en el lienzo del factor de riesgo, la monocausalidad y la primacía de la intervención individual de cambio de comportamiento, el paso de los años (y el peso de la evidencia acumulada en silente subversión) empieza a dejar vislumbrar —*a volver a ver nuevamente*— los trazos originales de Rudolph Virchow “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”: la determinación social de la salud, la multicausalidad multinivel y la primacía de la equidad y justicia sociales como principios rectores de la acción política en salud. Pentimento. En gran parte, la experiencia cubana contemporánea y la propia medicina social latinoamericana, en histórica anticipación y desprovistas del talante presuntuoso y avasallador de quien descubre algo nuevo, han *visto y vuelto a ver nuevamente* este lienzo y puesto manos a la obra.<sup>11</sup> Pentimento.

El apóstol Martí dijo que todo libro nuevo es motivo de alegría, este no es una excepción. Todo lo contrario: debemos bienvenirlo con entusiasmo y satisfacción pues, como se destila de su lectura, reivindica la vigencia, utilidad y responsabilidad del ASIS en el cumplimiento de la misión social de la salud pública. Tal como queda elocuentemente documentado en sus páginas, recuperar el ASIS como función esencial de la salud pública pasa obligadamente por desterrar su histórica miopía al origen social de la salud y la equidad desistiendo de la obsoleta visión ‘rio abajo’ para explicar la producción de la salud poblacional. Ello implica que el ASIS sea capaz de satisfacer una doble demanda impuesta por nuestros tiempos y sus circunstancias históricas particulares: la *demanda axiológica* de incidir sobre la determinación social de la salud (actuando sobre

---

<sup>9</sup> Stringhini S, et al. The Lancet. 2017 (January 31);389(10075):1229-1237.

<sup>10</sup> Olstad DL, McIntyre L. Reconceptualizing precision public health. BMJ Open. 2019;9:e030279.

<sup>11</sup> Waitzkin H. One and a half centuries of forgetting and rediscovering. Social Medicine. 2006;1(1):5-10.

los determinantes sociales de la salud) y la *demanda metodológica* de monitorear las desigualdades sociales en salud, junto con el impacto de las intervenciones poblacionales dirigidas a mitigarlas.

El libro de Silvia Martínez también nos demuestra que, producto de las transformaciones vigentes, en especial de los procesos de descentralización (del poder, la información, la tecnología, el conocimiento), la demanda por –y la práctica de– el ASIS en nuestra región es cada vez más local, como lo es también la gestión del territorio. Más allá de su acepción sociogeográfica, según la cual un territorio es una extensión o área de tierra determinada con jurisdicción administrativa y autoridad política que alberga una comunidad, territorio es un referente empírico que describe y explica el desenvolvimiento espacial de relaciones sociales establecidas por sus habitantes en los ámbitos cultural, social, político y económico que otorgan identidad y autonomía: es allí, en el territorio, donde se origina la salud poblacional y su equidad distributiva; es allí, en el territorio, donde se implementan y cristalizan también las políticas públicas. Volviendo a la analogía de Langmuir sobre el territorio de la epidemiología, ¿cuál es el territorio del ASIS? De la lectura de esta importante obra –me atrevo a señalar– el lector podrá inferir que no estamos en el territorio del ASIS si solo coleccionamos números y porcentajes de indicadores prefijados y obsoletos; ni estamos en el territorio del ASIS si únicamente continuamos caracterizando promedialmente la salud, ni persiguiendo cambios promediales, ni celebrando logros promediales sin prestar debida atención a la distribución de la salud, sus cambios y sus logros y, sobre todo, sin valorar su sentido de justicia. Estamos en el territorio del ASIS si abordamos sistemáticamente la distribución poblacional de las oportunidades para la realización progresiva de una vida saludable, digna y gratificante; estamos en el territorio del ASIS si capturamos las desigualdades sociales en salud e identificamos los mecanismos productores de inequidad; estamos en el territorio del ASIS si conseguimos que nuestros análisis situacionales informen decisiones de política pública; estamos en el territorio del ASIS si evaluamos el impacto de las intervenciones poblacionales y distinguimos lo que funciona de lo que no. Estamos en el territorio del ASIS si *tomamos partido* por la equidad en salud y la justicia social. En definitiva, estamos en el territorio del ASIS si *vemos y volvemos a ver nuevamente* con sentido crítico y propositivo nuestros paradigmas y nuestra práctica cotidiana. Pentimento.

Oscar J Mujica  
Asesor OPS/OMS, Epidemiología Social  
Washington, D.C.  
Febrero 2020

## PRÓLOGO

---

El análisis de situación de salud, comúnmente llamado ASIS, es una de las principales actividades de la epidemiología y la primera función esencial de la salud pública, resultando por lo tanto una responsabilidad central de los equipos locales, municipales y nacionales de salud. Es el punto de partida cuando necesitamos saber el estado de bienestar de una población, las necesidades, problemas y prioridades que deben traducirse en gestión de programas y políticas de salud. A través del ASIS se define un territorio, una realidad social y geográfica donde la vida se desarrolla para un conjunto de personas que perciben y tienen necesidades de atención sanitaria y donde existe una red de servicios de salud.

Con el ASIS se explora y analiza en detalle la salud de la población que se expresa en un conjunto de indicadores. Se extraen datos básicos que se obtienen de la información demográfica y del sistema sanitario, como las estadísticas vitales, la producción de servicios asistenciales y la vigilancia epidemiológica. Este es el modelo tradicional, cuantitativo y clásico de la epidemiología, que finalmente queda resumido en histogramas, tablas, mapas y curvas de tendencias. Resulta una información muy importante, porque evalúa las intervenciones de salud, así como aquellos eventos con potencial epidémico que pueden poner en riesgo la vida y que forman parte de los compromisos globales con el Reglamento Sanitario Internacional.

El ASIS debe considerar a los determinantes sociales, económicos y culturales, y desde esa perspectiva detectar las diferencias en salud entre grupos humanos, las que pueden traducir desigualdades o inequidades, que suelen concentrarse en poblaciones con mayores vulnerabilidades, como ocurre, por ejemplo, con los pueblos indígenas en nuestro continente. La medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica aportan al ASIS modelos conceptuales e instrumentos con énfasis en la determinación social e histórica de las condiciones de vida y de salud de los colectivos humanos.

También es importante incluir en el ASIS la percepción individual y grupal del estado de salud, para lo cual se toman los aportes de la investigación cualitativa, con métodos como las entrevistas en profundidad, la observación participante o los grupos focales. Los análisis, según el espacio-territorio, la cultura y la historia de los pueblos, aportan interpretaciones y significados diferentes sobre las necesidades y respuestas en salud que resultan fundamentales para el éxito de las intervenciones. Como señala De Souza Minayo: “Si hablamos de salud o enfermedad, estas categorías traen una carga histórica, cultural, política e ideológica que no puede ser contenida solo en una fórmula numérica o en un dato estadístico”.

El ASIS ha evolucionado en los últimos 30 años, a partir de una realidad que cambia y configura nuevas condiciones de vida, de riesgos globales y de logros en salud pública. Se instalan temas como el cambio climático; la transición demográfica; la permanencia de enfermedades transmisibles, algunas de ellas olvidadas o desatendidas; la creciente epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo; así como la salud mental aún poco explorada. Considerar también a las migraciones, los viajes internacionales, la salud en las fronteras, la concentración de población urbana y el incremento de la violencia que constituyen factores que en algunos países han disminuido la esperanza de vida y que deben considerarse en el ASIS para definir prioridades y proyectar escenarios.

El ASIS, por tanto, se renueva permanentemente, es dinámico y es el resultado del trabajo de un equipo interdisciplinario, donde los modelos se complementan y se generan discusiones e interpretaciones que le den mayor solidez. Este debate grupal del ASIS puede observarse en la práctica mediante las denominadas *salas de situación de salud*, que empezaron en los años noventa en Brasil y Nicaragua para facilitar la toma de decisiones y que luego se extendieron por nuestros países con la participación de la Organización Panamericana de la Salud.

El libro que tienen en sus manos se convertirá, sin duda, en un referente para los equipos de salud, pues sus páginas recogen los nuevos modelos para el ASIS, con los aportes de las corrientes de pensamiento más actuales en nuestra América Latina.

Dr. José Moya Medina  
Representante OPS/OMS en Cuba  
Enero 2020

## PREFACIO

---

Ofrecer opiniones argumentadas sobre el estado de salud o la situación de salud de cualquier población, es siempre un asunto que provoca anuencias y desavenencias al referirnos a un tema tan abarcador y, sobre todo, tan polémico, como es la salud de las personas. Es ya clásico el dilema conceptual que origina el término salud, tanto en el campo académico como en el imaginario popular, pero sea cual fuese la visión individual o colectiva de ese término, constituye el centro de nuestras vidas, ya que nos propicia la posibilidad de construirla.

¿Cómo "analizar" la situación de salud de las personas? Hace más de una década que tuve el privilegio de conducir un colectivo de autores que elaboraron y publicaron el libro "Análisis de situación de salud" (ASIS), que en aquellos momentos resultó un material útil para el desempeño del médicos de la familia y particularmente valioso para el ámbito docente, según criterios autorizados.

En el lapso transcurrido desde entonces, los profesionales que ejercen como médicos de la familia y también los epidemiólogos, han elevado su desempeño en relación con el ASIS, al desarrollar competencias que le permiten multiplicar su experiencia y entender con nitidez la utilidad de este instrumento para su trabajo en los servicios de salud, aunque aún permanecen insuficiencias que deben eliminarse.

Es manida aunque cierta la expresión de que "son tiempos de cambios", ahora más incuestionable, y no olvidemos que el cambio ha sido siempre un factor permanente no solamente en la sociedad, si no en ese elemento imprescindible para que esa sociedad avance como es la conservación de la salud de las personas. La súbita aparición este año, de la pandemia por una variante de coronavirus, potencializa el aporte relevante del ASIS para entender esa respuesta comunitaria, tal como se declara en el más clásico pensamiento epidemiológico, ahora permeado por la irrupción de

la sofisticación matemática y sus modelos, como avances tecnológicos para facilitar la comprensión de lo que ha ocurrido. Ese pensamiento epidemiológico, está cimentado en la indestructible tríada del tiempo, el lugar y la persona que siempre ha reivindicado el ASIS en estos tiempos de redes sociales, infodemias y figuración mediática.

Si como se reitera en los capítulos del libro, el ASIS representa la primera función esencial de la salud pública (FESP), debe reconocerse su importancia para detectar y ofrecer posible solución a los problemas de salud nacionales e internacionales y, sobre todo, contribuir al cumplimiento cabal de la función del Estado como garante de la salud de la población. En esta pandemia fue notorio que “Los gobiernos con menos lealtad a las ideas neoliberales son aquellos que actúan de manera más efectiva contra la pandemia, independientemente del régimen político” (De Souza, 2020)\*.

Esta respuesta efectiva de esos gobiernos, como es el caso de Cuba, se sustentó en algo bien simple: la pandemia no es solo un asunto que compete al sector de la salud, y esa relación intersectorial, es un tema bien expuesto en uno de los capítulos del libro.

El cumplimiento de las acciones gubernamentales, necesitan del ASIS en tanto instrumento útil, no solamente para la identificación de los problemas de salud de los conjuntos humanos, sino para visibilizar las desigualdades de salud, antes y después de situaciones críticas como la pandemia que ocasionó la COVID-19, que se multiplicó discriminadamente en los espacios de mayor desigualdad social, hecho innegable en la mayoría de los países del mundo.

La lección recibida estimula una nueva visión para realizar el ASIS en la etapa pospandémica, etapa cuya “normalidad” no es tan predecible, pero que sin dudas requerirá de inteligencia y creatividad para minimizar o eliminar las inequidades –esencia de los problemas de salud– que facilitan la aparición de nuevas crisis sanitarias por pandemias o por otros daños a la población y que no deben sorprendernos por falta de preparación, improvisación o carencia de capacidad institucional.

---

\* De Sousa Santos, B. La cruel pedagogía del virus. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2020. Libro digital, PDF - (Masa Crítica / Batthyany, Karina)

En razón de todo lo expuesto, consideré impostergable la confección de este libro sobre el ASIS desde una mirada contemporánea, con algunos contenidos nuevos y otros totalmente actualizados, como aporte a las estrategias de renovación de la atención primaria de salud y de revitalización del modelo de medicina familiar que se implementan por el Sistema Nacional de Salud en Cuba, y como apoyo a los esfuerzos de avanzada que realizan los profesionales de salud pública en los países de nuestro continente.

Dr. Cs. *Silvia Martínez Calvo*  
Profesora Consultante  
Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba  
Enero 2020

## **CONTENIDO**

---

### **CAPÍTULO 1. Análisis de situación de salud en la salud pública: identidad, vigencia y renovación/ 1**

Introducción/ 1

Análisis de situación de salud, la salud pública y la epidemiología/ 1

Análisis de situación de salud como función esencial de la salud pública/ 3

Vigencia del análisis de situación de salud/ 4

Renovación de la atención primaria de salud/ 6

Renovación del análisis de situación de salud/ 8

Consideraciones finales/ 10

Referencias bibliográficas/ 11

### **CAPÍTULO 2. La práctica del análisis de situación de salud/ 14**

Introducción/ 14

Situación de salud y el análisis de situación de salud/ 15

Modelos del análisis de situación de salud/ 16

Procedimientos metodológicos del análisis de situación de salud/ 17

Espacios y niveles de ejecución del análisis de situación de salud/ 21

Enfoque de los determinantes sociales en el análisis de situación de salud/ 23

Participación de la población en el análisis de situación de salud/ 24

Intersectorialidad en el análisis de situación de salud/ 27

Utilización del análisis de situación de salud en la gestión de salud/ 29

Consideraciones finales/ 32

Referencias bibliográficas/ 32

### **CAPÍTULO 3. Determinantes sociales de la salud como objeto del análisis de situación de salud/ 40**

Introducción/ 40

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Bases para el estudio de los determinantes sociales de la salud/         | 40 |
| De los determinantes sociales a los determinantes sociales de la salud/  | 45 |
| Determinantes sociales de la salud en el análisis de situación de salud/ | 49 |
| Consideraciones finales/                                                 | 52 |
| Referencias bibliográficas/                                              | 53 |

#### **CAPÍTULO 4. Espacio y territorio en el análisis de situación de salud/ 59**

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción/                                                                             | 59 |
| Espacio geográfico: bases teóricas/                                                       | 60 |
| El territorio y su polisemia/                                                             | 62 |
| Escalas y tiempos en los territorios y espacios/                                          | 65 |
| Distinción de los mapas/                                                                  | 66 |
| Vínculo espacio-territorio-lugar/                                                         | 68 |
| Territorio heterogéneo del análisis de situación de salud/                                | 71 |
| Laberinto de la información y datos territoriales para el análisis de situación de salud/ | 76 |
| Utilidad de los datos y la información territorial/                                       | 77 |
| Los territorios y la atención primaria de salud/                                          | 78 |
| Consideraciones finales/                                                                  | 81 |
| Referencias bibliográficas/                                                               | 82 |

#### **CAPÍTULO 5. Modelos y métodos para el análisis de situación de salud/ 86**

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción/                                                                  | 86 |
| Modelos utilizados para realizar el análisis de situación de salud/            | 87 |
| Modelo sustentado en el campo de salud de Lalonde/                             | 88 |
| Modelo de análisis para grupos específicos de población/                       | 89 |
| Modelo de análisis de situación de salud en poblaciones o áreas pequeñas/      | 90 |
| Modelo según condiciones de vida/                                              | 90 |
| Modelos para estudiar los determinantes sociales de la salud/                  | 92 |
| Propuesta de un modelo para renovar el análisis de situación de salud en Cuba/ | 94 |
| Métodos para elaborar el análisis de situación de salud/                       | 96 |
| Periodicidad del análisis de situación de salud/                               | 98 |
| Consideraciones finales/                                                       | 99 |
| Referencias bibliográficas/                                                    | 99 |

#### **CAPÍTULO 6. Técnicas e indicadores para el análisis de situación de salud/ 108**

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| Introducción/                               | 108 |
| Técnicas e indicadores: bases conceptuales/ | 108 |

|                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Técnicas cuantitativas/                                                                                 | 109 |
| Técnicas cualitativas/                                                                                  | 110 |
| Aplicación de los indicadores/                                                                          | 110 |
| Diseño y selección de un indicador/                                                                     | 111 |
| Fuentes de información para el análisis de situación de salud/                                          | 115 |
| Flujo de la información para realizar el análisis de situación de salud/                                | 116 |
| Debilidades e insuficiencias en la utilización de los indicadores en el análisis de situación de salud/ | 117 |
| Consideraciones finales/                                                                                | 118 |
| Referencias bibliográficas/                                                                             | 119 |

## **CAPÍTULO 7. Análisis de situación de salud según condiciones de vida/ 125**

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducción/                                                                            | 125 |
| Propósitos/                                                                              | 126 |
| Bases teórico-conceptuales/                                                              | 126 |
| Metodología/                                                                             | 129 |
| Información necesaria/                                                                   | 129 |
| Territorios o espacios de ejecución/                                                     | 130 |
| Técnicas utilizadas/                                                                     | 131 |
| Indicadores sintéticos/                                                                  | 132 |
| Construcción del índice de condiciones de vida/                                          | 133 |
| Estratificación territorial: provincias, municipios y áreas de salud/                    | 136 |
| Resultados de la estratificación territorial/                                            | 138 |
| Ventajas y desventajas del análisis de situación de salud según las condiciones de vida/ | 139 |
| Desigualdades, diferenciales y brechas de salud/                                         | 141 |
| Desigualdades en salud/                                                                  | 141 |
| Índices de desigualdades en salud/                                                       | 143 |
| Diferenciales en salud/                                                                  | 144 |
| Brechas de salud/                                                                        | 146 |
| Consideraciones finales /                                                                | 148 |
| Referencias bibliográficas/                                                              | 149 |

## **CAPÍTULO 8. Modelo del análisis de situación de salud enfocado a los determinantes sociales de la salud/ 155**

|               |     |
|---------------|-----|
| Introducción/ | 155 |
| Antecedentes/ | 156 |
| Propósitos/   | 157 |

Base conceptual/ 158

Bases para la aplicación del modelo para análisis de situación de salud enfocado a los determinantes sociales de la salud/ 163

Procedimientos y técnicas/ 164

Resultados de la aplicación del modelo/ 168

Consideraciones finales/ 171

Referencias bibliográficas/ 172

## **CAPÍTULO 9. Participación de la población en el análisis de situación de salud/ 175**

Introducción/ 175

Participación social/ 175

Modalidades o grados de participación social/ 177

Participación ciudadana/ 180

Participación comunitaria/ 184

Participación comunitaria en el contexto cubano/ 188

Participación de la comunidad en el análisis de situación de salud/ 190

Consideraciones finales/ 195

Referencias bibliográficas/ 195

## **CAPÍTULO 10. Análisis de situación de salud en la medicina general integral/ 200**

Introducción/ 200

La especialidad en medicina familiar/ 201

Análisis de situación de salud en la medicina general integral/ 204

Análisis de situación de salud en el consultorio de medicina familiar/ 205

Debilidades e insuficiencias del análisis de la situación de salud en el consultorio de medicina familiar/ 208

Consideraciones finales/ 211

Referencias bibliográficas/ 211

## **CAPÍTULO 11. Ejecución del análisis de situación de salud/ 213**

Introducción/ 213

El médico de la familia, la enfermera y el epidemiólogo/ 213

Competencias del médico de la familia/ 214

Competencias para realizar el análisis de situación de salud/ 215

Competencias del epidemiólogo/ 217

Consideraciones finales/ 223

Referencias bibliográficas/ 223

## **CAPÍTULO 12. Análisis de situación de salud y gerencia en salud/ 226**

Introducción/ 226

Bases conceptuales de la gerencia/ 226

Información para la gerencia/ 228

Gerencia en salud/ 229

Gerencia en salud y el análisis de situación de salud/ 233

Carácter social y cultural de la producción en salud/ 233

Predominio de las variables: población, territorio y tiempo/ 233

Multidisciplinaridad, interdisciplinaridad y transdisciplinariedad/ 234

Alta presión social/ 235

Papel significativo de la evidencia/ 235

Síntesis del vínculo análisis de la situación de salud-gerencia  
en salud/ 236

Debilidades e insuficiencias del análisis de la situación de salud  
en el trabajo gerencial/ 237

Consideraciones finales/ 241

Referencias bibliográficas/ 242

## **CAPÍTULO 13. Informe técnico del análisis de situación de salud/ 245**

Introducción/ 245

Breve descripción del informe técnico sobre el análisis de situación  
de salud/ 246

Procedimiento evaluativo para el informe técnico del análisis  
de situación de salud/ 247

Utilización de los procedimientos evaluativos/ 248

Debilidades e insuficiencias de los informes técnicos del análisis  
de situación de salud/ 249

Procedimientos evaluativos renovados/ 251

Consideraciones finales/ 252

Referencias bibliográficas/ 253

## CAPÍTULO 1

---

# **Análisis de situación de salud en la salud pública: identidad, vigencia y renovación**

*Silvia Martínez Calvo*

### **Introducción**

Se inicia este primer capítulo, con algunas interrogantes que son necesarias para comprender el contenido del libro y cuyas respuestas se expondrán con amplitud en cada uno de los capítulos siguientes. En principio, y para desarrollar el tema, resulta imprescindible responder esas interrogantes: ¿qué ha ocurrido con el análisis de situación de salud (ASIS) en esta última década?, ¿cuáles han sido los aspectos novedosos en su elaboración y aplicación?, ¿cuáles las debilidades e insuficiencias?, ¿se mantiene su utilización en los servicios de salud?, ¿se tiene en cuenta para la toma de decisiones en cualquiera de los niveles organizativos del sistema de salud? Para aproximar algunas respuestas, se contienen sobre los enfoques teórico-conceptuales del ASIS, su vigencia y la necesidad de su renovación y en el capítulo siguiente se transcriben los aspectos claves sobre su práctica.

### **Análisis de situación de salud, la salud pública y la epidemiología**

Desde hace décadas, se reclama a la salud pública su inmovilidad conceptual en tiempos de cambios contextuales de todo tipo, lo cual suscitó enjundiosos debates a inicios de los 90 que sacudieron las mentes de

los profesionales de esa disciplina en toda la Región. (OPS/OMS, 1992) A pesar del llamado aún persisten visiones obsoletas que, consecuentemente, se transmiten a las disciplinas que conforman la salud pública, incluidas la epidemiología y el ASIS como uno de sus brazos instrumentales. En ese sentido, se ajusta muy bien el criterio de Granda cuando expresó: “La salud pública, en los momentos actuales, tiene que ofrecer respuestas diferentes a las que tradicionalmente ha organizado. No puede seguir interpretando la población y la naturaleza como objetos, sino que tiene necesariamente que comprenderlos como sujetos y proponer nuevas formas de diálogo”. (Granda, 1996)

Aún persisten oídos sordos a ese desafiante llamado que atañe también a la epidemiología y de hecho al ASIS, por eso, es momento de ampliar el debate sobre la concepción y práctica social de la epidemiología y la salud pública en Cuba, como acompañamiento a la implementación de las necesarias transformaciones de los servicios de salud y de la atención médica. (Minsap, 2019a)

¿Qué ocurre con el ASIS? Se reconoce su sólido posicionamiento como concepto, método e instrumento de la salud pública, al instituirse como la primera de sus funciones esenciales (OPS/OMS, 2002) y mantenerse como tal (OPS/OMS, 2018a) para contribuir en forma general al desarrollo de la agenda mayor de la salud global, con sus aportes al desarrollo sostenible, la salud universal, la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud y en forma particular, entre otros, para la promoción de la salud, la evaluación del impacto de las intervenciones poblacionales y la gestión de salud. Todos esos aportes, han sido bien estudiados en diferentes momentos y espacios tanto nacionales, regionales o mundiales, basta con una simple búsqueda en las principales fuentes para comprobarlo.

El vínculo ASIS-epidemiología, refuerza el sustrato científico-metodológico de este instrumento que “no brotó de la nada”, sino del propio surgimiento de la epidemiología, a la vez enriquecida con las diversas corrientes de pensamiento que cimientan y han permitido su avance como disciplina básica de la salud pública (Guerra, 1984). Si se revisan los presupuestos teóricos y los elementos o componentes del ASIS que se realiza actualmente, no existen dudas que se fundamentan en los clásicos usos establecidos por Morris, donde destaca el “diagnóstico comunitario” (Morris, 2007), por supuesto, sin obviar la distancia territorial, poblacional y temporal existente, que indudablemente influye en los

cambios de las condiciones histórico-sociales que, entre otros elementos, determinan los patrones de enfermedad y muerte en la población que se estudie. (Martínez, 2000)

Por otra parte, están bien definido el objeto de estudio de la epidemiología, es decir, los problemas de salud que afectan a la población, en función de su frecuencia, distribución y posibles causas o determinantes que, al decir de Mujica, también pueden considerarse como “objetos de estudio y transformación” del ASIS, pues según el propio autor:

[...] la frecuencia ha sido nuestra práctica cotidiana, la distribución, desafortunadamente, lo hemos ignorado (siendo el centro mismo del análisis de las desigualdades sociales en la salud) y lo de los determinantes lo hemos academizado y reducido a un paradigma ya obsoleto, como el de los factores de riesgo, cuando hoy la ecoepidemiología y los determinantes sociales de la salud, representan el centro de los modelos de causalidad, del conjunto de valores que dan racionalidad a nuestra forma de explicar la realidad e intervenir sobre ella. (Mujica, 2015)

Con estos presupuestos teóricos, es obvio que no puede existir una práctica profesional no avalada por una sólida teoría, que asegure su correcta ejecución y que como es de esperar, esté sometida a cuestionamientos y valoraciones que limiten o impulsen su avance, en función de los nuevos conocimientos que benefician esa práctica. En ese sentido, eso podría ocurrir con el ASIS si no se revisan sus postulados, si no se comprenden las bases que lo sustentan; si en lugar de una útil herramienta para la toma de decisiones en los servicios, tiende a convertirse en un ejercicio rutinario de obligada realización, perderá su carácter científico-metodológico y confiable para contribuir a mantener las condiciones de vida y salud de la población.

## **Análisis de situación de salud como función esencial de la salud pública**

La relevancia del ASIS como una función esencial de la salud pública (FESP), se ha demostrado también mediante Ejercicios Nacionales Evaluativos, convocados por el organismo regional OPS/OMS, de los cuales se realizaron dos ejercicios en Cuba; el primero en el año 2001 (OPS/OMS, 2002) y el segundo en el 2009 (OPS/OMS, 2009). El primer ejercicio se

efectuó en la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap) con el objetivo de evaluar todas las FESP y en las conclusiones los directivos y autoridades participantes reconocieron la pertinencia y utilización del ASIS en los servicios a través del desempeño del médico de la familia, lo que contribuyó a elevar la puntuación final obtenida por el país (0,9). Para el conjunto de países evaluados mediante cinco grandes indicadores, esta FESP se encontró en un nivel de desempeño intermedio superior y un comportamiento más homogéneo entre los diferentes países. (OPS/OMS, 2002)

El segundo ejercicio evaluativo con la participación cubana, se realizó en el 2009 como parte del contenido de un curso virtual sobre las FESP y también con patrocinio de OPS/OMS, con participantes de todo el país y conducido desde la Ensap. Se evaluaron las FESP en nueve municipios en las provincias de Pinar del Río, La Habana y Matanzas. (OPS/OMS, 2009)

Después de transcurridos nueve años de este segundo ejercicio evaluativo, desde la Unidad de Acceso y Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HS) de la OPS/OMS, se emitió una convocatoria a los países miembros para desarrollar un proceso de renovación y actualización de las FESP para la región de Las Américas, durante el 2017 y el 2018. En la justificación se expresa que: “A casi dos décadas de esta línea de trabajo, nuevas condiciones económicas, sociales, políticas y epidemiológicas justifican la necesidad de actualizar algunas dimensiones conceptuales del abordaje de las FESP, como así también su aplicación metodológica y práctica”. (OPS/OMS, 2018a)

En los ejercicios realizados en los países con esos fines se propuso reducir el número de las FESP de 11 a 10 y agruparlas en:

- Funciones de política (1-4).
- Funciones de regulación (5-6-7).
- Funciones de resultado (8-9-10).

Es importante resaltar que se mantiene como FESP número 1: Monitoreo, evaluación de la situación de salud, los determinantes de la salud y desempeño de los sistemas de salud, y como FESP número 10 se incluyó: Gestión sobre los determinantes sociales de la salud.

## **Vigencia del análisis de situación de salud**

Con ese respaldo obligado de la salud pública y la epidemiología, el ASIS mantiene su utilidad –reconocida mucho o poco– como un instrumento para

identificar, priorizar y solucionar problemas de salud, transformado en una herramienta necesaria para la toma de decisiones en los servicios de salud, lo cual confirma su vigencia y no solamente en Cuba. El ASIS se realiza en diversos países de América Latina, aunque sus enfoques conceptuales han recibido escasos aportes en los últimos diez años, incluso, en algunos de esos países aún se mantiene su denominación como “Diagnóstico de salud” y al respecto se ampliará en el capítulo 2.

Se ha considerado como un momento de renovación, el reiterado reclamo de los organismos internacionales vinculados a la salud para ampliar el objeto de estudio del ASIS, que ha tenido oídos receptivos no solamente para perfeccionar sus procedimientos metodológicos convencionales, sino para indagar en las posibles “causas de las causas” de esos problemas, o sea, en los determinantes sociales de la salud (DSS) (Dahlgren y Whitehead, 1991); (OMS, 2005). Sobre el tema de la determinación social de la salud, en el capítulo 3 se dedica un importante y actualizado contenido, a este medular aspecto relacionado con el ASIS.

No es menos cierto, que también en este lapso han surgido corrientes de pensamiento causal renovadas y enfocadas al estudio de la situación de salud de la población, aunque muy poco divulgadas y menos utilizadas en nuestros espacios académicos e investigativos. Un buen ejemplo es el “paradigma del curso de la vida”, surgido en la década del 80 con el objetivo de identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida (Scally, 1998); (WHO, 2000). Se reconoce que, “el enfoque de la salud del adulto que atiende a la totalidad del ciclo vital no es una concepción nueva; la idea de que las experiencias tempranas de la vida determinan la salud de que se goza en la edad adulta, fue el modelo predominante de la salud pública en la primera mitad del siglo xx”. (Ben y Kuh, 2002)

En una reciente publicación nacional se describe minuciosamente este paradigma, que consideramos como una posible variante en la ejecución del ASIS (Bacallao *et al*, 2016), aunque se reconocen sus barreras y limitaciones para incorporarlo en los servicios de salud (Martínez, 2012). Como reconocimiento a la relevancia de este paradigma, se ha establecido una red de investigadores sobre el tema (Blanco, 2011). En estos momentos en que se priorizan los enfoques sobre los DSS y la identificación de las desigualdades en salud, es pertinente lo que expresa el autor citado: “Uno de los hechos que hacen patente la visión renovada del curso de la vida es la transmisión intergeneracional de desigualdades que

paralizan la movilidad social y traban el desarrollo” (Bacallao, 2013). Acerca del tema de las desigualdades, existen investigaciones muy pertinentes y previas al desarrollo del enfoque de los DSS que se pretende desarrollar en el sistema de salud, realizadas por reconocidos científicos sociales cubanos (Morales, 2007); (Espina, 2008); (Zabala, 2015), y por algunos salubristas. (Ramírez, 2003); (Martínez, 2004 y 2007); (Bacallao, 2013)

## **Renovación de la atención primaria de salud**

La renovación de la atención primaria de salud (APS), del ASIS y de la medicina familiar en Cuba, es de tanta importancia, que requeriría de otro libro. Los cambios surgidos en el contexto nacional, desde las modificaciones en las políticas y estrategias nacionales en todos los ámbitos y particularmente el tránsito generacional de la población, constituyen elementos ineludibles para esa renovación. Sin dudas, la ejecución del ASIS en la actualidad avanza en la misma vía que la estrategia de renovación de la APS y la revitalización del modelo de medicina familiar. Desde la OPS/OMS se ha definido:

Un sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad y que se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. (OPS/OMS, 2008)

Es notorio el sinnúmero de reuniones, seminarios, talleres y encuentros, promovidos por los organismos internacionales y nacionales, en casi todos los países del mundo al cumplirse los 25 años de la Declaración de Alma-Ata, que ya alcanzó sus 40 años. Se consideró, desde el propio organismo OPS/OMS, que:

Entre las razones que justificaron la renovación de la APS están la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que esta debe afrontar, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que puede asimilar la APS para ser más efectiva y

el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Aplicar un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona. (OPS/OMS 2005 y 2018b); (Macinko *et al*, 2007)

La importancia de la renovación de APS alcanza niveles insospechados, pues hasta en países como Estados Unidos de América, con un sistema de salud fragmentado y desigual, se realizó un interesante ejercicio prospectivo sobre la APS con el uso de escenarios, que son historias diferentes que describen cómo se puede desarrollar el futuro. En ese tenor, en septiembre de 2011, el *Institute for Alternative Futures* (IAF) convocó a un taller nacional en Alexandria, Virginia, donde las principales autoridades de todo el país, con la utilización de la técnica de “Futuros de aspiración”, desarrollada durante las últimas tres décadas, elaboraron cuatro escenarios de atención primaria hasta 2025. (IAF, 2012)

Los cuatro escenarios exploran un despliegue diferente de avances junto con las condiciones sociales y económicas paralelas a lo largo de las vías o caminos hacia el futuro: probables (Escenario 1), desafiantes (Escenario 2) y visionarios (Escenarios 3 y 4). Estos escenarios permitan a los líderes de los servicios de salud tomar decisiones estratégicas para considerar el futuro con mayor eficacia, en este caso, el futuro de la APS. Sería interesante, retomar esa experiencia para desarrollar las propuestas de renovación nacional y regional de la APS.

La renovación reclama un trabajo multidisciplinario, intersectorial y esencialmente técnico, que asegure su éxito. En todos los países de la región se elaboraron estrategias con ese fin y en el caso cubano—donde el modelo de atención en el sistema de salud se basa en la APS desde la década de 1960— entre los escasos análisis sobre la renovación de la APS en Cuba, destaca el de López, Segredo y García, quienes consideran que:

La renovación puede ser interpretada como una estrategia en la política sanitaria del estado cubano para: enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir; corregir las debilidades e incoherencias presentes en la práctica de la APS en Cuba; desarrollar nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas

para el manejo integrado e integral de la salud; contribuir en la mejora de la efectividad de la APS y reconocer que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de desarrollo de la sociedad a través de un sistema sanitario accesible, equitativo, sostenible, participativo y centrado en la calidad de los servicios que presta. (López *et al*, 2014)

Ante esta propuesta de renovación de APS, es imprescindible la decisión administrativa que la impulse y asegure la eficiencia social, pues su desarrollo depende casi totalmente de ese compromiso, de los nuevos aires que requiere el Sistema Nacional de Salud. Si como expresó recientemente el Ministro de Salud Pública ante la Asamblea Mundial de la Salud, que “Cuba ratifica el compromiso de compartir las experiencias alcanzadas en el desarrollo de la APS” (Minsap, 2019b), la estrategia de renovación resulta inminente.

## Renovación del análisis de situación de salud

En consecuencia, con la estrategia para renovar la APS es imprescindible el proceso de renovación del ASIS, enfocado básicamente a reorientar el objeto en función de los cambios sociales, económicos, culturales y sanitarios que indudablemente suceden en la población cubana y en consecuencia, el equipo ejecutor a nivel local también deberá renovar sus competencias. (Martínez, 2013)

Esa reorientación del objeto de estudio del ASIS, no estaría solo enfocada a los DSS o a las condiciones de vida de la población, sino también a reflexionar sobre los fundamentos de esas y otras propuestas, que surjan a la luz de los cambios contextuales y los problemas de salud prevalentes en el espacio donde se realiza el ASIS, como el mencionado paradigma del curso de la vida. Indudablemente, siempre ha sido difícil en el campo científico de cualquier disciplina aplicar aspectos totalmente novedosos y este paradigma del curso de la vida, no constituye ninguna excepción. En función de la urgencia renovadora del ASIS, podría utilizarse a modo de un proceso investigativo por un equipo *ad hoc*, pues sería complicada su reproducción en todos los niveles de servicios, como contrariamente sucede con las modalidades del ASIS utilizadas hasta ahora.

En el año 2011, hace nueve años, se efectuó una oportuna reunión de expertos regionales en Paraguay convocados por la OPS/OMS, con el

propósito de retomar los elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales del ASIS para su ajuste a las actuales circunstancias. (OPS/OMS, 2011) El ajuste global estaría referido a:

- Priorizar indicadores de mortalidad y carga de enfermedad.
- Incorporar necesidades y prioridades en salud.
- Utilizar en los ASIS, enfoques de territorialidad y gestión.
- Desarrollar las salas de situación de salud a nivel provincial y nacional.

¿Qué se ha hecho en todo este tiempo con estas recomendaciones? Un buen ejercicio sería la comprobación de su cumplimiento en los países del área y particularmente en Cuba, como elementos novedosos en la ejecución del ASIS. En nuestro caso y con el propósito de mejorar el desempeño del médico de la familia, las prioridades de renovación sugeridas estarían referidas territorialmente al espacio local –consultorio y área de salud– y enfocadas a (Martínez, 2013):

- La utilización en los consultorios desde el punto de vista territorial: de la modalidad del ASIS en grupos de población y en las áreas, desarrollar la metodología para el ASIS según condiciones de vida o en áreas pequeñas.
- La detección de las desigualdades en salud, relacionadas con los problemas identificados en el ASIS y basadas en el enfoque de los DSS.
- La identificación de las necesidades de salud, con la participación de la comunidad.
- La incorporación del análisis de las principales causas de mortalidad en todos sus componentes, y no reducirlo a calcular y comparar tasas que, en el caso de los consultorios, son numéricamente intrascendentes.

También, resulta oportuno desarrollar iniciativas prácticas, con las aportaciones más apropiadas, particularmente la atención a las personas cuyos problemas de salud y sus enfermedades se benefician de aplicar la perspectiva comunitaria. Por ejemplo, controlar una diabetes que afecta a una persona que vive sola, requiere tener bien presente la dimensión social de la salud y de las personas como seres sociales. (Segura, 2006)

Es pertinente enfatizar, que lo expuesto en los párrafos precedentes son solo recomendaciones, cuyo cumplimiento traduciría un buen ejemplo de la renovación del ASIS, sin negar el grado de dificultad para su ejecución, como sería la utilización del modelo de condiciones de vida

y del enfoque de los DSS, pero si no se aplican, siempre quedarán en el plano declamativo y no se reconocerán sus beneficios. Con el cumplimiento de los Objetivos del Minsap 2019, se vislumbran los cambios para la realización del ASIS en los consultorios como hecho positivo, al igual que la incorporación del estudio de las desigualdades y la identificación de las necesidades sociales y de salud con verdadera participación comunitaria. (Minsap, 2019a)

Sea cuales fuesen las propuestas de renovación, estas son imposterables, pues reforzarían la reconocida importancia y utilidad para los servicios de salud del ASIS, su reafirmación como FESP y como una las competencias básicas del médico de la familia y del epidemiólogo, además de contribuir a desarrollar la renovada estrategia de APS en el Sistema Nacional de Salud.

En una paráfrasis sobre la opinión de Mujica esta nueva visión del ASIS pasa por reivindicar la distribución y determinantes de la salud en la población, además de incorporar de manera sistemática –institucionalizar– el enfoque de equidad en salud y justicia social en su práctica. Este nuevo ASIS es un requisito *sine qua non* para construir capacidad para rendir cuentas, no a los organismos internacionales, sino a la población. Sería nuestro compromiso *para no dejar a nadie atrás* –ese requisito que adorna convenientemente la retórica de la agenda 2030–. (Mujica *et al*, 2019)

## Consideraciones finales

En el contenido del capítulo, que constituye una introducción para los subsecuentes capítulos del libro, se expusieron algunas apreciaciones acerca de las bases conceptuales que propician el vínculo del ASIS con la salud pública y la epidemiología, su vigencia y la necesidad de renovar este instrumento con una visión cambiante de su objeto de estudio, sustentados en los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Si en Cuba el ASIS se mantiene como una competencia distintiva del médico de la familia y el epidemiólogo, es hora de actualizarlo para que el discurso se transforme en una práctica efectiva, de lo contrario, todo lo descrito en el capítulo quedará solo en buenas intenciones. La lectura de este contenido también debe promover debates frecuentes, tanto en el ámbito académico como en los servicios y, especialmente, entre los tomadores de decisiones, que en definitiva serán los usuarios más beneficiados con el ASIS.

## Referencias bibliográficas

- Blanco, M. (2011): El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*; 5(8).
- Bacallao, J.(2013): Ensayo clínico acerca de la medición de las desigualdades sociales en salud [tesis posdoctoral]. La Habana, Universidad de Ciencias Médicas. En: [http://tesis.repo.sld.cu/797/1/Jorge\\_Bacallao\\_Ensayo\\_crítico\\_sobre\\_medición\\_de\\_desigualdades.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/797/1/Jorge_Bacallao_Ensayo_crítico_sobre_medición_de_desigualdades.pdf)
- Bacallao, J., Alerm, A. y Ferrer, M. (2016): Paradigma del curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Ben. S. yKuh, D. (2002):A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*;31(2):285-293. En: <http://ije.oxfordjournals.org>
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote equity in health. WHO. Regional Office for Europe. En: Copenhagen, OPS-OMS. Módulos de principios de epidemiología para el control de las enfermedades, Módulo 1, segunda edición; 2002, 24-27.
- Espina, M. (2008): Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. *Rev Nueva Sociedad*;16:1-17. En: [nuso.org/media/articles/downloads/3539\\_1.pdf](http://nuso.org/media/articles/downloads/3539_1.pdf)
- Granda, E. (1996): Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En: Granda Ugalde, E.La salud y la vida.Vol 1. Quito, Ecuador, 2009.
- Guerra, C. (1984): Discurso apertura. En: Documento del Seminario sobre “Usos y Perspectivas de la Epidemiología”. Buenos Aires, (Argentina) 7-10 Noviembre 1983. Publicación No. PNSP 84-47.
- Institute for Alternative Futures (IAF). (2012): Primary Care: A Scenario Exploration. Alexandria, VA. January 2012. En: <http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025Scenarios.pdf>
- López, P., Segredo, A.M., García, A.J. (2014): Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;40(1):75-84. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000100009&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&Ing=es)
- Macinko, J., Montenegro, C., Nebot A. y Etienne, C.; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007): La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth*;21(2/3).
- Martínez, S. (2000): Consideraciones sobre el fundamento teórico del análisis de situación de salud. PonenciaVIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). La Habana, Julio 2000.
- Martínez, S. (2004): Desigualdades e inequidades como objeto de análisis. En: Martínez S. (Ed.). Análisis de situación de salud. Capítulo X. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

- Martínez, S. (2007): Equidad y situación de salud. *Rev Cubana Salud Pública*;33(3). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es)
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Martínez, S. (2013): Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;39(4):752-762. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es)
- Morales, E. (2007): Desafíos de la problemática racial en Cuba. La Habana, Fundación Fernando Ortiz.
- Minsap. (2019a): Ministerio de Salud Pública Cuba. Retos y Prioridades 2019. En: <http://www.infomed.sld.cu/anuncio/2019/01/29/objetivos-de-trabajo-del-ministerio-de-salud-publica-para-el-ano-2019>
- Minsap. (2019b): Ministerio de Salud Pública Cuba. Intervención del Ministro de Salud Pública, Dr. José Ángel Portal Miranda, en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud. 22 mayo 2019. En: <http://www.infomed.sld.cu/noticia/2019/05/21/intervencion-del-ministro-de-salud-publica-dr-jose-angel-portal-miranda-en-la-72%C2%BA>
- Morris, J.N. (2007): Uses of epidemiology. Reprints and Reflections. *Internat J Epidemiol*; 36(6):1165–1172. En: <http://ije.oxfordjournals.org>
- Mújica, O.J. (2015): Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Pública*;38(6):433-41.
- Mújica, O.J. y Moreno C.M. (2019): De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Pública*;2019;43:e12. En: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- Organización Mundial de la Salud. (2005): Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ¿Qué es, por qué, y cómo? En: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/es](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es)
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1992): La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate. Publicación Científica No. 540. Washington; D.C.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2002): Funciones Esenciales de Salud Pública. En: La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. [CD-ROM] Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2005): Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. En: [http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14021/mod\\_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion\\_de\\_la\\_APS\\_1-16\\_.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16_.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2008): Sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.En: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2009): Curso Virtual “Funciones esenciales de la Salud Pública. En:<https://www.campusvirtualsp.org/.../lanzamiento-del-curso-virtual-funciones-esenciales-de-salud-publica>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2011): Reunión de Consulta Técnica de Expertos en ASIS, noviembre. Asunción, Paraguay.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2018a): Nota conceptual y Agenda Anotada. Encuentro Regional de Escuelas de Salud Pública sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Bogotá, Colombia. Documento en pdf.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2018b): A 40 años de Alma-Ata. Proyecto de Declaración Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Hacia la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná, Kazajstán 25-26 octubre 2018. En: <https://www.paho.org/.../index.php?...alma-ata>
- Ramírez, A. (2003): Indicadores para evaluar equidad en el sistema nacional de salud [tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Segura, J. (2006). Epidemiología de campo y epidemiología social. Gac Sanit, 20 (2)
- Scally, G. (1998): Recent advances: Public health. *BMJ*;1998;317:584-586. En: <http://www.bmj.com>
- World Health Organization (WHO). (2000): Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. WHO/NMH/HPS/00.2 Organización Mundial de la Salud.
- Zabala, M.C. (2015): Desarrollo Social y Equidad. Ponencia en Panel “Los determinantes de la salud en Cuba. De lo conceptual a lo local”. Convención de Salud. La Habana, Cuba.

## CAPÍTULO 2

---

# La práctica del análisis de situación de salud

*Vivian Noriega Bravo y Silvia Martínez Calvo*

### Introducción

El vínculo teoría-práctica indispensable en todo fenómeno donde interviene el hombre, también tiene su significación en la realización del análisis de la situación de salud (ASIS), sin embargo, con cierta frecuencia se emiten criterios sobre su limitada aplicación como instrumento útil para identificar los problemas de salud de la población, y para la toma de decisiones por los directivos en los diferentes niveles organizativos de los sistemas de salud, lo que se reconoce como uno de sus principales atributos.

En los países de la región de las Américas, no en todos, el ASIS es una de las competencias básicas para el desempeño de los médicos de la familia y los epidemiólogos como sucede en Cuba, pero su práctica se desarrolla con mayor o menor heterogeneidad, por eso, se consideró pertinente incluir este capítulo, donde se exponen aspectos claves de la práctica del ASIS en Cuba y en cada uno de cinco países seleccionados, durante el período del 2014 a 2018.

En el contenido se sintetizan los procedimientos metodológicos utilizados para realizar el ASIS, los niveles y espacios de ejecución, la incorporación de los determinantes sociales (DSS), el enfoque participativo e intersectorial y de gestión en salud. La información se obtuvo de manuales, guías metodológicas e informes técnicos de ASIS, elaborados en el período y accesibles en reconocidas plataformas de búsqueda. A los

finde de comparación, se escogieron los cinco países (Colombia, Ecuador, Honduras, Panamá y Perú) cuya información es más completa, aunque en algunos apartados del capítulo, se incluyeron comentarios sobre la realización del ASIS en otros países. También, resultaron valiosos los criterios de seis profesionales expertos del tema, en sendos países latinoamericanos, que respondieron una Guía de preguntas *ad hoc*.

## **Situación de salud y el análisis de situación de salud**

Son innegables las diferencias en la situación de salud de la población en países y territorios, resultantes de las disparidades observadas en la estructura y el perfil de salud-enfermedad, que derivan de los riesgos, enfermedades y daños relacionados entre otros elementos, con las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de salud y la participación en las decisiones ligadas a la gestión en salud. La información provista por los ASIS a diferentes escalas territoriales ofrece una aproximación a la comprensión sobre esta compleja relación, además de orientar la toma de decisiones en cuanto al desarrollo de políticas públicas efectivas y de intervenciones con algún grado de impacto. Esto se comprueba en un conocido documento de OPS que se publica como Mandato, en sus inicios cada 4 años y desde el año 2002 cada 5 años y donde se recopila toda la información sobre la situación de salud en 47 países y territorios de la región. (OPS, 2017)

En cuanto a la situación de salud, en la década de los 80 y consecuente con las recomendaciones del esclarecedor Seminario sobre los *Usos y perspectivas de la Epidemiología* celebrado en Buenos Aires (OPS, 1984), desde la OPS/OMS se propuso y se ejecutó un programa denominado Análisis de Situación de Salud y sus tendencias *Health Situation Tendency* (HST) en el cual, según criterios de expertos, al reconsiderar los usos de la epidemiología en la búsqueda y solución de problemas de salud, se estimó un tanto teórico el concepto de diagnóstico de salud, por lo que se promovió el análisis de la situación de salud (OPS, 1985). De esta forma, se institucionalizó el ASIS como una práctica cotidiana de los servicios de salud desde el nivel local hasta el nacional, cuyo objeto de estudio se amplió en un posterior proceso de renovación (OPS, 2004). En varios países de la Región, hay avances en el proceso de fortalecimiento de la capacidad del ASIS, aunque muy diferenciadamente, según criterio de varios expertos. (Escamilla, Velasco y Ruiz, 2015).

## Modelos del análisis de situación de salud

Un tema poco divulgado y mucho menos aplicado, se refiere a los modelos que se emplean para realizar el ASIS, por eso no sorprende que en los países estudiados, solo en Argentina se halló el análisis elaborado según el modelo que recoge la particularidad de “Grupo específico de población”, en este caso, los adolescentes de una provincia de ese país (Ministerio de Salud Pública, 2018). Ese modelo de ASIS, “posee probada utilidad para la identificación, caracterización y solución de problemas de salud de un grupo vulnerable de la población, con características propias y patrones de salud diferenciados, aun con limitaciones al reducirse el análisis únicamente a un segmento de la población, pero que facilita la ejercitación en esta modalidad del ASIS”. (Martínez, 2013)

Los indicadores utilizados en los ASIS en estos países –imprescindibles para la medición de las variables de las guías– tienen diferentes enfoques. En los realizados en México y Chile, además de los indicadores convencionales vinculados con la pérdida de salud debida a enfermedades específicas y lesiones, se incorporaron indicadores para el estudio de la carga global de enfermedad, años perdidos por muertes prematuras (AVPP), años de vida saludable perdidos o años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA) y años vividos con discapacidad (AVD). Asimismo, la esperanza de vida saludable (EVISA) para medir positivamente la salud de la población. (Secretaría de Salud, 2015); (Municipalidad Recoleta, 2015); (Dpto. Salud Cisterna, 2018)

En los ASIS realizados en Colombia, Honduras y Argentina, también se observó el análisis de la carga de mortalidad mediante estimación de AVPP. (MINSALUD, 2014); (Secretaría de Salud, 2016); (Secretaría de Salud, 2017) En Perú, se determina el nivel más alto de vulnerabilidad, según el índice construido en base a indicadores sanitarios seleccionados. (Ministerio de Salud, 2015b); (Ministerio de Salud, 2017); (Ministerio de Salud, 2015c)

Por supuesto, las variables e indicadores utilizados en cualquier país deben responder a los propósitos y objetivos del modelo de ASIS a realizar en cualquier contexto, sin embargo, debían tomarse de ejemplo la utilización de esos importantes indicadores de calidad de vida, tal como se recomienda en el capítulo 6. Son atendibles esas recomendaciones pues, en una buena parte de los informes del ASIS elaborados en la década de los años 90 en Cuba, era muy limitada la información sobre los problemas de salud relacionados con la calidad de vida y el ambiente social y, mucho menos, el análisis de los determinantes que influían en la aparición de esos problemas de salud. En los capítulos 5 y 12, se amplía este tema.

Cuando desaparece o se reduce el nexo entre la salud pública y las ciencias sociales, sea cual fuese el análisis que se realice, aumenta la probabilidad de ignorar la enorme influencia de los factores y condicionantes sociales en la salud individual y colectiva. Una influencia que hasta en los nuevos enfoques relacionados con la prevención de precisión (McGrath *et al*, 2017), que es una nueva tendencia en salud pública y por supuesto, una visión prestada de la medicina más restauradora, que permite atribuirle a la posición social, el elemento que define a esa precisión en salud pública. (Olstad y McIntyre, 2019)

En ese sentido, un relegado indicador se relaciona con el color de la piel, que es la “característica biológica que no pocas veces se ha pretendido equiparar con raza (concepto ampliamente debatido por la antropología contemporánea) y que por sí mismo y por sí solo, no posibilita explicar diferenciales, ni mucho menos puede considerársele causante de determinado comportamiento en salud” (Díaz, 2018). Este y otros indicadores sociales son de escasa utilización en el ASIS en Cuba, al igual que los mencionados indicadores para medir la salud familiar, como se expuso en el capítulo 6.

No obstante, esas debilidades e insuficiencias, existen otros ejemplos que demuestran la creatividad profesional sobre este imprescindible aspecto para la práctica del ASIS, que es la inclusión de los DSS como objeto de estudio, tema base del capítulo 3. Al respecto, en el año 2017, se desarrolló un novedoso taller en la Ensap con los objetivos de: a) analizar los soportes teóricos de género y del ASIS como pilares en los que debe sustentarse la política sanitaria cubana y b) identificar las herramientas que permitan la transversalización de género en los componentes del ASIS. Se debatieron importantes aspectos, pero aún “la utilización de género en el ASIS y en las acciones que se derivan, se puede considerar un capítulo inconcluso, una asignatura pendiente”. (Díaz, 2017)

Estos criterios, confirman la necesidad de renovar permanentemente los indicadores ajustados al contexto y los reclamos sociales que garantizan la eficacia y eficiencia del ASIS, sea cual sea su espacio-población y nivel de ejecución.

## **Procedimientos metodológicos del análisis de situación de salud**

La observación de la realidad, tal como existe y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, evaluar

y transformar positivamente la realidad, están influidas por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar; en consonancia, el redimensionamiento de la definición de la salud como un producto social, ha dado lugar a modelos innovadores para su estudio. (OPS/OMS, 2001)

Desde una perspectiva sistémica, en el ASIS se involucra una amplia gama de elementos que se expresan por medio de determinantes y condicionantes; el afán por aproximarse a estos elementos, cómo intervenir y modificarlos, tiene su expresión también en la variedad de propuestas metodológicas para llevar a cabo ese proceso. Si bien por el carácter dialéctico del ASIS no existe acuerdo en regirse por diseños preconcebidos, es importante contar con orientaciones metodológicas flexibles, acorde al nivel donde este se realice, a las particularidades del contexto e incluso, los recursos disponibles.

Es notorio que, tanto en Cuba como en los países seleccionados, aún se mantiene la tendencia a operacionalizar el análisis mediante una guía metodológica conformada por varios indicadores o tasas convencionales para indagar las posibles causas de los problemas identificados. La revisión de una selección de “guías” oficiales para elaborar el ASIS, publicadas en el período 2014-2018, identificó la heterogeneidad de estructuras o contenidos sugeridas, lo que se reitera en la diversidad de Informes Técnicos. En Cuba, también se utilizan guías metodológicas para realizar el ASIS, que se describen en el capítulo 5.

En la tabla 2.1 se resume la conformación de las guías que se publicaron en los cinco países seleccionados. (Minsalud, 2014); (Ministerio de Salud, 2014a); (Ministerio de Salud, 2015); (Ministerio de Salud, 2015a); (Secretaría de Salud, 2016)

Como se aprecia en la tabla 2.1, en las guías del ASIS de Colombia y Perú se establecen dimensiones y categorías para el análisis de inequidades en salud; en Ecuador, Honduras y Panamá, se incorpora al diseño el componente participativo y en Ecuador, además, se agrega el componente intersectorial. En todas las guías se incluye la contextualización como un elemento ineludible del ASIS. La guía utilizada en Cuba con mayor frecuencia y que se diseñó para el programa de especialización en medicina general integral (Minsap, 1990), es extensa e incluye las variables de las cuales derivarán los indicadores en cada uno de sus apartados. Se muestra en el anexo 5.1. del capítulo 5.

**Tabla 2.1.** Estructura sugerida para el ASIS, en cinco países de la región. Período 2014-2018

| País     | Estructura de la guía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Colombia | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caracterización de los contextos: territorial y demográfico</li> <li>2. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Análisis de la mortalidad</li> <li>b) Análisis de la morbilidad</li> <li>c) Caracterización de las personas que viven en condición de discapacidad</li> <li>d) Análisis de los determinantes intermediarios de la salud (incluye circunstancias materiales, factores conductuales, psicológicos y culturales y el sistema sanitario)</li> <li>e) Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud (biológicos, estrato, etnia, raza, nivel educativo, ocupación, ingresos)</li> </ol> </li> <li>3. Priorización de los efectos de salud: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente</li> <li>b) Priorización</li> </ol> </li> </ol>                                                                             |
| Ecuador  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caracterización de la unidad geográfico-histórica de la población: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Características socioambientales de la población</li> </ol> </li> <li>2. Características demográficas de la población: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Contexto sociocultural</li> <li>b) Estado de la situación social</li> </ol> </li> <li>3. Características económicas de la población (por sexo, edad, pertenencia étnica)</li> <li>4. Características del perfil educativo formal de la población (por sexo y etnia)</li> <li>5. Características del perfil de salud-enfermedad en la población (sexo, edad y etnia) <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Oferta de servicios de salud-producción de unidades (por sexo, edad y etnia):</li> </ol> </li> <li>6. Vivienda, infraestructura básica y servicios (sexo, edad, etnia)</li> <li>7. Protección social en la población</li> <li>8. Participación social y articulación intersectorial</li> </ol> |

**Tabla 2.1.** (Continuación)

| País     | Estructura de la guía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Honduras | 1. Características demográficas y condiciones de vida de la población:<br>a) Descripción general del territorio<br>b) Contexto político, legal y socioeconómico del país<br>c) Análisis demográfico<br>d) Principales estilos de vida de la población<br>e) Principales riesgos de emergencias y desastres<br>f) Factores condicionantes ambientales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|          | 2. Estado de salud de la población (morbilidad y mortalidad):<br>a) Análisis de la mortalidad<br>b) Análisis de la morbilidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          | 3. Respuesta social a los problemas de salud:<br>a) Descripción general del sistema nacional de salud<br>b) Principales políticas, planes y programas de salud vigentes<br>c) Iniciativas de reforma sectorial de salud<br>d) Organización, funcionamiento y complejidad de la red de servicios<br>e) Modelos de atención, gestión y financiamiento de la salud (incluye la evolución del sistema de extensión de cobertura)<br>f) Análisis de disponibilidad del recurso humano y físico en salud (incluye análisis de brechas)<br>g) Acceso, cobertura y producción de los servicios de salud<br>h) Oferta de servicios en relación con la demanda<br>i) Análisis de la disponibilidad de recursos y las acciones de respuesta de otros sectores en materia de salud pública<br>j) Análisis del gasto en salud<br>k) Calidad de los servicios de salud<br>l) Participación social en salud<br>m) Cooperación externa |
|          | 1. Contextualización<br>2. Demanda y necesidades de servicios (incluye aspectos demográficos, socioeconómicos, condiciones del saneamiento básico e índice de pobreza y etnias, morbilidad y mortalidad)<br>3. Caracterización de oferta de servicios<br>4. Satisfacción del usuario<br>5. Actores y red social<br>6. Instrumentos de gestión<br>7. Financiación de los servicios<br>8. Proyectos de inversión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**Tabla 2.1.** (Continuación)

| País | Estructura de la guía                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------|
| Perú | 1. Entorno:                                                               |
|      | a) Características geográficas y demográficas                             |
|      | b) Características de la organización social y de la presencia de riesgos |
|      | 2. Determinantes sociales de la salud, estructurales e intermedios:       |
|      | a) Características socioeconómicas                                        |
|      | b) Características de la vivienda                                         |
|      | c) Características educativas                                             |
|      | d) Características del trabajo                                            |
|      | e) Inversión del Estado desde la municipalidad distrital                  |
|      | f) Características socioculturales                                        |
|      | g) Características del sistema de salud                                   |
|      | 3. Problemas de salud:                                                    |
|      | a) Morbilidad                                                             |
|      | b) Mortalidad                                                             |

Es oportuno reiterar que los problemas de salud no son estáticos, son dinámicos y su movilidad implica la obligación de identificarlos científicamente y no solamente con la utilización de indicadores. En los cinco países cuyas guías revisamos, no se obtuvo información sobre la realización de encuestas de opinión y la utilización de técnicas participativas, que confirmen la existencia de los problemas en la comunidad. También en Cuba, estas herramientas tienen limitada utilización.

### Espacios y niveles de ejecución del análisis de situación de salud

El territorio donde habitan las poblaciones, además de otras acepciones, se considera un espacio social construido a través de un proceso histórico, expresión de las condiciones de vida de la población y esencial para los propósitos del ASIS. Con esas premisas, en la práctica se utilizan diversos espacios, casi siempre adaptados a las divisiones territoriales propias de los países y los niveles organizativos de sus sistemas de salud.

Por ejemplo, las Guías en Colombia fueron elaboradas para su aplicación en las entidades a nivel de departamentos y municipios (Minsalud, 2014), en Panamá, para el nivel local hasta el regional (Ministerio de Salud, 2015), en Perú y Ecuador para el nivel local (Ministerio de Salud, 2015b);

(Ministerio de Salud, 2014a) y en Honduras, una guía nacional para todos los niveles (Secretaría de Salud, 2016). En Perú, como parte del ASIS Regional, se ha establecido la determinación de los distritos en el nivel más alto de vulnerabilidad, según el índice construido en base a indicadores sanitarios seleccionados. (Ministerio de Salud, 2015c)

Este análisis de vulnerabilidad se desarrolla como parte del proceso de priorización y permite identificar los territorios más excluidos de cada región, es decir, aquellos que requieren intervención focalizada por el Estado, organizaciones no gubernamentales, autoridades locales u otros. No obstante, en los países estudiados, las regiones (integración de municipios) son los espacios más utilizados para realizar el ASIS.

Existe consenso en reconocer la importancia de la comunidad para el estudio de la situación de salud, pues allí viven, nacen, crecen y se desarrollan las personas y además, se producen importantes procesos de socialización y aprendizaje, no obstante, fue limitada la cantidad de informes técnicos del ASIS de los países estudiados, donde se utilizó el término “comunitario”. Constituyeron excepción los informes de Argentina (Weisbrot *et al*, 2016), Brasil (Zayas *et al*, 2016), Honduras (Reyes *et al*, 2014) y México (Arenas *et al*, 2015); dos comunas chilenas (Municipalidad Recoleta, 2015); (Dpto. Salud Cisterna, 2018) y varias comunidades de Venezuela, aunque es pertinente aclarar que, en este país, los ASIS se realizaron como un ejercicio docente para los estudiantes de posgrado del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. (Espinoza *et al*, 2014); (MPPEs, 2014 y 2014a)

Como se describe en el capítulo 10, desde la implementación del Modelo del Médico y Enfermera de la Familia en Cuba (Minsap, 1984), el espacio idóneo para realizar el ASIS es el área del consultorio de medicina familiar. No obstante, se ha utilizado la metodología para el ASIS enfocado a las condiciones de vida, aunque con prioridad desde la docencia y la investigación, tal como se detalla en el capítulo 7. Además, a inicios del 2000, se elaboró una propuesta –aún no totalmente desarrollada– para realizar el ASIS en el espacio de los consejos populares, que se sintetiza más adelante.

En los países estudiados, resultó interesante el hallazgo de una propuesta de ASIS en un hospital, lo que pudiera denominarse “espacio cerrado”, al mostrarse el Análisis de la Situación Integral de Salud Hospitalaria (ASIS-HO) en los centros pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Lo sugerente de esta propuesta es que, al

decir de sus autores: “La metodología propuesta se distingue por su adecuación a las particularidades de la población afiliada [...] Los indicadores que se plantean permiten la articulación de los determinantes y condicionantes de la salud en sus múltiples dimensiones [...] Contribuirá a la identificación de problemas, necesidades y prioridades en los hospitales, así como a la ejecución de programas apropiados para el mejoramiento de la salud de la población afiliada”. (Batista *et al*, 2016)

Esta variante del ASIS en “espacios cerrados” también se ha realizado en Cuba, aunque dista de cumplir con los modelos y metodologías convencionales y requiere de adecuaciones propias según la comunidad en estudio. (Velázquez *et al*, 2010); (Reyes y Díaz, 2004)

## **Enfoque de los determinantes sociales en el análisis de situación de salud**

En los informes técnicos revisados, se refleja la importancia de fortalecer la capacidad del ASIS con la introducción del enfoque de DSS para incorporar las categorías de daño en salud, determinantes intermedios y estructurales y de esta forma, identificar los diferenciales en salud y las desigualdades sociales. (Cárdenas *et al*, 2017)

La experiencia de Chile estuvo dirigida a fortalecer los procesos de “Diagnósticos Regionales”, mediante la introducción del enfoque de DSS y equidad en salud a través del monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de una región utilizando los diversos sistemas y fuentes de información sobre daños, riesgos y sus determinantes, y de esta forma adoptar políticas e intervenciones basadas en evidencias con el fin de lograr el bienestar de la población. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

La propuesta de un instrumento de gestión para el abordaje de los DSS, fue la variante utilizada en Perú, mediante el diseño e implementación de una metodología para reformular las intervenciones estatales, mediante políticas públicas y programas presupuestales focalizados por exposición, vulnerabilidad y DSS, como consecuencia diferencial para luchar contra las “causas de las causas” y las inequidades sociales en ese país. (Palma, 2014)

En Colombia, se fortaleció el proceso del ASIS para lograr análisis integrales y consonantes con el modelo conceptual de los DSS, con el propósito de identificar los principales efectos en la salud de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes,

y aprovechar al máximo las evidencias para la toma de decisiones y la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas y planes de salud. (Secretaría Distrital de Salud, 2017); (Secretaría de Salud Santander, 2014); (Secretaría de Salud Boyacá, 2017)

Según se expone en un documento emitido por la OPS, el modelo actual de gobernanza en el Ministerio de Salud de Costa Rica, se centra en la necesidad de influir en los DSS para proteger y mejorar la salud (OPS, 2012). Con este fin, el modelo se basa en la estrategia maestra de “pasar del tratamiento de las enfermedades a la promoción de la salud”, que representa un cambio fundamental en el paradigma hacia una cultura de la inclusión de todos y la equidad en el acceso al bienestar. (Ministerio de Salud, 2014b)

Es oportuno precisar que algunos de esos instrumentos y enfoques, en ocasiones permanecen en el terreno teórico, sin generalización en los territorios respectivos y además, no en todos los informes se identificaron brechas de desigualdad en la utilización de indicadores específicos o estratificadores sociales, ni tampoco se manifestó el nivel de desigualdad con un consecuente análisis epidemiológico.

En ocasiones las “brechas” se reducen a la simple descripción de variables históricas, culturales, de condiciones de vida, económicas y otras, que participan en la construcción social de la salud, pero no más allá de una visión integral de la caracterización de perfiles de salud, sin explicar posibles iniquidades. No obstante, haber asumido el reto de incorporar el enfoque de los DSS en los ASIS, promete un avance necesario en los esquemas rígidos utilizados hasta hace poco tiempo. En Cuba, como se analiza en el capítulo 8, actualmente se desarrolla una propuesta de modelo para el enfoque de los DSS en el ASIS.

## **Participación de la población en el análisis de situación de salud**

La participación de la población en el ASIS es tan importante, que se ha dedicado un capítulo completo al tema. Esa participación se refuerza con la acción de los actores sociales, fundamentalmente, en la identificación de problemas y necesidades, la definición de prioridades, así como la formulación y negociación de sus propuestas. Estos actores intervienen en los diferentes procesos de manera activa, deliberada, concertada y comprometida. (Capítulo 9)

Los líderes formales y no formales de la comunidad –estos últimos a veces poco conocidos– pueden tener notable influencia para contribuir a los cambios favorables del modo y estilo de vida relacionados con el perfil de salud-enfermedad de la población y su aporte es imprescindible en todas las etapas del ASIS, sobre todo a nivel local.

El desarrollo de procesos conjuntos entre el equipo responsable de realizar el ASIS y los representantes de la comunidad y otros sectores, fomenta la generación de sinergia entre los diferentes actores y potencia los mecanismos para dar solución a los problemas con impacto sanitario. No obstante, es frecuente el procedimiento que identifica y prioriza los problemas de salud y las localidades vulnerables como un “trabajo de mesa” a cargo de los responsables de realizar el ASIS en el sector de la salud, que después convocan a los actores sociales y presentan resultados. (Minsap, 2006)

Las experiencias en los países en cuanto a la participación de otros actores en el ASIS resultó positiva, por lo menos, eso traducen los informes revisados, donde destacan: los ejercicios de “presupuestación participativa”<sup>1</sup> en localidades de Argentina (Secretaría de Salud Pública, 2017), en Venezuela las prácticas docentes de conjunto con la comunidad organizada en consejos comunales (MPPEs, 2014a), en Chile, la modalidad de participación desarrollada en algunas comunas (Municipalidad Recoleta, 2015); (Dpto. Salud Cisterna, 2018) con los denominados diagnósticos y “evaluaciones diagnósticas participativas”<sup>2</sup>, y en Ecuador, un peculiar modo de actuación, que concibe al ASIS como un proceso de alcance superior construido con la participación de actores sociales. (Ministerio de Salud, 2014)

Queda claro que la participación social ocupa un lugar relevante en la práctica ecuatoriana, promovida desde el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS Integral), del cual se genera información, análisis e intervención sobre una determinada realidad, mediante un “diálogo analítico” entre la información disponible en las instituciones de salud y la que poseen

---

<sup>1</sup> Presupuesto participativo. Modalidad de planificación presupuestaria usada para definir con la participación activa de la comunidad el destino de los recursos públicos. Se desarrolla por etapas, mediante rondas de asambleas barriales, en las que se busca acordar y relevar las necesidades y los problemas de cada uno de los barrios, incluido la elección de proyectos por parte de los vecinos y la asignación del porcentaje del presupuesto municipal.

<sup>2</sup> Diagnósticos participativos y evaluaciones diagnósticas participativas. Se trata de procesos de análisis conjunto entre los equipos de salud, los representantes de la comunidad y otros sectores, que se efectúan de manera periódica e implican actividades evaluativas de los diagnósticos realizados. A través de ellos, se fomentan y unifican criterios de los actores involucrados y se generan mecanismos de trabajo a fin de identificar y dar solución a los problemas de salud al interior de las localidades.

los actores claves de la comunidad y emanada de sus puntos de vista. Con este ASIS Integral, también se incorpora la identificación de factores protectores a partir de ejercicios participativos y preservadores de la salud, de conjunto con organizaciones sociales.

De los países estudiados, solo en los documentos normativos ecuatorianos se identifican los actores sociales y sus redes que integran los comités locales de salud. Esto se considera como un paso previo al proceso de recolección de información, o sea, que la caracterización de los actores claves, antecede a todos los procesos en la ejecución del ASIS.

Para complementar estas valoraciones sobre la participación de la población en el ASIS, son oportunos los hallazgos de una investigación que analiza la situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe (López, 2018). El primer hallazgo, relacionado también con el desempeño de Ecuador, es la incorporación de los actores sociales en el proceso de seguimiento y evaluación de los planes de salud y en el segundo, referido a Panamá, se alude a la no disponibilidad de documentos que prueban la implementación de la Auditoría Social, como proceso regulador de la provisión de servicios de salud a toda la red panameña y a la gestión institucional, pese a estar incorporada al sistema sanitario de ese país desde el 2003.

Un aspecto importante y también vinculado al tema de participación de la población en el ASIS, es la obtención y beneficio del conocimiento epidemiológico derivado de procesos de participación social; así lo afirma la experiencia mexicana mediante un diagnóstico de salud poblacional con enfoque de Ecosalud en dos comunidades, rural y urbana, con el cual se desarrolló un estudio holístico de salud pública, más cercano a las necesidades de la población. (Arenas *et al*, 2015)

Para ese ejercicio, efectuado con fines académicos –al igual que en Venezuela– se consideraron tres de los principios del enfoque de Ecosalud: transdisciplina, género y equidad y participación comunitaria (Briceño y Ávila, 2014). Estos autores reconocen que este enfoque contribuyó a la comprensión del fenómeno salud-enfermedad, incluso no solo desde el punto de vista biológico, sino en la interacción con los aspectos socio-culturales, económicos y ambientales. De igual modo, permitió diseñar mejores intervenciones mediante la fusión de las perspectivas de la población, autoridades locales y equipo de salud.

En Cuba, aunque ha existido cierta cohesión y trabajo conjunto entre los diferentes actores comunitarios, su participación en la realización del ASIS es limitada, posiblemente como resultado de la carencia de métodos

y técnicas participativas por parte del equipo básico de salud (EBS) de los consultorios de medicina familiar, lo que contribuirían a impulsar esa participación. Con frecuencia, los vínculos se realizan con los líderes formales de la comunidad más que con líderes informales o población abierta. (Capítulo 10)

## **Intersectorialidad en el análisis de situación de salud**

La complejidad y la multidimensionalidad de las situaciones relacionadas con la salud y con la calidad de vida, requieren el involucramiento de instituciones que representen a diversos sectores públicos y sociales, a fin de que colaboren en el análisis y actúen de forma sistémica y articulada sobre las problemáticas de mayor prioridad o impacto social (Castell-Florit, 2007). Con el vínculo intersectorial, se aboga por la sinergia que emerge de la acción coordinada de diversos sectores de la sociedad o parte de ellos, en función de solucionar un problema de salud o actuar sobre sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes.

Los cimientos del trabajo intersectorial para enfrentar los problemas de salud está, por un lado, en la identificación de los DSS cuyo “campo de influencia” corresponde o se comparte con sectores diferentes a los del sector de la salud y por otro, en la priorización de los grupos vulnerables, hacia los cuales deben conducirse de manera diferenciada las intervenciones en salud, por eso, para realizar el ASIS se requiere un ejercicio de coordinación entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales cuyo accionar, al influir en los DSS, contribuye a reducir las inequidades en salud.

En los documentos metodológicos revisados en cada uno de los cinco países, aunque se reconocen esos criterios, la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social no se establece como indicación en el ASIS, aunque en Colombia, Chile, Ecuador y Panamá, se exponen momentos del proceso en los que se ha reconocido la importancia de la participación de otros sectores. Sin dudas, es una tremenda tarea lograr –en cualquier país– la incorporación en la elaboración del ASIS de los sectores sociales comprometidos con la salud de la población y sobre todo, mantener ese vínculo, como un elemento imprescindible en el propósito de asegurar la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades.

En Cuba, se ha intentado hacer efectivo ese compromiso, con la propuesta del ASIS en el espacio correspondiente al territorio que

se denomina consejo popular Según la ley que lo instaure: “El Consejo Popular es un órgano del Poder Popular, local, de carácter representativo, investido de la más alta autoridad para el desempeño de sus funciones. Se crea en ciudades, pueblos, barrios, poblados y zonas rurales. Cada Consejo Popular comprende cinco circunscripciones como mínimo y la población de la circunscripción oscila entre 200hs mínimo y 3000hs máximo, con el objetivo primordial de garantizar una representación del estado en la comunidad”. (Asamblea Nacional, 2013)

En una lectura minuciosa de la definición, se comprueba el carácter gubernamental del consejo popular en la comunidad, de ahí la importancia de su contribución en la solución de los problemas de salud que se detecten en los ASIS. El consejo popular puede reclamar la intervención de los sectores involucrados en la aparición de los problemas y subsanarlos, junto con las iniciativas de la propia comunidad; desde su creación, desempeñan una función insustituible en el proceso de participación social para la solución de los problemas comunitarios. Además, constituyen escenarios que los actores del sector de la salud deben compartir y aportar sus conocimientos para estimular la búsqueda de soluciones a los problemas, aun cuando estén en el mismo sector de la salud.

Una de las formas participativas adoptadas, fue la creación de los “consejos populares por la salud” como un órgano de coordinación intersectorial. Ese movimiento se desarrolló para lograr una mayor descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social, a través del análisis de la situación de salud y la canalización de soluciones. (Márquez *et al*, 2011)

Es necesario reconocer que no se cumplieron totalmente esos intentos iniciales de elaborar el ASIS en el territorio de un consejo popular pues –a diferencia del ASIS que se realiza en los consultorios de medicina familiar– este no se generalizó y ya no se continúa su ejecución. Entre los criterios para ese incumplimiento se alude con frecuencia, que el territorio (circunscripciones) asignado a un consejo popular no coincidía geográficamente con el área de salud, en no pocas ocasiones, esa área se vinculaba a más de un consejo y en otras ocasiones menos frecuentes, un mismo consejo abarcaba más de un área de salud, lo que interfiere con los procesos de coordinaciones y de representatividad, como se analiza en el capítulo 4. Aún se mantienen estas circunstancias que no facilitan la

realización del ASIS en muchos territorios del país, pero donde no existan es factible su ejecución.

Por otro lado, también influye la diferencia sectorial, pues el CMF, el GBT y el área de salud, son estructuras del sector de la salud, no así el Consejo Popular que es una estructura básica de gobierno, de ahí que debe aprovecharse muy bien la oportunidad que ofrece la recientemente aprobada Carta Magna, que instaura un proceso de autonomía municipal, que garantiza los ajustes estructurales necesarios (Constitución, 2019). Esta acertada propuesta, impulsa la renovación del ASIS, tanto en el consejo popular como en el propio municipio, ya que el ASIS se considera una actividad ineludible de la planificación en salud, como refuerzo del denominado “análisis situacional”, utilizado frecuentemente por los gerentes de salud.

En síntesis, la formulación de los objetivos, las estrategias y tácticas, las formas para operar en las relaciones intersectoriales y la participación de la propia población en funciones de cuidar y mejorar su salud, dependerán del ASIS que se realice según el espacio correspondiente, la identificación de los problemas de salud que prevalezcan y la propuesta de soluciones. Con un correcto ASIS, se deberán trazar acciones generales con la particularidad necesaria para cada territorio y ajustar las tareas según las posibilidades reales de su solución y así, lograr una mejor conducción del sistema municipal de salud, incluidos los consejos populares en cada uno de los municipios cubanos.

Tanto las autoridades de gobierno como del propio sector de la salud, deben ganar en claridad en relación con la importancia del ASIS para la toma de decisiones. Se debe recordar que el trabajo intersectorial, cuando es liderado inteligentemente por el sector de la salud, crea oportunidades para que todos puedan aportar inteligencia, iniciativas, recursos y esfuerzos para mejorar la situación de salud de la comunidad. (Carnota, 2005)

## **Utilización del análisis de situación de salud en la gestión de salud**

El carácter poblacional del ASIS y los elementos sustanciales que proporciona en su realización para formular objetivos, estimar metas, valorar estrategias e impacto de intervenciones, entre otros elementos, lo vincula muy de cerca con todos los procesos sanitarios, en particular, con

la planificación y decisión política en los diferentes niveles de gestión. En el capítulo 12 se desarrollan contenidos sobre el vínculo de la gerencia en salud y el ASIS, por eso, solamente se sintetizan los hallazgos de la revisión de los informes técnicos sobre el ASIS en los países estudiados y los comentarios de los expertos encuestados. (Anexos 2.1 y 2.2)

Es conveniente recordar que la planificación en salud se inicia con la identificación de problemas, primer paso del proceso de planificación, donde se incorporan los puntos de vista de los profesionales de sector de la salud (planificadores) y la comunidad, tanto para identificar los problemas, como para proyectar lo que quiere o puede hacerse, a tenor de las percepciones diferentes sobre la realidad y lo alcanzable. En todos los documentos de carácter metodológico y en la mayoría de los informes técnicos revisados, se advierte la visión estratégica del ASIS, o sea, el desarrollo de un proceso de generación de información científica, válida para la gestión y planificación de intervenciones incluidas en los planes nacionales de salud y en los planes estratégicos de gobierno.

La experiencia de Perú resulta loable, al institucionalizar la ejecución de un ASIS Regional en apoyo a la gestión de los gobiernos regionales a partir de considerar que tres de los momentos que lo estructuran mantienen su vigencia –salvo algunos ajustes– durante todo el lapso que permanezca la gestión de gobierno regional (Ministerio de Salud, 2008); (Palma, 2014). De este modo, el ASIS Regional se convierte en el insumo central para la formulación de políticas y programas sanitarios, vinculado con los planes estratégicos y operativos regionales y locales. Esos momentos son:

- El momento de análisis de la vulnerabilidad territorial y el estado de salud regional.
- El momento de priorización de los problemas de salud.
- El momento de análisis causal de los problemas de salud y priorización de intervenciones.

En resumen, existió una limitante para revisar los informes técnicos del ASIS en los países seleccionados en los últimos cinco años, por la escasa disponibilidad de acceso mediante los motores de búsqueda en Internet, posiblemente originada por su restricción en los repositorios institucionales. Sin embargo, se obtuvo un panorama bastante aproximado sobre el ASIS en esos cinco países latinoamericanos.

Se constató un nivel de inestabilidad en la utilización del ASIS como práctica sistemática de los servicios, su vigencia como herramienta de gestión del sector de la salud y como instrumento valorativo del impacto de las políticas de salud. En cuanto al contenido de los informes técnicos, en ninguno de los países estudiados la metodología fue similar, aunque el propósito fuese el mismo, es decir, la identificación de factores considerados relevantes sobre todo para la gestión, como son los factores demográficos, socioeconómicos, de recursos y cobertura, de pérdidas de salud y otros, tal como se analizan en el capítulo 12.

También, se muestran avances en la calidad de los análisis, con una tendencia descriptiva menos convencional y más integradora e integral. Se consideró amplio el intervalo de tiempo en la ejecución de los ASIS, si se compara con lo realizado en Cuba. Además, parece existir una sobreestimación del valor de los indicadores cuantitativos más convencionales acerca de la morbilidad y la mortalidad, con reducido aporte de otros indicadores cualitativos que contribuyen a identificar causas y consecuencias de los problemas de salud prioritarios. Resultó muy positivo que en varios informes se explicitara la necesidad de centrar su ejecución en la participación social.

En cuanto a las opiniones de los expertos consultados, ofrecieron sus criterios de seis países: Bolivia, México, Costa Rica, Colombia, Mozambique y Venezuela. Se reconocieron como expertos por su especialidad, por la participación en los procesos formativos sobre el ASIS o por su vinculación con este instrumento desde la actividad gerencial o deservicios. Es pertinente aclarar que, en Bolivia, Mozambique y Venezuela, los expertos son profesionales cubanos que desarrollaron actividades de asesoría en esos países, con un elevado nivel de información sobre la utilización del ASIS. En cuanto a las respuestas a la guía de preguntas *ad hoc* (Anexo 2.1), todos los consultados consideraron que el ASIS mantiene su vigencia y la mayoría reconoce que se utiliza para la toma de decisiones y que la comunidad participa en su realización. (Anexo 2.2)

Es necesario poseer concepciones claras sobre la salud y sus determinantes, identificar indicadores aplicables según las características del espacio a estudiar, localizar las fuentes confiables para la recogida de la información, utilizar métodos y técnicas para la identificación y priorización de los problemas y lograr la participación de los actores sociales principales. Con este enfoque, en los Informes deberá traducirse la

verdadera situación de salud de la comunidad objeto de estudio y se transformará el ASIS en una valiosa herramienta científica.

## Consideraciones finales

Ofrecer un panorama sobre la práctica del ASIS en diferentes países de la Región, resultó una tarea ineludible dentro del contenido del libro y contribuyó a su propósito de actualización. El ejercicio ofrece patrones de comparación imprescindibles para la renovación del ASIS en Cuba y, al mismo tiempo, confirma la necesidad de modificar su objeto de estudio, tal como recomiendan los organismos internacionales y reclaman los cambios contextuales y generacionales en Cuba y en el continente. Por supuesto, es obligada una búsqueda más abarcadora que incluya a todos los países de la región, no solo para revisar los informes técnicos como fuente de información, si no, que permita obtener las opiniones de quienes lo realizan y el intercambio directo de experiencias. De esta forma se promueve el uso del ASIS como el instrumento ejecutor de la epidemiología y la salud pública.

## Referencias bibliográficas

- Arenas, L., Cortez, M., Parada, I., Pacheco, L.E., Magaña, L. (2015): Diagnóstico de salud poblacional con enfoque de ecosalud. *Rev Saúde Pública*: 49-78. En: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf)
- Asamblea Nacional del Poder Popular. (2013): República de Cuba. Ley de los Consejos Populares. En: <http://www.parlamentocubano.gob.cu/index.php/documento/ley-de-los-consejos-populares/>
- Batista, Y., Yera, I.B., Martínez, M.I., Pérez D., Aranda, S. (2016): El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Rev Med Electrón*; 38(4).
- Briceño, R., Ávila, O.B. (2014): De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud. *Espacio Abierto*; 23(2):191-218. En: <https://www.redalyc.org/pdf/122/12231139001.pdf>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R. Vivas J. (2017): Determinantes sociales en salud. Universidad ESAN. Editor Lima, Perú.
- Carnota, O. (2005): Tecnologías Gerenciales. Una oportunidad para los Sistemas de salud. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2007): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Editorial Ciencias Médicas. En: <http://www.ensap.sld.cu/sites/default/files/>

- carpetas/2016/Pastor/Castell%20Floritserrate,%20Pastor.%20Intersectorialidad%20en%20la%20Pr%C3%A1ctica%20Social.pdf
- Constitución de la República de Cuba (2019): Capítulo II. Órganos Municipales del Poder Popular. Artículos 185-203. En: <http://www.granma.cu/reforma-constitucional/2019-07-10/en-pdf-nueva-constitucion-de-la-republica-de-cuba>
- Departamento de Salud La Cisterna. (2018): Diagnóstico de Salud La Cisterna 2018. Santiago de Chile. En: <http://www.saludcisterna.cl/wp-content/uploads/2018/01/Diagnostico-de-salud-2018.pdf>
- Díaz, Z. (2018): Conferencia. El color de la piel importa en Cuba y el género también. La Habana, Asociación Cubana de Naciones Unidas (ACNU).
- Díaz, Z. (2017): Conferencia en el Taller Análisis de la situación de Salud con enfoque de género: Un maridaje imperfecto y un desafío para la política sanitaria cubana. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Escamilla, J.A., Velasco, H.E., Ruiz, P. (2015): Renovando el Análisis de Situación de Salud (ASIS) en las Américas: Avances. En: <http://www.paho.org/relacsis/index.php/biblioteca-usuarios/reuniones-relacsis/viii-reunion-nicaragua/materiales-viii-reunion/recursos/reuniones-relacsis/7-reunion-san-jose-costa-rica/posters-vii-reunion-relacsis/226-90-vii-relacsis-asis/file>.
- Espinoza, Y., Bastardo, M., Uscategui, C. (2014): Análisis de Situación de Salud (ASIS). Venezuela Comunidad “Los Frailejones”, municipio Rangel, estado Mérida. En: <https://es.slideshare.net/ivoulavenezuela/anlisis-de-situacin-de-salud-asis-comunidad-los-frailejones-municipio-rangel-estado-mrida-venezuela>
- López, R. (2018): El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Fac Nac Salud Pública Colombia*; 36(3):En: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/330061>
- McGrath, C., Palmarella, G., Solomon, S y Dupuis, R. (2017). Precision Prevention and Public Health. CPHI Data Briefs. 4. En: [https://repository.upenn.edu/publichealth\\_databriefs/4](https://repository.upenn.edu/publichealth_databriefs/4)
- Márquez, M., Sansó, F., Alonso, P. (2011): Medicina general. Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana; Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez, S. (2013): Renovación del análisis de situación de salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*; 39(4):752-62. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n4/spu11413.pdf>
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el Sistema Nacional de Salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública (Minsap). (1990): Programa de Especialización en Medicina General Integral, 3 t. Ed. Provisional, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública (Minsap) (1984): Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana, Editorial Ciencias Médicas,

- Ministerio de Salud de Chile (2013): Diagnósticos regionales de salud pública basados en el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2014): Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Bogotá, Colombia. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014a): Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional Integral. En: <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/AN%C3%81LISIS%20SITUACIONAL%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20FINAL.pdf>
- Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior (MPPES). (2014): Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Comunidad de Santa Anita, Parroquia Spinetti Dini, Municipio Libertador. Estado Mérida. Venezuela. En: <https://es.slideshare.net/ivoulavenezuela/anlisis-de-situacin-de-salud-asis-comunidad-de-santa-anita-parroquia-spinetti-dini-municipio-libertador-estado-mrida-venezuela>
- Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior. (MPPES) (2014a): Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Comunidad “Barrio Cuatricentenario Sector IV”. Municipio Guanare del estado Portuguesa. República Bolivariana de Venezuela. En: <https://es.slideshare.net/ivoulavenezuela/anlisis-de-situacin-de-salud-asis-comunidad-barrio-cuatricentenario-sector-iv-municipio-guanare-del-estado-portuguesa-venezuela>
- Ministerio de Salud. (2014b): Análisis de Situación de Salud Costa Rica. Costa Rica. En: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Ministerio de Salud. (2015): Dirección de Planificación de salud. Guía para el análisis de situación de salud. Macro visión de salud. Panamá. En:
- Ministerio de Salud. (2015a): Metodología para el análisis de situación de salud local. Documento técnico. Lima. En: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/Minsa/3399.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015b): Dirección Regional de Salud. Análisis de Situación de Salud de la Región Ayacucho. Lima, Perú. En: [http://www.saludayacucho.gob.pe/images/oficinas/Epidemiologia/Asis/Asis\\_diresa\\_ayacucho\\_2015.pdf](http://www.saludayacucho.gob.pe/images/oficinas/Epidemiologia/Asis/Asis_diresa_ayacucho_2015.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015c): Dirección de Salud. Análisis de Situación de Salud de la Dirección de Salud IV Lima Este, Perú. En: [http://www.limaeste.gob.pe/Virtual2/Direcc\\_Oficinas/OEP/Situacion\\_Salud/Analisis\\_Situac\\_Salud/ASIS%202015%20FINAL.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/Virtual2/Direcc_Oficinas/OEP/Situacion_Salud/Analisis_Situac_Salud/ASIS%202015%20FINAL.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2018): Análisis de Situación de Salud (ASIS). Colombia, 2017. Bogotá. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2018.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017): Dirección Regional de Salud. Análisis de Situación de Salud Región Lima, Perú. En: <http://www.diresalima.gob.pe/diresa/menu/archivo/asis/ASIS%202017.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (2018): Análisis de la Situación de Salud Adolescente. Buenos Aires. En: [https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/12/informe\\_situaci%c3%b3n\\_adolescente\\_2016\\_final.pdf](https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/12/informe_situaci%c3%b3n_adolescente_2016_final.pdf)
- Ministerio de Salud. (2018): Análisis de Situación de Salud. Gerencia Arequipa. Lima, Perú. En: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2017/ASIS%202017.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (Minsap). (2006): Dirección Nacional de Epidemiología. Documentos del Taller provincial “Análisis de la Situación de Salud comunitaria”, La Habana, Cuba
- Ministerio de Salud. (2018a): Análisis de Situación de Salud. Panamá. Macro Visión Nacional de Salud. República de Panamá.
- Ministerio de Salud. (2008): Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. Documento técnico. Lima, Perú.
- Municipalidad de Recoleta. (2015): Departamento de Salud. Diagnóstico de Salud 2015. Santiago de Chile. En: [https://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2016/05/diagnostico\\_salud\\_2015.pdf](https://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2016/05/diagnostico_salud_2015.pdf)
- Olstad, D.L., McIntyre, L.(2019): Reconceptualizing precision public health. *BMJ Open*;9:e030279.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1984): Usos y perspectivas de la Epidemiología. Publicación No. PNSP; 1983. Buenos Aires: Representación OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1985):. Fortalecimiento de la Capacidad Nacional en Epidemiología. OPS, Washington, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2001): Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Módulo Introductorio. Segunda edición.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2004): Lineamientos metodológicos para análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas. Washington, D.C.: OPS (Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial, Nº 9).
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2017): Salud en las Américas. Washington, D. C. En: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=310&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es)
- Palma, H. (2014): El análisis de situación de salud regional: una contribución para la identificación de los determinantes sociales de la salud. *Rev Peurana Epidemiol*;18(S1):e08. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677008>
- Reyes, M.E., Díaz, W. (2004): Situación de salud de los trabajadores. En: Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas: 123-135.
- Reyes, S.Z., Zambrano, L., Sánchez, C.R., Sevilla, C.G., Sierra, E., Colindres, J.A., et al. (2014): Análisis de Situación de Salud en la comunidad de La Cali, Santa

- Ana, Francisco Morazán. *Rev Fac Cienc Méd*; 11(2): 20-26. En: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2014/pdf/RFCMVol11-2-2014-4.pdf>
- Secretaría de Salud de Santander. (2014): Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud. Municipio de Barrancabermeja. Bogotá, Colombia. En: [http://web.observatorio.co/publicaciones/Barrancabermeja\\_dg.pdf](http://web.observatorio.co/publicaciones/Barrancabermeja_dg.pdf)
- Secretaría de Salud de Boyacá. (2017): Análisis de Situación de Salud con el modelo de los Determinantes Sociales de Salud, municipio de Mongua, Boyacá Bogotá, Colombia.
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (2017): Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. Bogotá, Colombia. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrital-bogota-2017.pdf>
- Secretaría de Salud Pública. (2017): Diagnóstico de Situación de Salud Local Ciudad de Rosario. Provincia de Santa Fe. Buenos Aires, Argentina. En: [https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/Analisis\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_salud-comunidad.pdf](https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/Analisis_de_la_situacion_de_salud-comunidad.pdf)
- Secretaria de Salud. (2016): Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud (ASIS). Tegucigalpa, Honduras. En: <https://saludpublicaiiunahvs.files.wordpress.com/2018/02/1-lineamientos-asis-sesal.pdf>
- Secretaria de Salud. (2015): Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional. México. En: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_.pdf)
- Weisbrot, M., Segalini, A., Burdisso, N., Herrera, A., Grande, M., Rezzonico, M. (2016): Análisis de situación integral de salud (ASIS) de la comunidad del barrio Santa María, Bajo Boulogne, partido de San Isidro. *Rev Hosp Ital*;36(4):136-42. En: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios\\_attachments/11637\\_ASIS\\_PDF.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachments/11637_ASIS_PDF.pdf)
- Velázquez, A., Rodríguez, H., Sánchez, E., Duconger, M., Benítez, E. (2010): Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. *Medisan*;14(2). En: <http://www.bvs.sld.cu>
- Zayas, M., Alves, A., Barbosa de Sousa, S., Magalhaes, C. (2016): Implementación del análisis de la situación de salud en una unidad básica sanitaria de Brasil. *Medisan*;20(10);4091-5000. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016001000007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

## Anexo 2.1

### Cuestionario

País donde reside el encuestado:

Fecha:

1. ¿Se conocen por las autoridades sanitarias las orientaciones y recomendaciones de la OMS sobre el ASIS?

Sí \_\_\_\_\_ Escasamente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. ¿Se utiliza el ASIS en el sistema de salud del país donde reside?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. ¿Se utiliza con el nombre ASIS o se denomina Diagnóstico de Salud u otro?

ASIS \_\_\_\_\_ Diagnóstico de salud \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

4. Si se utiliza, ¿en qué nivel o niveles organizativos del sistema de salud?

Nacional \_\_\_\_\_ Provincial o estatal \_\_\_\_\_ Municipal \_\_\_\_\_ Área de salud o similar \_\_\_\_\_

5. Si se utiliza, ¿es para la toma de decisiones?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. Si se utiliza, ¿existe un profesional o equipo de salud encargado de confeccionarlo?

Profesional \_\_\_\_\_ Equipo de salud \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

7. Si se utiliza, ¿participa la comunidad en la identificación de los problemas de salud?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. Si se utiliza, ¿está incorporado como actividad docente en los currículos para la formación de recursos humanos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Se dispone de libros de texto o consulta y material para su confección?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. Usted que responde las preguntas, ¿considera que el ASIS tiene vigencia como herramienta útil para los servicios de salud?

Mucha \_\_\_\_\_ Muy poca \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

**Nota:** si desea exponer un breve comentario, lo aceptamos y le agradecemos el tiempo dedicado a responder las preguntas.

## Anexo 2.2

### Respuestas de expertos a la guía de preguntas sobre el ASIS según el país de residencia

| Preguntas                                                                                                   | País     |   |    |   |    |   |    |   |    |         |   |   |   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|----|---|----|---|----|---|----|---------|---|---|---|----|
|                                                                                                             | 1        |   | 2  |   | 3  |   | 4  |   | 5  |         | 6 |   |   |    |
|                                                                                                             | S        | N | S  | N | S  | N | S  | N | S  | N       | S | N | S | N  |
| 11. ¿Se conocen por las autoridades sanitarias las orientaciones y recomendaciones de la OMS sobre el ASIS? | X        | - | -  | X | E  | - | X  | - | -  | X       | - | - | - | E  |
| 12. ¿Se utiliza el ASIS en el sistema de salud del país donde reside?                                       | X        | - | X  | - | -  | X | X  | - | -  | X       | X | - | - | -  |
| 13. ¿Se utiliza con el nombre ASIS o se denomina diagnóstico de salud u otro?                               | A        | - | A  | - | A  |   | DS | - | -  | O       | A | - | - | -  |
| 14. Si se utiliza, ¿en qué nivel o niveles organizativos del sistema de salud?                              | NP<br>MA | - | NM | - | NP | - | NP | - | -  | NP<br>A | A | - | - | -  |
| 15. Si se utiliza, ¿es para la toma de decisiones?                                                          | X        | - | X  | - | -  | X | -  | X | X  | -       | - | - | - | X  |
| 16. Si se utiliza, ¿existe un profesional o equipo de salud encargado de confeccionarlo?                    | A        | - | A  | - | A  | - | EQ | - | EQ | -       | - | - | - | EQ |
| 17. Si se utiliza, ¿participa la comunidad en la identificación de los problemas de salud?                  | X        | - | X  | - | -  | X | -  | X | -  | X       | X | - | X | -  |

## Anexo 2.2 (Continuación)

| Preguntas                                                                                                                      | País |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|
|                                                                                                                                | 1    |   | 2 |   | 3 |   | 4 |   | 5 |    | 6 |   |
|                                                                                                                                | S    | N | S | N | S | N | S | N | S | N  | S | N |
| 18. Si se utiliza, ¿está incorporado como actividad docente en los currículos para la formación de recursos humanos?           | X    | - | - | X | - | X | - | X | X | -  | X | - |
| 19. ¿Se dispone de libros de texto o consulta y material para su confección?                                                   | X    | - | X | - | - | X | - | X | - | X  | X | - |
| 20. Usted que responde las preguntas, ¿considera que el ASIS tiene vigencia como herramienta útil para los servicios de salud? | M    | - | M | - | - | M | - | M | - | MP | M | - |

1: Bolivia; 2: Colombia; 3: Costa Rica; 4: México; 5: Mozambique; 6: Venezuela;

S: sí; N: no; E: escasamente; A: área de salud; DS: diagnóstico de alud; O: otros;

NP: nivel provincial; NM: nivel municipal; EQ: equipo des alud;

P: profesional; M: mucha; MP: muy poca; N: ninguna.

## CAPÍTULO 3

---

# **Determinantes sociales de la salud como objeto del análisis de situación de salud**

*Silvia Martínez Calvo y Adolfo Álvarez Pérez*

## **Introducción**

El tema que se expone resulta obligado a los fines de la actualización del análisis de la situación de salud (ASIS), pues se alude a la inclusión de los determinantes sociales de la salud (DSS) como su renovado objeto de estudio, materia esbozada en otros capítulos del libro y de ineludible aplicación en la práctica. En momentos en que se prioriza el enfoque de los DSS como uno de los principales objetivos del Sistema Nacional de Salud, este contenido ofrece información útil para su aplicación en los servicios, y contribuye a desarrollar el proceso de renovación de la atención primaria de salud (APS) y de la medicina familiar en Cuba, como estrategias claves.

## **Bases para el estudio de los determinantes sociales de la salud**

El tema de los DSS no es nuevo y menos aún en Latinoamérica. Ha sido sin duda Rudolf Virchow (1821-1902) quien analizó y escribió en su tiempo sobre la determinación social de la enfermedad y su relación también con la política. En la segunda mitad del siglo xx, pasada la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978) se consideró también a los DSS, como uno de los pilares básicos de la estrategia de la APS. (Villar, 2007)

De Virchow a la fecha ha transcurrido más de una centuria y actualmente la pobreza y la inequidad, acompañan a la población mundial y constituyen dos grandes peligros en el presente siglo. Las consecuencias directas e indirectas de estos dos problemas impactan directamente en la salud de las poblaciones, por ello, esta situación a nivel internacional generó un llamado desde la OMS, para intentar subsanar esas desigualdades en una generación. (OMS/CDSS, 2009)

Cerca de tres billones de personas alrededor del mundo viven con ingreso inferior a dos dólares por día. Seis de cada diez personas entre las más pobres del mundo, son mujeres y existe una diferencia de 36 años en el promedio de esperanza de vida entre Malawi y Japón o de casi ocho años entre República Dominicana y Haití, naciones diferentes en una misma isla (Fortune, 2014). Estas diferencias también existen hacia el interior de los países y de las ciudades, lo cual se demuestra si se sigue la línea roja del metro entre Washington, D. C. y Shady Grove o la línea del metro Jubilee que une las localidades de Westminster y Canning Town en la ciudad de Londres. Se observa como varía la esperanza de vida al nacer, según condiciones de las poblaciones de esos puntos extremos de las líneas del metro e incluso de una parada a otra. (LHO, 2016)

Las diferencias entre la situación de salud de las personas, es un tema de investigación permanente en el campo de la salud pública, con valiosos aportes siempre enfocados desde una visión social. Es indiscutible el valor que en ese sentido tuvo el reconocido Informe Black de investigadores ingleses (Gray, 1982) y en etapas más recientes, el tan mencionado libro de sus coterráneos que aborda el tema de los determinantes de la salud en poblaciones. (Evans *et al*, 1994).

La situación en América Latina no es muy diferente y desde la década de los años 80 del siglo xx, se ha considerado como la región más desigual del mundo. En el reciente Informe de la CEPAL, se demuestra la desigualdad en un indicador tan conocido para el sector de la salud como la mortalidad infantil. La tasa se redujo de forma impresionante entre 2000 y 2015 (-36,3 %), sin embargo, el promedio de mortalidad infantil entre las poblaciones indígenas fue 1, 8 veces más alto que en las poblaciones no indígenas. Otro indicador de mortalidad, que afecta especialmente a los jóvenes –las muertes relacionadas con el consumo de drogas (principalmente cocaína y cannabis)– no ha disminuido, sino que se mantiene en una tasa de 14,9 por cada millón de personas (CEPAL, 2019). Con estos datos, resulta oportuno mencionar que:

Esas disparidades en salud no son, como tradicionalmente se ha creído, un asunto entre países ricos y países pobres, sino que existen en todas las sociedades, ricas o pobres. Las disparidades y la creciente inequidad en salud constituyen cuestiones universales en el mundo moderno. No se trata solo de que los países pobres tengan tasas bajas y que los países ricos tengan mejores tasas. La disparidad al interior de los países ricos también existe, como sucede al interior de los países pobres, porque es parte de la forma en que la sociedad está estructurada. Los determinantes sociales de la salud, entonces, lo explican en gran medida. (Villar, 2012)

En ese sentido, los nuevos desafíos para la salud a nivel global no son una excepción para el sistema de salud cubano. Mientras algunos territorios del país exhiben resultados sostenibles en materia de salud y sus determinantes, en otros no se logran comportamientos similares, independientemente de la voluntad política estatal y de las transformaciones sanitarias que se realizan por el sector de la salud en el país, para que eso no ocurra. (Portal, 2015)

Durante los últimos 50 años, en Cuba se han obtenido resultados de salud que derivan de un manejo integral y participativo de los factores que los determinan y diferencian sustentados en tres conceptos básicos: voluntad política, acción intersectorial y participación social, vinculados al quehacer de un sólido sistema de salud. Por ejemplo, desde etapas tempranas del triunfo revolucionario, fue una prioridad nacional elevar el nivel educativo de la población cubana, iniciada con la campaña de alfabetización y la institución posterior de la educación universal y gratuita (Álvarez *et al*, 2011). Este impulso educativo y otras acciones de promoción de salud generalizadas refuerzan la importancia de los DSS, sin embargo, a pesar de la solidez que en términos de resultados e impacto sanitario traducen una buena parte de los indicadores de salud, se aprecian diferencias en el comportamiento de los niveles de salud en el tiempo entre territorios y entre los distintos espacios que los configuran, situación en que influyen en última instancia los factores de determinación social. (Álvarez *et al*, 2011)

Con independencia de los logros pasados y presentes expresados en indicadores nacionales de salud y teniendo en cuenta las transformaciones de los últimos diez años de la realidad cubana, sería oportuno estimular la reflexión y el debate en torno a varias ideas sobre cómo los sistemas de salud actuales deben asumirse simultáneamente como sistemas sociales

y culturales, si buscan orientar las políticas de salud con el enfoque de salud de la población y sus determinantes sociales en el rediseño de las estrategias para una mejor promoción de la salud, protección de la salud colectiva y prevención de la enfermedad, así como el incremento de la participación social de toda la población en la gestión de su salud. (Linares, 2015)

El nivel de justicia o de injusticia social, incide directamente en el modo en que vive la gente, en la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura. En ese espíritu de justicia social, la OMS creó en marzo 2005 la Comisión sobre DSS (CDSS), con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo (OMS, 2005), aunque con antelación a los llamados y propuestas de la CDSS, se había progresado en el tema DSS y su aplicación gubernamental. (Álvarez *et al*, 2010 y 2014)

Los DSS se definen como “las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud”. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder, el conocimiento y los recursos a todos los niveles, aspectos sobre los cuales influyen las decisiones políticas (OMS, 2005). En el 2008, desde la CDSS, se propuso incluir la inequidad en la agenda global, mediante un llamamiento a todos los gobiernos para actuar sobre los DSS, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria; esta convocatoria fue refrendada en la Conferencia de Río (OMS/CDSS, 2011); (Declaración de Río, 2011). Con ese llamado a la acción de los gobiernos, desarrollada por las autoridades nacionales a través de sus sistemas de salud, los modelos de atención deben incorporar el enfoque de los DSS, como bien se expresa a continuación: “No puede haber abordaje de DSS para impactar la equidad en salud si no se trabaja en la atención primaria, y no puede haber atención primaria en salud sin una acción intersectorial. Los dos enfoques, según nuestro criterio, constituyen la ideología sanitaria de este siglo, porque el desafío actual para la salud pública es el logro de la equidad en salud, y me atrevo a decir que ésta (sic) constituye también el desafío ético de este siglo para la medicina”. (Villar, 2012)

Si en Cuba se renueva la estrategia de APS y la especialidad de medicina general integral, esta decisión constituye una respuesta consecuente con los reclamos contemporáneos mundiales y regionales, para promover el enfoque de los DSS en las políticas y estrategias sanitarias del

sistema de salud, lo que significaría: “Adoptar explícitamente en las estrategias, programas y políticas de salud, la perspectiva ampliada de la salud pública, combinando sus funciones tradicionales renovadas y las nuevas funciones derivadas de la aplicación del enfoque de los determinantes sociales de la salud, a la hora de aplicar las estrategias orientadas a la intervención de riesgos, enfermedades y daños”. (Linares, 2015)

Las prácticas de salud tienen que responder a los determinantes sociales como primer paso para influir en el sistema de salud. Esto significa que tenemos que cambiar nuestra mirada y ser más permeables a lo que viven aquellos que no tienen la posibilidad de vivir como los demás. Este enfoque, válido tanto para la profesión médica como para las profesiones de la salud, es un nuevo reto que sin duda será un desafío en los próximos años y permitirá diseñar políticas, leyes o regulaciones enfocadas en estos temas, así como actualizar los términos “derechos sociales” y “derecho a la salud”. (Girard y Lamy, 2012)

En lo que concierne a las bases de los DSS, el trabajo de la CDSS y en especial en su Informe final (WHO, 2008), documentó las evidencias, modelos y experiencias disponibles desarrolladas hasta ese momento por los distintos países, estableció las relaciones entre las desigualdades sociales y los resultados de salud y develó que los factores que determinan diferencialmente el daño en salud se agrupan en dos grandes dimensiones: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios (Álvarez *et al*, 2011). Como se consigna, la tendencia es destacar el término “determinantes sociales”, cuando todo ese entramado estratégico descansa en el accionar de la salud pública, en el enfoque poblacional de los sistemas de salud, aspectos un tanto relegados en la actualidad. Sobre el tema se plantea que: “Desde hace varias décadas se acepta que la salud pública ya no puede limitarse a realizar acciones puntuales, basadas solo en la perspectiva acotada o restringida de la salud. Debe tratar de superar las limitaciones que impone una mirada centrada en la enfermedad y en el aspecto técnico de sus funciones”. (López y Blanco, 2008)

En otras palabras, se trata entonces de adoptar en primer lugar, una visión ampliada de la salud pública que incorpore en sus análisis los procesos macroestructurales y reconozca la influencia de los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. En segundo lugar, plantear el abordaje de perfiles de salud y enfermedad más que de enfermedades aisladas, enfrentar los problemas colectivos de enfermar y morir y proponer la transformación de los procesos sociales productores de desigualdades. (Linares, 2015)

## De los determinantes sociales a los determinantes sociales de la salud

No es propósito incorporar al contenido del capítulo los debates que aluden al término “determinantes” y “determinación” (Martínez, 2004); (Rocha y David, 2015), más bien, está orientado a su utilización como base conceptual de los modelos enfocados a los DSS. No obstante, es un hecho cierto que con la definición emitida por la CDSS resurgen las discrepancias referidas a los términos “determinante y determinación social en salud”, que inciden en el diseño y aplicación de esos modelos. Los promotores de ese debate se adscriben a las dos corrientes principales de pensamiento en el campo de la determinación de la salud en Las Américas: la medicina o epidemiología social latinoamericana y la anglosajona, las cuales –desde sus posiciones ideológicas– ofrecieron y ofrecen importantes insumos a este tema. (Krieger *et al*, 2010)

No existen dudas –al menos en el ámbito latinoamericano– que los conceptos de “determinantes sociales de la salud y determinantes de la salud” provienen básicamente de la corriente de pensamiento originado por la epidemiología social latinoamericana y en menor cuantía por la epidemiología anglosajona. En el primer caso, sustentada en lo que se denomina Salud Colectiva y en el segundo caso, deriva de la lógica fragmentada con que se aborda el tema, una lógica centrada en los factores y condiciones que determinan la salud. (ALAMES/CEBES, 2011)

Sin olvidar a los precursores de los siglos XIX y XX (Engels, Villermé, Virchow, Semashko, Casell, Yankauer), entre los estudiosos latinoamericanos sobresalen con una abundante producción científica desde sus inicios: García (1986), Laurell (1977), Breihl (1979), Duarte (1986), Granda (2009), De Almeida (1989), Franco (1991), Victora (1992), Rojas (2004), López (2008) y en el segundo grupo destacan: Susser (1996), Krieger (1994) y Waitzkin (2001).

Desde la mirada de los epidemiólogos sociales, la determinación social de la salud alude a la lógica integral y sistémica con que se aborda el tema, una lógica centrada en la categoría de proceso y de complejidad asociada a la determinación de la salud, más que al clásico término de “causalidad” que asume la epidemiología convencional, cuyas variables traducen una “inmovilidad” ajena al movimiento procesual de la determinación.

Aunque se reitera que no es objetivo del capítulo la incorporación al debate que origina el estudio de los DSS, a manera de actualización

resulta oportuno y muy acertado, retomar los criterios que sobre el término ha emitido el reconocido epidemiólogo e innovador de estos conceptos Jaime Breihl, desde mediados de los años 70 del siglo xx. Su propuesta para la DSS es la siguiente: “La determinación social de la salud entiende la inequidad social como el resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y dominación, configurando la llamada triple inequidad: de género, de etnia y de clase social” (Breihl, 2003). Emitida esta definición hace más de una década, en períodos recientes expone interesantes y esclarecedores comentarios sobre el uso del término “determinación social de la salud”, de los cuales se transcriben textualmente los siguientes:

[...] La proximidad terminológica del discurso de determinantes con el de nuestros trabajos latinoamericanos, puede llegarse a la conclusión de que quienes propusieron este paradigma tuvieron como inspiración “ideas fuerza” que sembramos en el Sur y ya las teníamos publicadas en América Latina desde 1977, como la de determinación social de la salud.[...] La propia categoría determinación social, terminó de ese modo transmutada en “causa de las causas”; es decir, la noción emancipadora de “determinación social” terminó convertida en la noción funcional de “determinantes sociales”, aptos para modificaciones de gobernanza [...]. (Breihl, 2013)

En ese sentido, es interesante la propuesta de Linares para establecer un “debate sobre la conveniencia de repensar cómo mejorar la integración y aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención, en el actual contexto de transformación de la salud pública en Cuba”. (Linares, 2015)

Ante el llamado a repensar esa integración, es muy oportuno reconocer que la inclusión de las visiones de la medicina social y la salud colectiva en las estructuras institucionales de los sistemas de salud a todos los niveles, significaría crear herramientas para radicalizar las prácticas de la salud pública a partir de una visión integral de determinación social y desarrollar agendas por la salud –que en conjunto con otros actores– tengan capacidad para impactar en múltiples niveles y defender el peso de los procesos económicos, sociales, culturales y ambientales que hoy sabemos que definen la salud y la vida.(López y Blanco, 2013)

En Cuba, los estudios de desigualdades e inequidades en salud continúan siendo un reto metodológico para los equipos a cargo de develar

estas desigualdades, aunque se ha avanzado desde hace 20 años, con estudios disponibles en el país, centrados en las condiciones de vida y salud de las poblaciones que utilizaron, entre otros, los procedimientos analíticos siguientes:

- Coeficiente de Gini y curva de Lorenz.
- Índice de concentración y curva de concentración.
- Índice de necesidades en salud.
- Índice de desarrollo en salud.
- Índice de inequidades en salud.
- Índice de disimilitud.
- Índice de desarrollo humano.
- Índice de desarrollo de género.

Uno de estos procesos analíticos es un índice de condiciones de vida diseñado por Astraín y Pría, que se describe en otros capítulos y que es muy útil para la estratificación del país según estas condiciones. (Astraín, 1992); (Pría, 2006 y 2007)

En la investigación de Corral, donde también se aplica este índice, los datos corresponden a 2014 y las peores condiciones de vida se detectaron en una de las provincias orientales, mientras que la provincia capital del país, presentaba condiciones de vida más favorables. De las dimensiones utilizadas, las económicas y ecológicas obtuvieron resultados desfavorables; el 37,5 % de las provincias del país clasificaron en el estrato favorable; 33,5 % de los territorios en el estrato medianamente favorable y las cinco provincias de la región oriental, se agruparon en el tercer estrato de condiciones de vida desfavorables para 33,5 %. (Corral y Pría, 2014)

Estos resultados permiten una aproximación avanzada para estudiar con más amplitud la influencia de los DSS en las condiciones de vida de la población estudiada. En ese sentido, la claridad con que se logren formular e implementar las estrategias de acción de la salud pública deberá reconocer, más allá de los discursos, la influencia de los determinantes sociales de la salud para así contribuir a su transformación y posibilitar transitar hacia una salud pública más abarcadora como necesidad impostergable frente a los complejos desafíos que plantea los contextos sanitarios nacionales y mundial. (Linares, 2015)

Hoy, así como sucedió años atrás, se hace un fuerte llamado, por parte de muchos actores del desarrollo económico y social para el

fortalecimiento de las acciones de rectoría de la autoridad sanitaria y se insiste —con amplio consenso valorativo— en la responsabilidad que tiene el Estado y la sociedad civil para que la salud pública como práctica social de naturaleza interdisciplinaria, se desarrolle y se fortalezca. (OPS, 2017)

El interés en retomar la salud pública vinculada con los DSS, no solamente surge en nuestro continente, ya que en un sugestivo evento celebrado en España los participantes expresaron criterios como: “[...] La salud pública puede y debe aprovechar estas *ventanas de oportunidad* porque tiene la obligación ética de repensarse a sí misma en ciertos momentos históricos de cambio. Con esta idea de *repensar la salud pública* [...] Consideraron que deben formar parte fundamental de una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud. Además, propusieron 10 elementos fundamentales para lograrlo”. (González *et al*, 2018).

Estos procesos de reflexión y debate forman parte de otro conjunto situacional, en especial en la región de Las Américas, donde las fronteras ideológicas se hacen cada vez más difusas, la sociedad en general presenta síntomas de desilusión y es ostensible el deterioro del estado de bienestar. (OPS, 2017)

Es importante mencionar nuevamente el criterio de Mujica cuando expresa: “Es esencial reconocer la determinación social de las desigualdades en salud para defender la primacía de la equidad como valor social y como principio rector de la acción política en salud. Más relevante es aún este reconocimiento para generar capacidad de rendir cuentas sobre el compromiso por ‘no dejar a nadie atrás en el camino hacia el desarrollo sostenible y la salud universal’”. (Mujica y Moreno, 2019)

En suma, el tema de la DSS resulta polémico desde su fundamentación teórico-conceptual, hasta la metodología para identificar las desigualdades que derivan de estos determinantes, al respecto, se suscribe el criterio de aplicar ese enfoque en los servicios mediante aproximaciones sucesivas. En este sentido, “para poder intervenir sobre estas desigualdades es necesario contar con la evidencia necesaria sobre los determinantes sociales y su evolución en el tiempo, junto con el conocimiento de los mecanismos que producen y reproducen las desigualdades en salud y sobre las intervenciones para reducirlas”. (Borrell y Malmusi, 2014)

En Cuba se resumen los retos/necesidades para el abordaje de los DSS en:

- La confluencia de distintos cuerpos de saberes para entender la complejidad del objeto de estudio (multidisciplinaridad/ interdisciplinaridad).

- El tránsito en la formación y la investigación de modelos estáticos y rígidos a modelos transdisciplinarios.
- La ética y práctica de la salud basada en principios políticos, responsabilidad, participación y solidaridad.
- El apoyo a los procesos de transformación social. (Rojas Ochoa, comunicación personal 2008).

Tal vez, puedan agregarse algunos otros retos/necesidades en el caso cubano, que surgirían de los hallazgos al estudiar con todo rigor metodológico los DSS. Queda este atractivo aspecto del tema para las valoraciones que acompañan a los procesos de renovación propuestos en el Sistema Nacional de Salud.

## **Determinantes sociales de la salud en el análisis de situación de salud**

La inclusión del enfoque de los DSS en el ASIS en Cuba, enriquece la aplicación de esta útil herramienta para los servicios de salud, cuya generalización se inició con el diseño del programa de formación del especialista en medicina general integral a finales de los años 80 del siglo xx, con una propuesta metodológica que incorporó una primera aproximación al enfoque de los DSS, mediante el análisis de los campos de salud de Lalonde. (Minsap, 1990)

En algunos países se han desarrollado programas de salud donde se considera que:

[...] han alcanzado abordar de forma efectiva los determinantes sociales de salud, mejorar los resultados, y reducir las desigualdades en salud a nivel nacional. La inversión en la capacidad administrativa y política, el fuerte compromiso político y de gestión, y el desarrollo de programas nacionales no limitados al período de los gobiernos, han sido cruciales para apuntalar el éxito de estos. (Monteiro de Andrade *et al*, 2014)

En ese sentido, es reconocida la importancia otorgada a la inclusión de los DSS en las acciones de los sistemas de salud. (Díaz y Esteban, 2008); (Cuadrado, 2015), (López, 2007)

Desde hace varias décadas, diversos grupos de investigadores de diferentes disciplinas y sectores en Cuba, aportan insumos imprescindibles

para el desarrollo conceptual e instrumental de este tema mediante la generación de evidencias importantes para su introducción en la práctica cotidiana del Sistema Nacional de Salud (Álvarez, 2016). Entre esos aportes científicos se destacan:

- Análisis de la situación de salud según condiciones de vida. (Astrain, 1992)
- Indicadores para municipios saludables. (Rojas *et al*, 1994)
- Modelo formativo-capacitante para el ASIS. (Martínez, 1995)
- Monitoreo de la equidad en salud en Cuba. (Ramírez, 2003)
- Modelo de análisis de la situación de salud. (Martínez y Gómez, 2004)
- Análisis de la situación de salud según condiciones de vida. (Pría, 2006)
- Análisis de situación de salud según determinación social. (Álvarez *et al*, 2007)
- Determinantes estructurales y enfermedad aterosclerótica. (Díaz, 2012).
- Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. (Fuentes, 2016); (León, 2018)

Aunque fueron destacados los resultados de esos aportes y se confirma la práctica del ASIS como la investigación epidemiológica más importante a realizar por el médico familiar, todavía no se logra su correcta ejecución en todos los niveles del sistema, ni existe uniformidad metodológica en su realización. Se han identificado diferentes debilidades e insuficiencias en su confección y aplicación, mostradas en varios capítulos de este libro, que se resumen en una insatisfacción con la pertinencia del ASIS por deficiencias en la formación profesional, la motivación y el control. (Pagliccia y Alvarez, 2012); (Martínez, 2012)

Si estas deficiencias permanecen, podrían limitar la ejecución del ASIS con enfoque de DSS, por tanto, debe rebasarse los convencionales modelos centrados en el daño o en los campos de salud de Lalonde y analizarse la situación de salud de las poblaciones desde el proceso de la determinación social de la salud, considerado en su conjunto como un producto social que refleja las condiciones en que la salud se produce y reproduce.

En mayo de 2015 se reconoce por la Autoridad Nacional la necesidad de “rescatar el ASIS como concepto fundacional del programa del médico y la enfermera de la familia desde un enfoque de determinantes con intersectorialidad y participación social para tomar decisiones que impacten positivamente en el estado de salud de la población” (Morales, 2015). Al año siguiente, se refuerza esa orientación, con la intención

ministerial de fortalecer la capacidad de analizar la situación de salud a todos los niveles del sistema a partir de la introducción del enfoque de DSS y equidad en salud; prioridad que ha sido ratificada en las formulaciones de objetivos correspondiente a 2017, 2018 y 2019. (Álvarez, 2018)

Estas propuestas tomaron en consideración los aportes realizados hasta ese momento por parte del modelo de DSS para el fortalecimiento conceptual y metodológico del ASIS y complementar las evidencias obtenidas hasta ese momento a partir de las experiencias internacionales y nacionales del ASIS según “condiciones de vida” o “grupos específicos de población”. (Astraín, 2004); (Corral y Pría, 2014)

Al introducir en la práctica del ASIS los resultados derivados de las distintas propuestas de DSS desarrolladas por la CDSS y sus adaptaciones por el equipo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) de Cuba, se perfeccionan sus procedimientos y las competencias de los integrantes de los equipos de salud y actores de la comunidad, ahora vinculados al estudio de los diferenciales en salud. Con esos resultados de la práctica, se detectó que, aunque las desigualdades en el país no son muy pronunciadas, las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidos tienen peor salud. (Álvarez, 2018)

La influencia de estos determinantes en la salud, varía según los diversos ejes de desigualdad social que se establecen hacia el interior de estas dimensiones. Hoy se identifican grupos sociales rezagados y esta tendencia negativa se acumula históricamente en las condiciones o circunstancias materiales de vida, a partir de la influencia de un grupo de factores denominados estratificadores sociales, como el nivel socioeconómico e ingresos, color de la piel, lugar de residencia, provincias y municipios, género u orientación sexual y grupos de edad (Álvarez, 2018). El modelo que se propone para el enfoque de los DSS, orientado a indagar sobre esas “causas de las causas”, se describe con detalle en el capítulo 8.

Ese riesgo diferente de enfermar y morir según territorios y grupos poblacionales, es el resultado de las “condiciones sociales en que transcurre la vida de las personas en un momento dado” o sea, “las condiciones en que esas personas nacen, viven y trabajan” develando las llamadas “causas de las causas” o “determinantes sociales de la salud”, por lo que la salud es un producto social diferencial (OMS, 2009); (Portal, 2015). Esa diferencia se hace ostensible hasta en el género, como expusieron Palomino, Grande y Linares en un revelador artículo. (Palomino *et al*, 2014)

Además de lo expuesto, aún resta desarrollar un aspecto bien importante concerniente a los DSS en los procesos renovadores que se proponen para el Sistema Nacional de Salud, más allá de modelos y esquemas, y es la creación de los denominados Observatorios para la Medición de Desigualdades en Salud, con notable avance en algunos países dentro y fuera de la región. (ODES Colombia, 2015).

Son acertadas –con referencia al tema– las recomendaciones siguientes:

[...] Crear competencias profesionales y capacidades institucionales en la medición y el análisis de desigualdades sociales en salud, institucionalizar el monitoreo de las desigualdades en salud como ejercicio soberano de la primera función esencial de salud pública, es decir, el análisis de la situación de salud, y generar, tanto a nivel sectorial como intersectorial, incidencia política en pro de la equidad, como por ejemplo, la modificación virtuosa de la asignación de recursos hacia la equidad y la justicia social. (Mujica y Moreno, 2019)

En síntesis, ha quedado bien precisada la trayectoria metodológica para el estudio de los DSS que influyen en la aparición de las desigualdades, su manifestación en las condiciones de vida y su esperada consecuencia cuando surgen los problemas de salud, elementos imprescindibles que constituyen objetos de estudio para la realización del ASIS. Es así, que se transforma en una herramienta de utilidad, para elaborar las políticas y estrategias que aseguren la equidad en salud y lograr el bienestar de la población.

## **Consideraciones finales**

Sin lugar a dudas, el contenido de este capítulo representa uno de los más complejos del libro, desde las discrepancias, coincidencias, aprobaciones y divergencias de los aspectos conceptuales inherentes al tema, hasta la dificultad de convertir en práctica cotidiana los procedimientos para estudiar los DSS y en particular, ofrecer soluciones atinadas a la situación de salud que se detecte. Cualquiera sea el modelo o esquema metodológico que se proponga, no podrá apartarse de las evidencias sólidas, bien establecidas en el tiempo y obtenidas en el largo camino de las investigaciones en salud, que impiden las improvisaciones, la reiteración de propuestas conocidas o variaciones no bien argumentadas.

Al mismo tiempo, los esfuerzos de innumerables estudiosos por encontrar verdades relativas y sendas metodológicas eficaces, son hechos loables que merecen reconocimiento y más cuando el fin se dirige a un propósito tan humano como lograr la disminución o desaparición de la inequidad en salud, sustentada en el derecho universal otorgado a todas las personas, sea cual sea su lugar de residencia. El tema expuesto debe contribuir a desarrollar estudios más amplios y, sobre todo, procesos evaluativos que aseguren la eficacia y efectividad de las propuestas metodológicas mencionadas.

En el caso cubano, con todas las posibilidades y ventajas que ofrece el sistema de salud, junto con la participación social y comunitaria y el trabajo intersectorial, se hace necesario la utilización de enfoques multidisciplinarios y novedosas metodologías de investigación, que nos permitan realizar un análisis crítico de los componentes que, de manera compleja e interrelacionada, permiten explicar desde sus orígenes (¿causa de las causas?), la prevalencia de los principales problemas de salud que afectan a la población.

## Referencias bibliográficas

- ALAMES y CEBES. (2011): El debate y la acción frente a los Determinantes Sociales de la Salud. Documento de Posición conjunto. En: [www.cebes.org.br/.../PosicionamientoALAMES-CEBES.docx](http://www.cebes.org.br/.../PosicionamientoALAMES-CEBES.docx)
- Álvarez, A.G., García, A., Bonet, M. (2007): Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;33(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es)
- Álvarez, A.G., Luis, I.P., Rodríguez, A.J., Bonet, M., Alegret, M., Romero, M. (2010): Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 48(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es)
- Álvarez, A., Alegret, M., Luis, I.P., Leyva, Á., Rodríguez, A., Bonet, M., et al. (2011): Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008. *Rev Cubana Hig Epidemiol*;49(2):202-17. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es&tlng=es)
- Álvarez, A.G., Luis, I.P., Maldonado, G., Romero, M., Bonet, M., Lage, C. et al. (2014): Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana. *Rev Cubana Hig Epidemiol*;52(2):239-62. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032014000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000200009&lng=es)

- Álvarez, A.G. (2016): Determinación social en el contexto de la tercera etapa de las transformaciones necesarias del Sistema Nacional de la Salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 54(1).
- Álvarez, A.G. (2018): La determinación social de la salud en Cuba. Resultados y Retos para el SNS. Panel Las desigualdades sociales en Cuba y sus implicaciones en el proceso de determinación social de la salud en Cuba. La Habana, Convención Cuba Salud 2018.
- Astraín, M.E. (1992): Situación de salud según condiciones de vida. En: Martínez S, editor. *Análisis de Situación de Salud*. Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Astraín, M.E. (2004): Alternativas metodológicas para la clasificación de territorios y el estudio de la mortalidad evitable según condiciones de vida. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública. En: <http://www.uvs.sld.cu/repositorio/mortaevit.zip/download>
- Breilh, J. (1979): *Epidemiología: economía política y salud*. 7ma ed. Vol. 4. Quito, Biblioteca Ecuatoriana de Ciencias, Corporación Editora Nacional-Universidad Andina Simón Bolívar, p.35-44.
- Breihl, J. (2003): *Epidemiología Crítica*. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Lugar editorial.
- Breihl, J. (2013): La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI, Universidad Nacional de Colombia. UASB-DIGITAL. Repositorio institucional del organismo académico de la Comunidad Andina, CAN.
- Borrell, C. y Malmusi, D. (2014): La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS. *Gacet Sanit*;24 (Suppl 1);101-8.
- CEPAL. (2019): Perspectivas económicas de América Latina. En: <https://www.cepal.org/.../44525-perspectivas-economicas-america-latina-2019-desarrollo-transicion>
- Corral, A. y Pría, M.C. (2014): Indicadores para la caracterización de provincias según condiciones de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*;30(4):402-15. En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400002&lng=es)
- Cuadrado, C. (2015): El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud? *Med-wave*;15(9): 6289.
- De Almeida-Filho, N. (1989): *Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciencia Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.
- Declaración política de Río. (2011): Sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.19-21 de octubre. En: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)

- Díaz, G. (2012): Determinantes contextuales de las enfermedades asociadas a la aterosclerosis y sus factores de riesgo. [Tesis]. La Habana, Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana.
- Díaz, J.M. y Esteban, M. (2008): Análisis de las Desigualdades en Salud. En: Estudio de Salud de la Comunidad de Madrid. En: <http://www.madridsalud.es>
- Duarte, E. (1986): Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y perspectivas. Montevideo, OPS-CIESU.
- Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. (Ed.). (1994): Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York, Aldine de Gruyter.
- Fortune, K. (2014): Abordajes de los determinantes sociales de la salud: Salud en todas las políticas. Foro de Cobertura Universal de Salud. Guatemala, Centro de formación de la Cooperación Española, La Antigua.
- Franco, S., Duarte, E., Breilh, J., y Laurell, A.C. (1991): *Debates en medicina social*. Vol. 92. Desarrollo de Recursos Humanos. Quito, OPS.
- 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 para pensar la reproducción de las desigualdades en la Cuba actual? [Tesis]. La Habana, Universidad de La Habana, FLACSO.
- García, J.C. (1986): Juan César García entrevista a Juan César García En: Duarte Nunes, editor. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Montevideo, OPS-CIESU.
- Girard, J., y Lamy, P. (2012): La salud, un reto social para los sistemas de salud. En: La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- González, E., Álvarez, C., Fernández, L.A.L. (2018): Grupo de Trabajo de Salud Pública Orientada por los Determinantes Sociales de la Salud. Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller. *Gacet Sanit*;32(5). En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117302212>
- Gray, A.M. (1982): Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv*;12 (3):349-80.
- Granda, E. (2009): La salud y la vida. Vol 1. Quito, Ecuador. Primera edición OPS/OMS.
- Krieger, N., Alegría, M., Almeida Filho, N., Silva, Jr, J.B., Barreto, M. L., Beckfield, J., et al. (2010): Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop. *J Epidemiol Community Health*;64;747-9.
- Krieger, N. (1994): Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med*;39:887-903.
- Laurell, A.C. (1977): Enfermedad y desarrollo rural: análisis sociológico de la morbilidad de dos pueblos mexicanos. *Rev Mex Ciencias Políticas*;XX: 401-23.
- León, P. (2018). Desigualdades sociales y de acceso a los servicios de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar. La Habana, 2012-2015. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.

- Linares, N. (2015): Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;41(1). En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100009&Ing=es&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009&Ing=es&tIng=es)
- López, C.M. (2007). La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. *Rev Cubana Salud Pública*;33(1) En: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100012&Ing=es&tIng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100012&Ing=es&tIng=es).
- López, O. y Blanco, J. (2008): Políticas de Salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En: Peña, F., y León, B. (Eds). *La medicina social en México II Globalización neoliberal*. México, D. F., Consejo Editorial ALAMES-México, A.C., p. 55-64.
- López, O. y Blanco, J. (2013): Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde la medicina social y la salud colectiva. México, UAM-Xochimilco.
- Martínez, S. (2004): Teoría y práctica del ASIS. En: *Análisis de situación de salud*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, pp. 3-14.
- Martínez, S., y Gómez de Haz, H. (2004): El análisis de situación de salud en la medicina familiar. En: *Análisis de Situación de Salud*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, pp. 62-80.
- Martínez, S. (1995): Modelo formativo-capacitante para el análisis de la situación de salud. [Tesis doctoral]. La Habana, Facultad de Salud Pública
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el Sistema Nacional de Salud. Cuba. 1988-2011. [Tesis doctoral]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Minsap. (1990): Programa de Especialización en Medicina General Integral. (T 1). La Habana, Edición Provisional.
- Monteiro de Andrade, L.O., Pellegrini, A., Solar, O., Rígoli, F., Malagón, L., Castell-Florit, P. *et al.* (2014): Determinantes Sociales de Salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudio de casos en países latinoamericanos. Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica. Traducido de *Lancet* (octubre 2014).
- Morales, R. (2015): Intervención en la reunión de análisis del Cuadro de Salud correspondiente al año 2014. La Habana, Minsap.
- Mújica, O.J. y Moreno C.M. (2019): De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*;2019;43:e12. En: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- ODES Colombia. (2015): Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. Bogotá, D. C., Colombia. En: [http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1452159783-OC\\_guia\\_ross\\_odes\\_colombia.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1452159783-OC_guia_ross_odes_colombia.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1978): Declaración de Alma-Ata. En: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- Organización Mundial de la Salud. (2005): Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ¿Qué es, por qué, y cómo? 2005. En:[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/)

- Organización Mundial de la Salud./ CDSS (2009): Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009, pp. 1-31.
- Organización Mundial de la Salud/ CDSS (2011): Cerrando la brecha. La Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Documento de Trabajo. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017): Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal, coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. Buenos Aires, Representación OPS.
- Pagliccia, N. y Alvarez, A. (2012): The Cuban Experience in Public Health: Does Política Will Have a Role? *Internat J Health Ser*;42(1);77-94.
- Palomino, P.A., Grande, M.L. y Linares, M. (2014): La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Internat Sociol (RIS)*;72(extra1):71-91.
- Portal, J.A. (2015): La Causa de las Causas. Intervención en Sesión Plenaria sobre Determinantes Sociales de la Salud. La Habana, Convención de Salud. Cuba-Salud 2015.
- Pría, M.C. (2006): Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*;22(4). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es)
- Pría, M.C. (2007): Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal. Cuba, 1998-2000. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ramírez, A. (2003): Indicadores para evaluar equidad en el sistema nacional de salud. [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública:
- Rocha, P.R. y David H.M. (2015): ¿Determinación o determinantes? Una discusión con base en la Teoría de la Producción Social de la Salud. *Rev Esc Enferm USP*;49(1). En: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100129&lng=en&nrm=iso&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100129&lng=en&nrm=iso&tlng=)
- Rojas, F., López, C., Silva, L.C. (1994): Indicadores de salud y bienestar en Municipios Saludables. La Habana, OPS/OMS.
- Rojas, F.(2004): El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública*;30 (3) En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)
- Susser, M. (1998): Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *J Epidemiol Community Health*;52:608–611. En: <http://jech.bmj.com/content/52/10.toc>
- LHO. (2016): London Health Observatory Health Inequalities Overview. En: <http://www.lho.org.uk/>
- Victora, C., Barros, F., Vaughan, P. (1992): Epidemiología de la Desigualdad: Un Estudio Longitudinal de 6.000 Niños Brasileños. Paltext 27. Washington, D. C.: OPS.

- Villar, E. (2007): Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*;16(3);7-13. En: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000300002>
- Villar, E. (2012): Las recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la región de América. México, Cuernavaca, Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública. En: [www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209\\_determinantesSociales.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf)
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada A., Lamadrid, M.A. (2001): Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health*; 91(10):1592-1601.
- World Health Organization. (2008): Closing the gap in generations. Health Equity through action on the social determination of health. Commission on Social Determinants of Health: Final Report. Geneva, WHO.

## CAPÍTULO 4

---

# Espacio y territorio en el análisis de situación de salud

*Luisa Íñiguez Rojas*

### Introducción

La inclusión del tema espacio y territorio como un capítulo del libro, intenta saldar la deuda por omisión que aún persiste con relación a la disciplina geografía de la salud, cuyos puntos de contacto con la teoría y los recursos metodológicos de la epidemiología y la salud pública, se refuerzan notablemente al realizar el análisis de situación de salud (ASIS), siempre anclado en un territorio y una población determinada. Como se mencionó en capítulos anteriores, las realidades de los sistemas de salud en la región de Las Américas limitan la propuesta del ASIS, “cuyo primer paso es la caracterización de contextos geográficos, histórico geográficos, o territoriales [...]” (López, 2018)

En ese sentido, se considera útil revisar conceptos geográficos claves en el ASIS como espacio, territorio, lugar, escala y tiempo, así como otras propuestas de términos que emanan de la profundización de sus contenidos, al mismo tiempo que se exponen criterios esenciales en el empleo de estos conceptos y juicios polémicos sobre su empleo como recursos metodológicos en el ASIS, y en particular, en las intervenciones que se derivan de su utilización.

## Espacio geográfico: bases teóricas

Es notoria la pertinencia del vínculo geografía-epidemiología-salud pública, que se demuestra cuando se realiza un consecuente trabajo interdisciplinario. A criterio de un destacado epidemiólogo latinoamericano: “La geografía deviene frente a la salud, no un simple reservorio de climas, contaminantes, de microbios, de vectores de transmisión infecciosa [...] sino un espacio históricamente estructurado, donde también se expresan las consecuencias benéficas y destructivas de la organización social” (Breihl y Granda, 1990). Queda implícito en esta sentencia que la organización social es siempre espacial, por tanto, es necesario aplicar métodos y técnicas de investigación social, incluidos los que aporta la geografía, para apoyar los análisis críticos que expliquen en una determinada población de un determinado territorio, como se interrelacionan los daños, los problemas de salud, o el nivel de salud con la situación sociohistórica, sociodemográfica, sociocultural, socioeconómica y socioambiental.

Al margen de la diversidad de acepciones, el espacio aparece siempre como categoría central de la geografía, y la diferenciación espacial como tema fundamental del sistema de ciencias geográficas (Dollfus, 1978). La teoría del espacio se sustenta en la dialéctica de lo objetivo/ subjetivo, y concibe la íntima relación entre el mundo natural y social; entre la base material de la sociedad y el pensamiento; entre la acción del hombre como sujeto histórico y los determinantes que lo condicionan. Sustentada en el principio de la especificidad histórica, se analizan los acontecimientos, relaciones y cada momento, como etapas de un proceso.

En la teoría del espacio geográfico, se halla un enfoque epistemológico que concibe espacio y tiempo en su interrelación dinámica, desde una visión interdisciplinaria y de vocación transdisciplinar, que hace posible diferenciar la “sociedad normada” (estructura y funcionamiento a partir de las acciones tomadas por la dirección de la sociedad), de las “otras sociedades” que coexisten en ella con relativa independencia de sus normas y que expresan una determinada identidad sociocultural.

Entre las tantas definiciones del espacio geográfico se suscribe la siguiente: “un conjunto indisociable de sistemas de objetos (fijos, formas) y sistema de acciones (flujos, funciones), en permanente interacción” (Santos, 1996). Es esencialmente naturaleza modificada y transformada por la acción humana y por tanto una creación social. Para este reconocido investigador, son elementos del espacio geográfico: los hombres, la

producción de bienes y servicios, la producción de ideas, normas y leyes, las infraestructuras y el medio ecológico y sus categorías: los fijos (construcciones, infraestructura, objetos que forman parte de la vida material humana), los flujos (circulación de hombres, mercancías, ideas en el espacio), la estructura que refleja la disposición relativa de los fijos y los flujos, y la dinámica permanente. (Santos, 1988)

La estructura espacial es el dominio dentro del cual –y en parte a través del cual– se constituyen las relaciones humanas. Los flujos espaciales expresan de manera concreta los mecanismos de reproducción social y los actores que intervienen en ellos. Estos actores: individuos, familias, grupos, clases sociales, instituciones, se vinculan entre sí de manera dinámica y compleja, regidos por las particularidades del desarrollo económico y permeados por las huellas de la historia, tanto del espacio como de sus habitantes. Los fijos expresan el pasado en formas y los flujos contienen el pasado expresado en hábitos, costumbres, formas de comportamiento, de respuestas.

Esta teoría propone el concepto de tiempo espacial (Santos, 1990) y expresa la memoria que guardan fijos y flujos en su devenir histórico y la condición de que funcionan con sincronía, pero son por lo general asincrónicos, como por ejemplo, coexisten en un espacio urbano construcciones de diferentes periodos históricos y recientes; funciones económicas históricas tradicionales o nuevas; o familias fundadoras de barrios, nativos o migrantes recientes.

La organización socioespacial, trabajadas por la teoría del espacio desde una visión dialéctica, ofrece un marco teórico-metodológico de carácter integrado que apoya la comprensión de la sociedad y a interpretar los determinantes sociales de la salud, enfoque reiterado en varios capítulos del libro. Cada organización socioespacial, según la escala que se seleccione, posee una combinación localizada de estructuras: demográfica, de clases y grupos sociales, de propiedad, de producción, de técnicas, de consumo, de comunicación y otras, que en su conjunto definen el contexto que se constituye y transforma históricamente mediante procesos económicos y políticos.

El espacio geográfico integra también la correspondencia medio natural-medio modificado o construido, basada en la relación espacio-tiempo que le es consustancial. Este espacio también propone la lectura de la historia social, a partir de la influencia del medio natural en los procesos de apropiación del espacio por sus habitantes, en la creación y desarrollo

de sus infraestructuras, en sus condiciones de vida y hasta en peculiaridades de la dimensión conducta-comportamiento. Por ello, el espacio geográfico contempla la mediación temporal (histórica) existente entre la naturaleza y su modificación por los hombres, de donde deriva la necesaria atención a la ecología y al ambiente al realizarse el ASIS, algo no siempre reconocido por sus ejecutores.

Lo natural regula la circulación de un patógeno o la sobrevivencia de un vector transmisor de un patógeno biológico, según la variabilidad climática, el medio geoquímico, la acidez de los suelos o del agua, la altura sobre el nivel del mar, y otras regularidades de componentes del ambiente natural o modificado, y convierte en “inmunes” espacios con todas las condiciones sociales de ocurrencia de un determinado problema de salud cuando “lo natural se aloja en los intersticios de lo social” (Santos, 1996). Por ejemplo, el pH bajo (acidez), impide la supervivencia del *V. cholerae* y explica distribuciones geográficas de la VII pandemia del cólera en varios espacios.

Los flujos espaciales, en íntima relación con los fijos, contienen de manera concreta los mecanismos de reproducción social y los actores que intervienen en ellos, de lo cual resulta una heterogeneidad de condiciones materiales y espirituales de vida, que ayudan a explicar las desigualdades e inequidades espaciales de la salud.

## **El territorio y su polisemia**

Las precisiones sobre el espacio geográfico expuestas en los párrafos anteriores, sirven de introducción al tema sobre el territorio y la territorialidad como otro punto clave al realizarse el ASIS. Desde el amplio arsenal teórico que aporta la geografía, el territorio es objeto de renovada atención y tiene también múltiples acepciones. Por su parte, la territorialidad, puede ser definida como un conjunto de relaciones que se originan en un sistema tridimensional *sociedad-espacio-tiempo*. (Raffestin, 1993) En cuanto al territorio, se distinguen convencionalmente, el territorio político administrativo (se decide por el Estado), el administrativo sectorial y de los gobiernos en sus distintos niveles (se conforma y evolucionan por decisiones sectoriales) y el territorio usado, sinónimo de espacio vivido y construido socialmente, que funciona por la existencia de lugares contiguos o lugares en redes (evoluciona bajo la influencia de los otros dos, decidida por oportunidades y decisiones individuales familiares). (Santos, 1994)

De uso más restringido, la territorialidad humana alude a la construcción social de territorios, contempla las estrategias del uso del espacio, de su organización y también la significación que los residentes dan al lugar donde habitan. (Sack, 1986)

En el territorio administrativo-sectorial se cumplen funciones productivas y de servicios estatales y privadas, y origina recortes del territorio político administrativo. Coexisten territorios que cumplen funciones de nivel nacional; territorios cuya gestión se subordina al nivel municipal o provincial o nacional en aspectos técnicos o metodológicos (doble subordinación) y territorios no estatales, en teoría los más autónomos, a veces peligrosamente autónomos en algunos contextos donde la población y lo social se vuelve secundario.

Para desarrollar la administración sectorial de servicios, pueden establecerse límites definidos y una cantidad de población precisa, sobre la cual se tiene poder y responsabilidad de actuación. Por ejemplo, los gobiernos provinciales y municipales gestionan los servicios de salud en la totalidad del área de sus territorios, y para los ministerios de salud su territorio es el nacional. Los directivos de este nivel son responsables por la elaboración de políticas del sector, pueden controlar su cumplimiento y atender el suministro de equipamientos e insumos a sus instituciones de nivel subnacional. La autonomía de los territorios subnacionales para adaptar políticas nacionales es reducida, y la posibilidad de que las políticas nacionales se adapten a los territorios aún más, ventajas potenciales se encontrarían en países federativos en relación con los unitarios.

El territorio más difícil de delimitar corresponde a los lugares “apropiados” donde se organiza y transcurre la vida de la población (territorios vividos) y configuran otra trama discontinua al interior de provincias y municipios; redes de espacios de vida donde en armonía o en conflicto, se integran las influencias de los espacios de residencia, de trabajo o estudio, el de traslado, el eventual para la obtención de bienes o servicios y hasta el circunstancial, donde se incluyen los de la recreación. En estos territorios se expresa de forma más concreta la territorialidad humana, la historia de la vida y las interacciones entre sus individuos, familias y los lugares, así como, la representación y pareceres de la población.

Este tercer tipo de territorio vivido, se construye por la población y es a la vez concebido, percibido, o sea emprírico; imaginado, experiencial e histórico y modelado por la política y la cultura (Soja, 1997); permite comprender efectos sociales de los cambios, las regulaciones y controles

que deciden los gobiernos y otros “entes”, así como las estrategias que despliega la población en su territorio.

Se estima que al aceptar la existencia de varios territorios y varias territorialidades, se evidencia la necesidad de superar la limitación de la concepción clásica que lo entiende como “exclusividad de un poder”. Por tanto, desde una visión reduccionista, se entiende el territorio como uno solo, como espacio de gobernanza y se ignoran los otros tipos de territorios que existen en su interior. (Fernandes, 2011)

La intrincada trama de relaciones que están en juego al interior de los varios territorios y en especial entre ellos, fundamentan los obstáculos para aprehender sus dinámicas. Las lógicas bien diferentes de pensar y actuar en el territorio, justifican las dificultades para evaluar el desarrollo, el bienestar y la salud de su población (Arocena, 1996). Sin aceptar el determinismo geográfico, debe tenerse en cuenta que en cada territorio predomina una cierta exposición a determinados factores de riesgo, condiciones de acceso a servicios de salud, y tanto otros factores determinantes de la situación de salud de los grupos sociales (Faria y Bortolozzi, 2009). Puede interpretarse como un desacierto actuar en un territorio sin pensar en los otros; los territorios resultan siempre de una intención para desarrollar una acción y se requiere esclarecer la intención y la naturaleza de la acción, para no caer en la ilusión de que todos los que están en un territorio trabajan o viven el mismo territorio (Bitoun, 2014). En ese sentido, fue propuesto el concepto de multiterritorialidad que enfatiza en las relaciones sociales que articulan los territorios en red. (Haesbaert, 2004)

Cabe destacar que en una buena parte de los países de la región, existen otros tipos de territorios como los indígenas, demarcados por los primeros individuos y familias que llegaron a los territorios nacionales actuales y cuyos límites, en ocasiones, cruzan territorios político administrativos y hasta países, como la etnia yanomami entre Brasil y Venezuela. Otros territorios que pudieramos llamar circunstanciales, son creados por la identidad de resistencia como los de quilombolas replegados, los asentamientos de los sin tierra, o sin techo, e incluso los territorios de los desplazados por conflictos locales o nacionales. Con reconocimiento gubernamental o no, en todos estos “territorios vividos” las carencias sobrepasan las atenciones y los cuidados a la salud, y todos se localizan dentro o al cruzar unidades político administrativas, territorios de la economía nacional o regional, tanto estatales como privados.

Al mismo tiempo, en la propia Región, se incrementa la multiactorialidad en el marco de procesos de descentralización territorial, y del surgimiento de nuevas formas de agrupaciones o asociaciones, estatales y no estatales, incluidas las organizaciones no gubernamentales (ONG); también se fomenta el “empoderamiento”, o, mejor dicho, los esfuerzos por despertar el poder escondido en grupos sociales, tema analizado en el capítulo 9. Ambas visiones de lo “multi”, aportan renovadas oportunidades en la elaboración de estrategias o planes de acción, para mejorar la situación de salud de la población en el territorio sectorial en cuestión.

Reconocer los territorios que coexisten en diferentes niveles de análisis, así como su heterogeneidad interna, facilita el complejo proceso del ASIS, tanto en su componente descriptivo como analítico, para colaborar con estrategias y planes de acción más focalizados en espacios y territorios críticos con prioridad de actuación.

## **Escalas y tiempos en los territorios y espacios**

La escala es tal vez la característica más distintiva de espacios y territorios, al indicar en un nivel concreto, los niveles jerárquicos de los recortes territoriales. En los espacios y tiempos del cotidiano, en lugares concretos influyen los espacios de otras escalas, es decir, que en las escalas locales se expresan otras regionales, nacionales o supranacionales.

Cada territorio posee una escala geográfica, por tanto, admite un contenido y un límite en los análisis. Esta concepción “naturalizó” el criterio de que al definir una unidad territorial, todo lo que se investiga o gestiona queda incluido al interior de este (Pillet, 2008). Hace más de tres décadas, se alertaba a los geógrafos sobre la necesidad del tránsito de escalas para aproximarse a la complejidad de las realidades sociales. (Lacoste, 1988); (Santos, 1985)

En la propuesta del concepto de multiescalaridad (Sassen, 2007), se expone la necesidad de reformular las escalas debido a los procesos de globalización, y así descubrir las formas en que los fenómenos de escala global penetran en espacios subnacionales, que en realidad funcionan entre prácticas y formas organizativas que pertenecen a varias escalas.

En la actualidad no se duda de que en las dinámicas y los conflictos en un recorte a determinada escala, participan otros recortes y escalas más grandes o pequeñas, portadoras de componentes y procesos que las condicionan o determinan. No obstante, se critica la reiteración de las relaciones entre lo global y lo local por no considerar los niveles o

escalas intermedias, pues la forma en que se coloca que la relación entre lo global y lo local es mucho más complicada que como se presenta. (Harvey, 2005)

Si aceptamos que la globalización contemporánea impone nuevos o renovados procesos de articulación entre territorios y en especial intensifica sus velocidades, estos recortes y sus escalas estimulan un repensar sobre la visión clásica de la organización territorial del estado o sus sectores. A propósito, en los desafíos para confeccionar el ASIS en Colombia, se identificó que “las dinámicas locales en las cuales se inserta el análisis de la situación de salud están cada vez más permeadas por procesos de globalización que, a su vez, demandan la articulación de las políticas internacionales adoptadas por el país”. (Yépez y Marín, 2017)

Las escalas tienen varias formas de conceptualización y la polisemia de su significado exige su declaración explícita. La escala en su contenido cartográfico estricto, es la característica más importante de la base matemática de un mapa, que expresa la relación entre las dimensiones de objetos o áreas y la realidad (Castro, 1995). El nivel es el recorte geográfico donde se actúa o investiga sin asociación directa, ni con la escala, ni con las dimensiones de las unidades territoriales que define. A pesar de esto, para cada nivel territorial de anclaje, existen escalas cartográficas de observación más adecuadas, acordes con el contenido que permite el mapa base.

La jerarquía de las unidades territoriales del sistema de salud, introduce el empleo en los análisis geográficos del concepto de escala y nivel, que frecuentemente se confunden y según la información de que se disponga, se decide las escalas de representación más apropiadas. En la estructura administrativa territorial del sistema nacional de salud, ni los niveles de servicios, ni los de la dirección administrativa, definen una escala de observación y sí definen contenidos analíticos particulares para cada uno de ellos.

Al mencionar los términos cartografía, escala y nivel, surge de inmediato el mapa que para muchos sanitaristas y hasta para los propios epidemiólogos, constituye una herramienta auxiliar en su desempeño profesional y por eso, es oportuno dedicar unos párrafos al uso de los mapas en el campo de la salud.

## **Distinción de los mapas**

El mapa es el lenguaje de expresión que siempre distinguió a la geografía. La vuelta a los mapas abandonados, secundarios o de uso incidental

en el quehacer de la salud pública, fue resultado directo del acelerado proceso de desarrollo de la informática, de las computadoras personales y de la progresiva facilidad de adquisición de *softwares* para la representación cartográfica. En la actualidad, se asiste a la generalización del empleo de sistemas de información geográfica (SIG), las técnicas de geoprocesamiento y los análisis espaciales aplicados a eventos de salud y a componentes del sistema de servicios de salud.

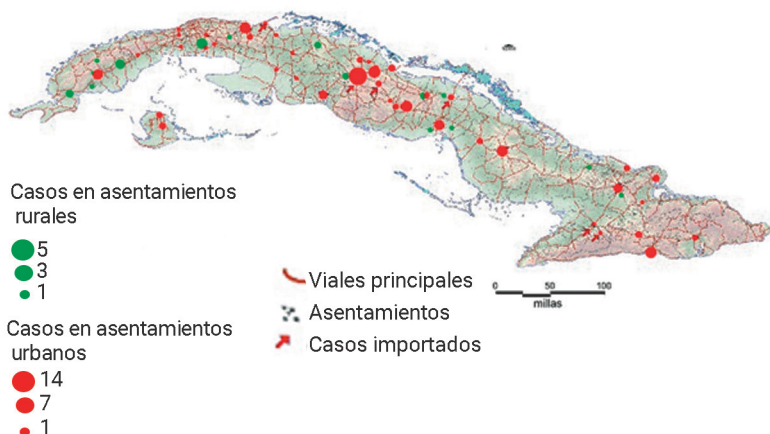
Los mapas no solo tienen larga tradición de uso para el reconocimiento de la epidemiología como disciplina –recordar el clásico aporte de los originales mapas de John Snow– si no también, para el trabajo epidemiológico posterior con los croquis; su utilización en campañas de control de endemias, o como rutina del trabajo de campo epidemiológico, actividades que fueron y aún son frecuentes en la mayoría de los países. Con el advenimiento de en el pasado siglo xx de técnicas novedosas, se incorporaron métodos de georreferenciación de datos de salud y contextos de vida al interior de municipios (Barcellos *et al*, 2008), así como nuevas técnicas cartográficas por los equipos de salud de la familia y por los agentes comunitarios de salud. (Goldstein, 2012)

Los mapas son usualmente empleados con dos propósitos: como *fin*, cuando representa una “ilustración” que hace referencia a una localización del área de trabajo, a los lugares del muestreo o colecta y como “demostración”, para presentar los resultados obtenidos en los estudios. Pero, la utilidad principal del mapa es como *medio*, como *recurso analítico* que convierte los datos en información espacial y los análisis de la geografía en las enfermedades, las muertes o el sistema de atención a la salud (Íñiguez y Barcellos, 2014); (Íñiguez *et al*, 1999). Al respecto se expresa que la geografía comienza cuando se termina el mapa. (Saenz, 1956)

Además de los mapas, existen representaciones gráficas que no emplean técnicas cartográficas como los croquis, muy utilizados en campañas, o como rutina de trabajo en las unidades básicas de salud en casi todos los países, no solo en la labor diaria de los profesionales, si no para observar las dinámicas de los territorios a atender. También se utilizan en unidades de niveles superiores, aunque son más valiosos en los niveles locales, por ejemplo, en Cuba se confeccionan en las áreas de salud.

En el croquis y en los mapas se destacan los eventos vinculados con la situación epidemiológica local, por lo común, se asignan colores según la intensidad del fenómeno y pueden señalarse los enfermos, defunciones y focos de vectores. En el caso de brotes epidémicos se

colocan importantes datos de los casos como: lugar probable de infección, residencia, diagnóstico, incluso hasta el tratamiento y otros datos, en dependencia de los objetivos de la propia representación. Se muestra, como ejemplo, un mapa elaborado durante la reciente epidemia de COVID-19. (Fig. 4.1)



Fuente: Íñiguez Rojas L y Figueroa Fernández E. Partes diarios del Ministerio de Salud. Nomenclador de Asentamientos Humanos. CEPDE-ONEI 2017.

**Fig. 4.1.** Cuba. Casos confirmados de COVID-19 en población de 0 a 18 años por tipos de asentamientos (21 de marzo al 17 de junio).

## Vínculo espacio-territorio-lugar

Las coincidencias o conflictos que derivan de la polisemia de estos tres conceptos, han originado interesantes debates, pero no es propósito de la autora dedicarle tiempo en este capítulo ni analizarlos desde la epistemología o la ontología; no obstante, algunos comentarios pueden resultar de interés. De inicio, el territorio precede al espacio y las unidades territoriales se convierten en espacios cuando “se enfrentan a la sucesión histórica de ocupación efectiva por un pueblo, del trabajo realizado bajo un determinado modo de producción, mediante reglas que el poder convierte en coercitivas”. (Santos, 1990); también “los territorios se forman a partir del espacio, mediante la proyección de trabajo, marcado por las relaciones de poder a cualquier nivel, y por los modos de producción que lo caracterizan [...] el espacio es, materia prima, pre-existente a cualquier acción”. (Raffestin, 1993)

A pesar de las diferencias, ambos autores coinciden en resaltar el poder, expresado de forma más o menos tangible en cualquier territorio e intrínseco a cualquier tipo de relación humana. Al respecto, el Poder en mayúscula, asociado al Estado y el poder en minúscula, que se ubica en todas partes, justifica la sentencia siguiente: “El poder, nombre común se esconde detrás del Poder” (Raffestin, 1993), por ello, se necesita retomarlo por medio del cotidiano, lo cual significa recuperar la malla de territorios vividos que pueda permitir su ejercicio. Si intentamos eludir la contradicción –tal vez apenas aparente– el territorio político o sectorial estaría espacializado y el espacio estaría territorializado, inmersos siempre en territorios político administrativos o sectoriales.

Las actuales propuestas de recuperar o promover el poder ciudadano, sugiere una ampliación del contenido del concepto territorio y la posibilidad de establecer nuevas divisiones territoriales y nuevas formas de organización espacial que contenga procesos y efectos que, sin desconsiderar los negativos, incorporen o destaquen los positivos. Esta proposición es de total pertinencia para el sector de la salud y para la salud pública, que, desde sus territorios sectoriales, además de concretar la intersectorialidad con poderes y responsabilidades compartidas, debe conseguir articular el poder de los grupos y organizaciones que coexisten en los territorios, agentes emisores y receptores de acciones. Se sugiere nuevamente leer el capítulo 9, para ampliar sobre estos criterios.

El *lugar* es tal vez el concepto más inespecífico, controvertido y el menos debatido entre los profesionales dedicados a la geografía de la salud, pero existe consenso en que debe reconocerse como algo más que localización, que coordenadas, y que un punto en el mapa. Aunque en sus acepciones se ha dotado de abstracciones, el empleo en nuestra región es mucho más coloquial, e indica más bien una escala o un nivel menor, una visión genérica más que particular de lo local y su condición de irrepetible. (Ramírez y López, 2015)

Al margen de las definiciones surgidas de las distintas corrientes teóricas de cada una de las ciencias sociales y al interior de las mismas, lo cierto es que el término *lugar*, con frecuencia se utiliza como sinónimo de espacio, de territorio y viceversa. Es por eso que, desde lo empírico, al realizar el ASIS, lo más importante es no obviar la historicidad, la escala, su permanente dinámica, la aproximación a la totalidad de los hechos y procesos naturales y sociales, sea cual fuera el nivel de anclaje donde se realiza y sobre todo, considerar a las personas residentes como aliados en el análisis de problemas, necesidades y respuestas.

Los sujetos, los hombres, la población, los pueblos, los grupos sociales, constituyen parte esencial de la concepción del espacio geográfico, sin embargo, durante mucho tiempo este espacio fue deshumanizado y su introducción es en cierta forma el gran imperativo cognitivo de la teoría del espacio de Milton Santos (Samaja, 2003). En cierto sentido, aún los sujetos y su subjetividad en los espacios representan enigmas, sino desde el punto de vista teórico, al menos desde el punto de vista metodológico.

Las formas en que individuos y grupos sociales viven en sus espacios, por decisión o sin otra opción, son fuertes componentes del ASIS, pero no puede olvidarse que el conocimiento sobre factores que favorecen o perjudican su salud, no asegura que se modifiquen conductas o comportamientos. En ese sentido, en un ejercicio reflexivo sobre la salud como un valor, se expresa: “[...] Su reconocimiento como un valor se relaciona con las consecuencias éticas de las relaciones contractuales, establecidas entre el individuo, el grupo, la comunidad y la sociedad”. (Martínez, 2002)

Por un lado, las fuentes de bienestar en unos espacios, son de malestar en otros, aún dentro de un mismo barrio o asentamiento y los juicios de valor que acompañan cualquier análisis, difieren para un mismo hecho o resultado —hasta cuantitativo— según diferentes individuos o agregados, colocados como pueblo o ciudadano, investigador, administrador o político, pero también según contextos espaciales.

Como síntesis sobre lo expuesto y a modo de comparación interdisciplinar, cuando con visión salubrista se mencionan los términos persona, tiempo y lugar, de inmediato se reconocen esas categorías básicas de la epidemiología descriptiva. Sin embargo, la aplicación de esos términos difiere un tanto de la especificidad teórica del espacio geográfico y del territorio, tal como se analizó en párrafos anteriores, dado que coloca el foco en el espacio vivido, el territorio usado y el lugar, además de observar grupos de personas según los tiempos espaciales, más allá del tiempo cronológico. Así, la propuesta teórica se convierte en recurso metodológico para analizar la organización y la dinámica de los espacios, como substrato para comprender las causas de que las personas vivan con bienestar o malestar, con o sin salud física, mental y social; con ausencia o frecuencia de determinadas enfermedades y otros daños a la salud; con o sin accesibilidad física, económica y cultural a los servicios de protección, o recuperación de la salud.

Con satisfacción profesional se reconoce que los epidemiólogos que incorporan en su desempeño la teoría del espacio geográfico, han obtenido valiosos resultados en estudios de problemas de salud, que difícilmente

podrían alcanzarse con el esfuerzo individual o colectivo de los geógrafos. Desde finales de la década de los años 70 del siglo xx, se aprecia la rigurosa incorporación de las bases teóricas de la geografía y, en particular, de la organización del espacio geográfico en el quehacer de epidemiólogos y sanitaristas de la región como: Hugo Mercer en México; Jaime Breilh y Edmundo Granda en Ecuador; Alberto Amarís en Panamá; José Carvalheiro, Luis Jacinto da Silva, Mauricio Barreto, Paulo Sabrosa y Rita Barata, entre otros. (Breilh y Granda; 1990)

En cuanto a los aportes de la geografía de la salud para el ASIS, cuando se realizan a nivel local o comunitario, se incorpora el territorio como una información previa, pero el desafío estaría en cómo se inserta esta información en los pasos subsecuentes del proceso de elaboración. A ese importante reto se dedica el próximo apartado del capítulo.

## **Territorio heterogéneo del análisis de situación de salud**

El ASIS requiere de un territorio para su realización, sea un país, sus divisiones político-administrativas subnacionales, o la regionalización propia del sector de la salud. Se reconoce la heterogeneidad interna de estas subdivisiones, en cantidad de territorios y de población, contextos geográficos o geoecológicos, culturales y hasta políticos, en el caso de los países federativos. En Cuba, también se ha elaborado el ASIS en espacios cerrados como los centros laborales y escolares.

Es oportuno resumir la situación cubana en relación con el territorio político-administrativo, dada su relevancia en la realización del ASIS. En 1976, fue implantada una nueva división político-administrativa, con el objetivo de lograr racionalidad y funcionalidad acorde a las exigencias del desarrollo económico y social del país. Se incrementaron las provincias a 14 y se redujeron los municipios de poco más de 400 a 169; posteriormente, en enero de 2011, se hicieron ajustes a esa división, aunque se mantuvo la elevada heterogeneidad en área y cantidad de población, como sucede en todos los países. En las provincias varió la población de más de 1 millón de habitantes a menos de 400 000, la extensión de los municipios de poco más de 3 km<sup>2</sup> a más de 4000 km<sup>2</sup>. La superficie de un municipio es superior a la de una provincia y su población es menor de 10 000 o de poco más de 600 000 habitantes.

Si estos datos sugieren diferencias en los esfuerzos entre el nivel provincial o municipal, es aún más compleja la forma en que se distribuye la población en los lugares habitados, lo que dificulta la elaboración del

ASIS, desde ese espacio. Según el Sistema de Asentamientos Humanos, en Cuba existen poco más de 7000 asentamientos, el 91 % de los cuales son rurales y cerca de medio millón de personas residen en zonas rurales de forma dispersa (ONEI, 2017). A pesar de la intensa comunicación entre espacios urbanos y rurales en el país, las brechas en indicadores de condiciones de vida son aún muy amplias (Íñiguez *et al*, 2019). La distribución de asentamientos urbanos y rurales muestra notables variaciones, pues en algunos municipios existe solo un asentamiento urbano y otros superan los 10 asentamientos, en tanto en los rurales, varían de uno a 140.

Como se observa en la tabla 4.1, es interesante que en municipios donde se localizan ciudades capitales provinciales, la cantidad de asentamientos rurales y hasta la población rural es elevada, como el caso del municipio Holguín en la provincia homónima o el municipio Bayamo, también en la misma provincia. Esta información está disponible y es preocupante que no se utilice cuando se calculan indicadores promedios en los territorios político administrativos, en especial, cuando la población rural en las provincias cubanas varía entre 20 y 30 % de la población total y hasta alcanza cerca de 40 %, como en la provincia Granma. Otro ejemplo es que, en 30 municipios del país, más de la mitad de la población total es rural y se aproxima a 90 % como en el municipio Maisí.

**Tabla 4.1.** Distribución de asentamientos en municipios seleccionados de Cuba

| Municipios | Total de asentamientos | Urbanos | Rurales |
|------------|------------------------|---------|---------|
| Holguín    | 140                    | 2       | 138     |
| Mayarí     | 129                    | 7       | 122     |
| Gibara     | 122                    | 5       | 117     |
| Bayamo     | 117                    | 2       | 115     |
| Antilla    | 11                     | 2       | 9       |
| Caibarién  | 9                      | 1       | 8       |
| Caimanera  | 6                      | 2       | 4       |
| Yaguajay   | 66                     | 12      | 54      |

Fuente: Nomenclador de Asentamientos Humanos. Censo de Población y Viviendas 2012. ONEI. Cuba 2017.

El ASIS que se realiza en los municipios tiene otra particularidad, la heterogeneidad al interior de sus barrios, con espacios vividos con relativa homogeneidad interna, que como regularidad no coinciden con los territorios donde se brindan los servicios de salud de nivel primario de atención, o están fragmentados. La segregación residencial heredada y característica de las ciudades del país, crea diferencias en la dotación de servicios, redes de comunicaciones y condiciones de habitabilidad, con elevada densidad de población en reducidos espacios vitales.

Si por razón metodológica los indicadores deben ser similares, al menos, deben someterse a juicios y análisis diferentes. Por ejemplo, el servicio de recogida de desechos sólidos, especializado o no, es infrecuente en espacios rurales, en especial en los remotos y la construcción de acueductos tiene restricciones reales en territorios rurales, que no necesariamente indican retrasos sociales o más elevados riesgos a la salud.

El Sistema de Asentamientos en Cuba se clasifica según la cantidad de población, ya que otras propuestas de clasificación de asentamientos, se basan en las funciones sociales y económicas que definen los que son centros regionales de producción, de servicios, o de base agropecuaria. En las categorías poblacionales, predominan los poblados y caseríos rurales o dispersos, donde reside la cuarta parte de la población total del país. (Tabla 4.2)

**Tabla 4.2.** Distribución de los asentamientos por categoría poblacional de Cuba

| Categorías poblacionales de los asentamientos humanos | Cantidad de asentamientos |        |       | Población   |           |           |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|--------|-------|-------------|-----------|-----------|
|                                                       | Ambas zonas               | Urbana | Rural | Ambas zonas | Urbana    | Rural     |
| Total de asentamientos                                | 7014                      | 597    | 6417  | 11 167 325  | 8 575 189 | 2 592 136 |
| Ciudad Capital (500 000 hab. y más)                   | 1                         | 1      | 0     | 2 106 146   | 2 106 146 | 0         |
| Ciudades (20 000 a 499 000 hab.)                      | 57                        | 57     | 0     | 4 059 838   | 4 059 838 | 0         |

**Tabla 4.2.** (Continuación)

| <b>Categorías<br/>poblacionales<br/>de los<br/>asentamientos<br/>humanos</b> | <b>Cantidad<br/>de asentamientos</b> |               |              | <b>Población</b>       |               |              |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|------------------------|---------------|--------------|
|                                                                              | <b>Ambas<br/>zonas</b>               | <b>Urbana</b> | <b>Rural</b> | <b>Ambas<br/>zonas</b> | <b>Urbana</b> | <b>Rural</b> |
| Pueblos<br>(de 2000 a<br>19 999 habs.)                                       | 403                                  | 353           | 50           | 2 330 381              | 2 193 621     | 136 760      |
| Poblados<br>(de 200 a<br>1999 habs.)                                         | 3111                                 | 186           | 2925         | 1 724 425              | 215 584       | 1 508 841    |
| Caserío o<br>batey<br>(menos de<br>200 habs.)                                | 3442                                 | 0             | 3442         | 3 690 02               | 0             | 369 002      |
| Población<br>dispersa                                                        | 0                                    | 0             | 0            | 5 77 533               | 0             | 577 533      |

Fuente: Nomenclador de Asentamientos Humanos. ONEI. Cuba 2017.

La combinación de estas categorías al interior de los municipios es muy variable. Por ejemplo, en el municipio San Juan y Martínez existen 31 caseríos, 28 poblados rurales y tres pueblos urbanos; en el municipio Songo la Maya 35 poblados rurales, cuatro pueblos rurales, 61 caseríos,<sup>1</sup> tres poblados urbanos y una pequeña ciudad de poco más de 20 000 habitantes. Mientras que en el primer municipio estos asentamientos se distribuyen en un relieve llano, en el segundo, la mayoría de los asentamientos se localizan en zonas de montañas.

En cuanto a los tres niveles organizativos del sistema de salud cubano, por lo general, no son coincidentes con los límites municipales y pueden hasta extenderse a provincias diferentes. En el segundo y tercer nivel –que poseen mayor complejidad y densidad tecnológica– se estableció la regionalización de los servicios para atender a la población en unidades asistenciales especiales según las necesidades. Además, se dispone de instituciones como hogares maternos, de ancianos, de impedidos físicos y otros, que también delimitan sus unidades territoriales de actuación,

<sup>1</sup> Por definición todos son rurales.

por agregados de municipios o de áreas de salud. Situación similar tienen las farmacias, donde se atiende a la población de varios consultorios al momento de adquirir los medicamentos.

Es notoria esta no coincidencia entre las numerosas unidades administrativas, sectoriales y hasta de organizaciones sociales que coexisten en un territorio. Los esfuerzos para lograr coincidencia entre áreas de salud y otros territorios políticos o administrativos, datan de la década de los años 70 del pasado siglo xx cuando incluso se propuso su adecuación a zonas y sectores de los organismos de masas. (Minsap, 1996)

La conciliación de los límites es una prioridad que necesita de acciones concretas, mientras que otros procedimientos metodológicos también pueden reducir la heterogeneidad territorial mediante *agregaciones, desagregaciones y nuevas agregaciones*, que permiten realizar los ASIS en niveles provinciales y nacionales en unidades complementarias de estos niveles, no necesariamente más pequeñas en extensión y población.

Las valoraciones sobre la distribución geográfica de las unidades de atención y sus territorios de actuación, así como de los efectos de esa superposición e interacción, son recursos internacionalmente reconocidos para evaluar la accesibilidad física y optimizar el planeamiento espacio-temporal de los servicios, aunque todavía es un tema insuficientemente analizado. La extensión de cobertura o la universalidad expresa la equidad potencial, mientras en muchos territorios vividos, las facilidades de desplazamiento hacia los servicios que incluyen los de atención primaria, tienen mediaciones económicas, sociales y culturales. A propósito, es poco conocido que para el desarrollo del hábitat, existe en Cuba una norma de acceso a equipamientos de salud que define una distancia de 500 m y para acceder al transporte urbano, la distancia peatonal hasta 400 m. (ONN, 2014)

La inclusión en el ASIS de los datos sobre contextos espaciales es infrecuente, lo cual tiene implicaciones en el ámbito de la intervención, en las variadas respuestas que puede potencialmente ofrecer el sector de la salud y en las múltiples respuestas que pueden aportar los otros sectores que responden por la salud de la población, sea cual fuese el nivel en que se realiza ese análisis.

En cualquier país de Latinoamérica, incluida Cuba, existe una diversidad natural y una desigualdad social, económica, cultural y ambiental interna, que es fragmentada por las subdivisiones político administrativas; la importancia de estas subdivisiones es innegable, precisamente por el valor que se concede a las prioridades estatales en la atención a la salud de las poblaciones.

Si el ASIS en su síntesis y propuestas de acción, debe diferenciar problemas y necesidades de la vida urbana y rural de la población contenida en territorios político administrativos o sectoriales de la salud, otro desafío sería que logre diferenciar la salud con referencia a espacios vividos pues, involuntariamente, cuando se analiza la situación de salud de un territorio político administrativo, casi siempre se soslayan los aportes del marco teórico de la producción social de daños a la salud.

En síntesis, con lo expuesto se intenta desentrañar la complicada trama de territorios sectoriales de salud, así como su elevada heterogeneidad intraterritorial. En cada caso valdría preguntarse ¿qué significa esta heterogeneidad inter e intramunicipal para la elaboración del ASIS? ¿Cómo podría mejorarse la aprehensión de esta heterogeneidad en el ASIS?

## **Laberinto de la información y datos territoriales para el análisis de situación de salud**

Los sistemas de información y las bases de datos, se organizan según territorios político-administrativos y por lo general, están referidos a provincias y municipios (Cuba) o a sus equivalentes en otros países de Latinoamérica como departamentos o cantones y, como se analizó en un apartado del capítulo, otros sistemas responden a la organización de sus territorios administrativo sectoriales, como regiones de dotación de agua e consumo o producciones agropecuarias. En todos los casos, representan agregados de información donde las particularidades locales se diluyen.

Al respecto, cabe destacar que las desigualdades en salud resultan tanto de las condiciones materiales de vida, como de las experiencias de personas y grupos en sus lugares de residencia, por ello, su comprensión obliga a articular la información sobre dimensiones naturales y sociales del territorio, pero también sobre dimensiones subjetivas (Molina, 2018). Con toda probabilidad, el papel de la dimensión de conciencia-conducta es la más difícil de obtener y trasladar a los sistemas de información de niveles territoriales superiores. (Castellanos, 1999)

Resulta estimulante observar con más frecuencia, que los datos territoriales se muestran diferenciados en territorio y población urbana y rural, sin embargo, una vez más se enfatiza que, en cualquier país de América Latina, la información estadística sobre los problemas de salud o de dimensiones de las condiciones de vida no deberían expresarse con un solo valor país, pues esto no constituye un problema metodológico sino

ético. El oscurecimiento que aportan los promedios cobra este carácter cuando lo que esconden son injusticias sociales, aún más graves cuando se habla de *per cápitas*, o tasas.

Los sistemas habituales de información sanitaria, carecen de datos que faciliten la comprensión de los procesos sociales de producción de determinados problemas de salud, que son captados casi exclusivamente por el trabajo de campo a nivel “local”, cuando se ejecutan algunos programas nacionales de control dirigidos a enfermedades y daños específicos y de prioridad internacional o regional. En momentos en que se reclama con insistencia la influencia de los determinantes sociales de la salud, se demanda la atención del territorio como escenario principal para comprender y accionar en su influencia.

No debe olvidarse que los territorios se reconfiguran según cambian las condiciones de reproducción social, lo que diferentes autores denominan como la reterritorialización de la intervención de la salud pública (Borde y Torres-Tovar, 2017). Esto implica conocer la situación de salud según espacios urbanos, urbano rurales, rur-urbanos y rurales en ciudades metropolitanas o capitales provinciales o departamentales, donde se destaquen los espacios de precarias condiciones de existencia y también, en el resto del territorio nacional; en espacios de desarrollo de polos productivos y de servicios, o de inamovilidad económica y social; en territorios de desplazados de conflictos locales y tal vez algo un poco más difícil: revelar con más precisión la situación de salud en territorios indígenas. Los recursos tecnológicos para lograr esa propuesta existen, por tanto, la voluntad de los ministerios implicados sería decisiva.

Las estadísticas sanitarias, deben ampliarse con variables e indicadores del contexto donde transcurre la vida de los individuos, pues en pocos sistemas de información continua o temporal, se incluyen campos referidos a color de la piel, grupo étnico, situación económica o de habitabilidad, condición de inmigrante y otros importantes datos.

Como un ejemplo acerca de la utilización de los datos y la información, se ha convertido en rutina que los datos originados en un lugar, sucesivamente se agregan a unidades territoriales del sector y a las divisiones político administrativas, hasta su acumulación para elaborar las informaciones nacionales sobre la salud de las poblaciones.

## Utilidad de los datos y la información territorial

La disponibilidad de los datos y la información necesaria para intervenir ante un problema de salud poblacional, aseguran el éxito de la

intervención y como ejemplo se resume lo que ocurre con el control del dengue en algunas poblaciones.

Es bien conocido que la forma de transmisión de la enfermedad es a través de un mosquito vector, del que se han identificado muy bien las características para lograr su eliminación. Los contextos territoriales para que aparezcan casos de dengue por la multiplicación del vector están bien definidos, y en numerosos estudios se ha demostrado la influencia del abasto de agua, las fuentes y formas de obtención, la frecuencia del suministro a la población (diaria, días alternos), los horarios y tiempo de bombeo, el estado de las redes hidrotécnicas asociadas a la consolidación de los barrios, así como el estado de los recipientes para el almacenamiento. Todo esto contribuye a una mayor concentración de focos y de casos. En esos contextos espaciales donde la temporalidad es especialmente importante, las intervenciones por lo general se centran en campañas de vigilancia y control mediante la quimización y el trabajo educativo con las personas, para elevar la percepción de riesgo de padecer el dengue y se soslayan las limitaciones en la dotación de agua que reciben.

En varias publicaciones se identifica que en algunas personas y familias, la falta de motivación y responsabilidad por la reducción de focos del vector eleva su vulnerabilidad (Martínez, 2017) y en otros se reconoce que la situación económica impone restricciones para procurar adecuados medios para almacenar el agua. (Pérez, 2007).

Sin subestimar el valor de las acciones o “campañas” en un municipio, en un espacio o subespacio, que incluyen hasta la distribución eventual de tanques de almacenamiento de agua, se considera que la medida más certera para la reducción de focos de *Aedes Aegypti* sería asegurar el suministro diario y permanente de agua potable, lo que reduciría la sobrevivencia y reproducción del vector transmisor para lo cual, con toda probabilidad, intervendrían actores de niveles supramunicipales o nacionales. También, se mantendrían o perfeccionarían acciones de saneamiento básico, de mejoras de las redes, de las condiciones de habitabilidad, de la situación económica de algunas familias. Este conjunto de acciones exige la relación intersectorial tan solicitada, donde se conjugan ética, voluntad política, disponibilidad de recursos financieros, participación de la población y también la participación de niveles y escalas supralocales.

## Los territorios y la atención primaria de salud

El cumplimiento de la orientación de los organismos internacionales para desarrollar los sistemas nacionales de salud basados en la atención

primaria de salud (APS), constituye una prioridad en cualquier país, aunque hasta hace poco tiempo existía cierta confusión al definir el espacio “local” correspondiente a ese nivel. Por lo general, se designa al municipio como la unidad subnacional de la división político administrativa, definido como territorio clave en el fomento del desarrollo, convertido en los últimos años en la unidad privilegiada de las reformas para reforzar la actuación de los gobiernos hacia la salud y el bienestar de la población y al menos, potencialmente, para asegurar la eficiencia y equidad distributiva de recursos y servicios. En el caso de Cuba, se considera también como “local”, el área de salud que abarca la población que atiende el personal de un policlínico y los consultorios de medicina familiar.

Es obligado citar en este momento el aporte de los sistemas locales de salud (SILOS), promovidos por la Oficina Panamericana de la Salud a inicios de la década de los años 90 del siglo xx, para organizar la estrategia de APS. En los numerosos documentos que orientan su implementación, se aprecia la introducción de recursos conceptuales y metodológicos emanados de la geografía, tales como la propia definición de “conjunto social”, territorio-población, el empleo de criterios geográfico-poblacionales en la definición de estos espacios y el fomento del empleo de recursos cartográficos y de sistemas de información geográfica.

Se demuestra así, no solo la similitud de estas elaboraciones con el arsenal teórico y metodológico que la geografía crítica desarrollaba entonces, como la superación de la dicotomía entre la distribución geográfica de problemas de salud y la distribución geográfica de los servicios de atención de salud. En la metodología de organización y gestión de los SILOS, es innegable el interés de considerar el lugar y el territorio desde una concepción abarcadora que, aunque proponiendo lista de control de indicadores y guías metodológicas, facilita la integración. (OPS, 1990 y 1992); (Kadt y Tasca, 1993); (Capote, 1990)

También en la misma época, se introdujo la denominada estratificación epidemiológica como enfoque estratégico en los programas de control, basada en la categorización de “áreas geoecológicas” de acuerdo con factores de riesgo, para definir intervenciones de prevención y control y una propuesta de vigilancia de situación de salud según condiciones de vida, en espacios-poblacionales. (Castillo, 1991); (Castellanos, 1999)

En fechas posteriores, salubristas y epidemiólogos brasileños incorporaron un importante arsenal teórico del espacio geográfico, en la definición de la estructura territorial de los sistemas de salud y en el análisis de la relación entre el perfil epidemiológico y los procesos de organización dinámica

espacial, donde se destacan los procesos de territorialización y des-territorialización como componentes de la organización de las intervenciones, especialmente promocionales. (Paim, 2002); (Texeira *et al*, 2002).

En la implementación del Sistema Único de Salud en Brasil (SUS), casi al unísono, se colocaron dos destacadas reflexiones: “El mejor remedio para la salud es el municipio”(Cordeiro, 1991) y “Cuando la municipalización no es el camino”(Paim,1991), que solo se contradicen aparentemente, pues la primera parte da una posibilidad, mientras la segunda se apoya en los múltiples escollos que impone la heterogeneidad intramunicipal para el éxito de la descentralización. Las dos consideraciones se sumergen en el conflicto permanente entre posibilidad y realidad.

Como se adelantó al inicio de este apartado, en el sistema de salud de Cuba –organizado en base territorial, universal y gratuito– para desarrollar la estrategia de APS ya existían los policlínicos (áreas de salud) desde los inicios del sistema y a mediados de la década de los años 80 del siglo xx, se crearon los consultorios del médico y la enfermera de la familia, que junto a los policlínicos y otras unidades de salud, conforman las 449 áreas de salud del país. Desde el punto de vista geográfico, la extensión territorial varía de menos de 1 km<sup>2</sup> a más de 1000 km<sup>2</sup>, distribuidos en asentamientos urbanos, rurales concentrados o dispersos, de montañas o llanuras, con diferentes funciones económicas y amplias diferencias en la historia social y cultural. La cantidad de población a atender, varía entre 600 y 1300, sin exceder los 1500 habitantes. (Ver capítulo 10)

Un dato de especial significado, que no siempre se considera en la diferencia de contextos espaciales cuando se realiza el ASIS, sería la conectividad terrestre que no solo depende de las vías de comunicación, si no de la frecuencia de transporte y accesibilidad física y económica, que media en la organización del cotidiano de la población y en el acceso a servicios de salud.

Al interior de los municipios existen también divisiones territoriales que corresponden a los órganos del poder popular, denominados consejos populares, cuyos límites en la mayoría de los casos, no coinciden con los correspondientes a los servicios de la APS (Gómez de Haz, 2004). En pocas ocasiones, se registran o informan problemas o daños a la salud ocurridos en estos territorios, aunque se reconoce que pueden obtenerse otras informaciones valiosas sobre la población y el área que ocupan. En situaciones de emergencia (epidemias o eventos naturales

extremos), en estos consejos se cumplen funciones como consejos de defensa. En el capítulo 2 se exponen criterios sobre la realización del ASIS en los territorios de esos consejos populares.

Los territorios donde se desarrolla la estrategia de APS, son los espacios vividos en el cotidiano de las familias y de sus miembros y se aportan potencialidades excepcionales para identificar la influencia de los determinantes sociales de la salud en los problemas de salud que los afectan.

Los datos generados a este nivel, contribuyen a enriquecer la información para aprehender el contexto en el que se teje la trama siempre multicausal que explica la situación de salud, aunque una buena parte de esos datos, que ofrecen información sobre contextos de vida y sobre procesos de producción de daños a la salud, no son originados por el sector de la salud; las variables e indicadores que permitirían explicar la desigual distribución inter- o intraterritorial de esa situación de salud, tiene sus fuentes iniciales en otros sectores y como ya se expuso, en ocasiones sin corresponderse con el territorio de acción del sector de la salud. No obstante, mediante un trabajo cohesionado con actores extrasectoriales y el uso de técnicas de análisis espacial, esta situación puede revertirse. Uno de los procedimientos metodológicos iniciales sería, tipificar las áreas de salud y sus subáreas, lo cual apoyaría la organización y evaluación de la gestión administrativa más eficiente y equitativa, aún sin disminuirla heterogeneidad territorial.

Los datos sobre la identidad territorial, la pertenencia, los hábitos, las redes de interacciones familiares, entre vecinos y otros, que sintetizan con particular coherencia la cultura y la subjetividad de los grupos sociales y el capital socioterritorial, también se consideran como información relevante para incorporar al ASIS, en afán de su renovación y que solo se obtienen en el nivel primario. Esto permitiría ampliar el conocimiento sobre la dinámica de los contextos que intervienen en la situación de salud del territorio y en consecuencia, ofrecer respuestas posibles a los problemas y necesidades que esa población demanda.

## **Consideraciones finales**

En este capítulo se ratificaron los puntos de contacto entre la geografía y en particular la geografía de la salud, con la teoría y los recursos metodológicos de la epidemiología y la salud pública. Sin dudas, la descripción de conceptos geográficos claves y factibles de utilizar en el

momento de realizar el ASIS –aunque con sus acuerdos y contradicciones– debe contribuir a su correcta aplicación. Lo importante es privilegiar el dónde, más allá de la localización geográfica y considerar sus características esenciales como la historicidad, la escala y la aproximación a la totalidad que pretenden los enfoques propuestos.

La coexistencia de varios territorios influyentes para las acciones del sector de la salud, se erige como recurso que fundamenta la necesidad de los enfoques interdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales. La propuesta de atender el tránsito de escalas geográficas, se aplicaría con facilidad en cualquiera de los niveles de anclaje del ASIS, siempre desde los asentamientos poblacionales, más que en divisiones territoriales arbitrarias.

La salud de la población es una manifestación de los grupos sociales en los espacios, en los lugares, resultado de una acumulación de situaciones históricas, ambientales-sociales y sobretudo políticas, que sustentan los contextos en los cuales se producen los daños y se reproduce la incapacidad para su intervención.

Como se ha reiterado a lo largo del capítulo, existe una heterogeneidad interna de los territorios del ASIS, que puede oscurecer las posibilidades de interpretación de los procesos que esa valiosa herramienta documenta y en consecuencia, los análisis críticos y la elección de las respuestas sectoriales e intersectoriales. Algunas sugerencias expuestas y otros tantos recursos metodológicos y técnicos, permiten identificar espacios vividos relativamente homogéneos, y con su introducción se contribuye a esta nueva visión del ASIS.

## Referencias bibliográficas

- Arocena, J. (1996): El desarrollo local. Condicionantes y actores involucrados. Exposición en el Seminario Regional “Globalización, desarrollo local y las Cooperativas”, Florida. Uruguay 27y 28 de septiembre. En: <http://www.neticoop.org.uy/article257.html>
- Barcellos, C., Ramalho, W. M., Gracie, R., Magalhães. M.M., Skaba, D. (2008): Georreferenciando dados de saúde em uma escala submunicípio. Algumas experiências no Brasil. *Epidemiologia. Serv Saúde*;17(1):59-70.
- Bitoun, J. (2014): O território nas políticas públicas e ações de saúde. V CISGEO/UFAM. Brasil, Manaus.
- Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017): El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde debate*;41(spe2). Rio de Janeiro, June 2017. En: <https://www.>

scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-11042017000600264&lng=en&nrm=iso&tlng=es

- Breilh, J., Granda E. (1990): Deterioro de la vida. Quito, Corporación editora Nacional, pp. 3-33.
- Capote, R. (1990): Sistemas locales de salud. Organización, regionalización, principios generales. En: Paganini J, Capote R. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. Washington, D. C.: OPS; Publicación Científica No. 519.
- Castellanos, P.L. (1999): Perfiles de salud y condiciones de vida: Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. Granada: Anal I Congreso Iberoamer Epidemiol, 1991,7-8.
- Castillo, C. (1991): Estratificación de la malaria en la región de las Américas. *Bol Of Sanit Panam*;12(4).
- Castro, I. E. (1995): O problema da escala. En: Castro, de. E.I, Gomes, P.C., Correa, R.L. Geografia: Conceitos e Temas. RJ. Brasil, Editora Bertrand, p 135.
- Cordeiro, H. (1991): Sistema Unico de Saúde. Rio de Janeiro, Ayuni Editorial.
- Dollfus, Olivier. (1978): El análisis geográfico. Barcelona, España, Oikos-Tau, s.a. ediciones.
- Faria de, R.M. y Bortolozzi, A. (2009): ESPAÇO, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R. RA'E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41. Brasil, Editora UFPR. En: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco\\_territorio\\_e\\_saude.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf) consultado 20 enero 2014
- Fernandes, M.B. (2011): Sobre a tipologia de territorios. En: Calderón, Georgina y Efraín, León (Coord.). Descubriendo la espacialidad social en América Latina. Colección "Cómo pensar la geografía". Vol. 3. México, Editorial Itaca.
- Goldstein, A.R. (2012): A cartografiana Estratégia de Saúde da Família: instrumentos para incorporação do território a Atenção Primária à Saúde . [Tesis]. Brasil, Rio de Janeiro, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública.
- Gómez de Haz, H. (2004): Análisis de situación de salud y medicina familiar. En: Martínez, S., (Ed). Análisis de situación de salud. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, p.65.
- Haesbaert, R. (2004): O mito da desterritorialização do fim dos territorios á multiterritorialidade, Brasil, Rio de Janeiro, Editorial Bertrand, p.126.
- Harvey, D. (2005): El arte de la renta: la globalización y la mercantilización de la cultura. En: Harvey, D, y Smith, N. Capital financiero, propiedad inmobiliaria y cultura. Barcelona, Mused'Art Contemporani de Barcelona. pp. 29-57.
- Íñiguez, L., Fernández, F.E. Frometa, S.E. (2019): Brechas territoriales en Cuba. Resultados del proyecto Heterogeneidad territorial en el desarrollo local del Programa Nacional Desarrollo local en Cuba. Síntesis en proceso de publicación por el Centro de Estudios de Desarrollo Local del Ministerio de Ciencias Tecnología y Medio Ambiente.
- Íñiguez, L, y Barcellos, C. (2014): La cartografía en salud pública: viejos problemas y nuevas oportunidades. Rev do Departamento de Geografia – USP, *Cartogeop*, Vol Especial, pp. 390-412.

- Íñiguez, L., Barcellos, C., Peiter, P. (1999): Utilização de mapas no campo da Epidemiologia: Reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Inf Epidemiol*;1999;18(2):29.
- Kadt, E., Tasca, R. (1993): Promover la equidad. Un nuevo enfoque desde el sector salud. Washington, D.C., OPS/OMS.
- Lacoste, Y.(1988): A geografia-isso serve em primeiro lugar para fazer a guerra. Pairus Campinas,PairusEditora, p. 77.
- Levins, R. (1998): Looking at the Whole: Toward a Social Ecology of Health. EUA, Kansas, Health Foundation, p.25.
- López, R. (2018): El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Colombia, Fac Nac Salud Pública*;36(3):En:<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/33001>
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el Sistema Nacional de Salud. Cuba. 1988-2011. [Tesis doctoral]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Martínez, S. (2017): Uso y abuso del término percepción de riesgo. *Rev Cubana Salud Pública*;43(3):1-7. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300008&lng=es)
- Ministerio de Salud Pública Minsap. (1996). Área, sector, policlínico integral. La Habana: Minsap, p. 4.
- Oficina Nacional de Normalización (ONN). (2014): Infraestructura Social Urbana - Servicios en zonas para el desarrollo del hábitat - Equipamiento, parámetros e indicadores. La Habana. En: <http://www.nc.cubaindustria.cu>
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). (2017): Asentamientos humanos. La Habana, Minsap.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992): Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica. Washington, D. C., OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990): Sistemas Locales de Salud. *Bol Sanit Panam*;1990;109:5-6.
- Paim, J.S. (1991). Quando a municipalização não é o caminho. TEMAS/RADIS. Fio-cruz, 12: 27-28, Novembro 1991.
- Paim, J. (2002): Saúde, política y reforma sanitaria. Bahía, Salvador, Instituto de Salud Colectiva..
- Peiter, P. A. (2005): Geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio. [Tesis]. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Pérez, C.A. (2007): Vulnerabilidad ambiental al *Aedes Aegypti* en el municipio Cerro. Ciudad de La Habana 2001-2004. [Tesis]. La Habana, Facultad de Geografía. Universidad de La Habana.
- Pillet, C.F. (2008): Las escalas del espacio: desde lo global a lo local. Scripta Nova. *Rev Electrónica Geografía y Ciencias Sociales*;XII(270):5.

- Raffestin, C. (1993): Por una geografía del poder, São Paulo, Editorial Ática, p.143.
- Ramírez, B.R., López, L, L. (2015): Espacios, paisaje, región, territorio y lugar: diversidad en el pensamiento contemporáneo. México, Xochimilco, Serie de Textos Universitarios No 17. UNAM e Instituto de Geografía, UAM.
- Sack, R. D. (1986): Human territoriality: its theory and history, Cambridge, Cambridge University, p. 256.
- Sáenz, C. (1956): Los fundamentos de la Geografía Médica. *Bol Soc Mex Geogr Estad*;81(1):168.
- Soja, E. (1997): El tercer espacio. Ampliando el horizonte de la imaginación geográfica. 2do. semestre. *Geographihós*,(8), Buenos Aires, p.97.
- Samaja, J. (2003): Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología Miltomiana). *Brazilian J Epidemiol*;6(2).
- Santos, M.A. (1988): Espaço e método. São Paulo, Nobel, pp. 9- 10.
- Santos, M.A. (1990): Por una geografía nueva. Madrid, España, Editorial Espasa-Calpe, p. 205.
- Santos, M.A. (1994): O retorno do território. En: Santos, M., De Souza, M.A, Silveira, M.L.(org.). Território Globalização e Fragmentação. São Paulo, Editora Hucitec, p.16.
- Santos M. A. (1996): Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo, Editora Hucitec, p. 225..
- Sassen, S (2007): Una sociología de la globalización. Buenos Aires, Katz Editores, p. 30.
- Texeira, C., Paim., J., Vilasboas, A.L. (2002): Promoção e vigilância da saúde. Salvador. ISC. Mendes, E. (org). A organização da saúde a nível local. Sao Paulo, Hucitec.
- Yépez, C. E., Marín, Y.A. (2018): Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. *Rev Bioméd*;38:162-72 En: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3594/4052> consultado 10/04 /2020

## CAPÍTULO 5

---

# Modelos y métodos para el análisis de situación de salud

*María del Carmen Pría Barros y Silvia Martínez Calvo*

### Introducción

En esta nueva edición, es oportuno aclarar que la experiencia después de los años de utilización de lo que se denominaron modelos para realizar el ASIS, ha permitido entender que su aplicación estuvo basada más en procedimientos metodológicos que en modelos como tal, si nos atenemos al concepto estricto del término modelo (Menéndez, 2011). Además, la comprensión acerca de estos “modelos” para elaborar el ASIS, ha originado cierta polémica en la práctica cotidiana de los servicios de salud y la incertidumbre cuando se utilizan por los responsables de su ejecución, aunque abundan las orientaciones y esquemas metodológicos para desarrollarlos.

Como resultado de la experiencia acumulada en su aplicación, se describen los modelos utilizados con mayor frecuencia en Cuba en las actividades docentes y se comenta sobre la propuesta de un modelo de ASIS enfocado a los determinantes sociales de la salud (DSS), que se amplía en el capítulo 8. El propósito es ofrecer opciones al momento de realizar el ASIS, en dependencia del espacio que se pretende estudiar y reconocer la necesidad de la utilización correcta del modelo seleccionado, con la intención de que, tanto en los servicios como en el ámbito académico, se disponga de insumos que contribuyan a la utilidad de este valioso instrumento.

## Modelos utilizados para realizar el análisis de situación de salud

En Cuba, desde la década de los años 70 del siglo xx, han surgido diversos modelos en salud pública para explicar el estado de salud de la población, mediante propuestas que tuvieron diferente alcance si se considera el contexto histórico-social, el grado de fundamentación, la generalización, la utilidad y la correspondencia con el pensamiento científico y las políticas de salud prevalente (Ramis, 2003). Para realizar el ASIS, también se han utilizado modelos y esquemas en la formación de pregrado, también durante el proceso de formación del especialista en medicina general integral (MGI) y en el programa del médico y enfermera de la familia (PMEF), para su ejecución en los servicios de salud, como se describe en el capítulo 10.

Es obvio que la selección de los modelos a utilizar en el ASIS, además del enfoque de la salud que lo sustenta, también dependerá de sus objetivos. En Cuba, en la Edición Provisional del Programa del Especialista en Medicina General Integral (Minsap, 1990), se incluyó como base para realizar el ASIS el modelo “Campo de salud”, con variaciones y ajustes que aún mantiene vigencia tanto en los servicios de salud, como en los procesos formativos de pre- y posgrado. Como es notorio, este modelo fue propuesto originalmente por Lafambroise en 1973 y utilizado por Lalonde en 1974, con el objetivo de planificar la política sanitaria de Canadá. (Lalonde, 1974)

En ese mismo programa formativo de MGI, se incluyó el modelo de ASIS para grupos específicos de población, promovido desde la OPS/OMS en el período 1984-1997 (Romero, 1984) y posteriormente, en otros procesos docentes se incorporó el modelo de ASIS según condiciones de vida, sustentado en las valoraciones que sobre la vigilancia en salud publicara Castellanos (1992) y después se adecuara al ASIS. (Pría, 2006)

En otros países de Latinoamérica se utilizan también varios enfoques para desarrollar los modelos de ASIS, como se expuso en el capítulo 2. Por ejemplo, en el caso de Colombia, para elaborarlo se consideraron “múltiples enfoques y un modelo conceptual: el enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional, y el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud” (Minsalud, 2014). Se destaca el contenido del enfoque diferencial propuesto, que integra el enfoque de ciclo de vida, de género y étnico. Es oportuno considerar la inclusión de estos enfoques, en el actual proceso de renovación del ASIS en Cuba.

A partir del año 2002, surge el modelo teórico de los DSS, desarrollado primero por representantes comunitarios e investigadores de Canadá (OPS/OMS, 2002). Con posterioridad, en el 2003, la OMS define los principales DSS (Raphael, 2003); (Wilkinson y Marmot, 2003) y aunque se ha reconocido la importancia de este modelo de salud pública, aún no ha sido operacionalizado como los anteriores, para facilitar su aplicación en el ASIS, lo que se intenta con la propuesta del nuevo modelo ASIS enfocado a los DSS. Con estos antecedentes, es oportuno resumir la estructura, las ventajas y las desventajas de los modelos considerados más convencionales utilizados en Cuba y comentar la propuesta del modelo enfocado en los DSS que se detalla en el capítulo 8.

## **Modelo sustentado en el campo de salud de Lalonde**

El modelo campo de salud propuesto por Hubert Laframboise (1973) y desarrollado por Marc Lalonde (1974), con el propósito de analizar los problemas de salud de la población y diseñar políticas. Este es el modelo actualmente utilizado en Cuba y que se sintetiza en otro apartado de este capítulo.

El modelo lo conforman cuatro elementos: la biología humana, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios y como toda propuesta en el campo de la salud, recibió elogios y cuestionamientos (Buck, 1985); (Del Llano, 2015). Su inclusión en el programa de formación del especialista en MGI, estuvo sustentada en lo que se ha considerado como sus principales ventajas: (Dever, 1991)

- Eleva el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana a un nivel de importancia equivalente al del sistema organizativo de la atención de salud y logra de esta forma un análisis equiponderado.
- Es global, al considerar que el origen de todo problema de salud puede hallarse en los elementos del campo de salud.
- Permite analizar la participación que cada elemento o su combinación tiene en los problemas de salud de la población.
- Ofrece una nueva perspectiva de la salud puesto que reconoce y explora elementos que antes no se consideraban en el análisis.

En cuanto a las desventajas, se analizan dos bien importantes:

- Minimiza la importancia del ambiente social y su influencia para la salud de la población al mezclarlo con el ambiente físico.

- No se integran los elementos del campo de salud, aunque se describen, por tanto, no se determina la participación de cada elemento en los problemas de salud identificados y no se incorpora esta información en la planificación de acciones de salud.

Después de transcurridos más de 35 años de su aplicación en los consultorios de medicina familiar, aún no se ha evaluado su impacto como modelo en la realización del ASIS, aunque la guía metodológica utilizada para elaborar el informe técnico, deriva de ese modelo, que con modificaciones y ajustes mantiene su vigencia. (Anexos 5.1 y 5.2)

## **Modelo de análisis para grupos específicos de población**

Este modelo responde a una tríada bien definida: los factores condicionantes del problema de salud, el problema en sí y la respuesta organizada de los servicios para su solución. El procedimiento para su aplicación se inicia con la descripción de las características del grupo seleccionado: sociales, económicas, culturales y de género, que influyen para que surja el problema, así como los riesgos y daños que los afectan y las principales demandas de atención a los servicios. Después, se identifican los problemas de salud percibidos: enfermedades y daños, se analiza la disponibilidad de recursos y servicios para su solución y finalmente, se propone la estrategia de intervención pertinente.

Por ejemplo, si el grupo seleccionado son los ancianos, deben identificarse los factores que influyen en el problema de salud de mayor prevalencia, como el ingreso económico (en activo o jubilado), las condiciones de vivienda, el tipo de familia a que pertenece, sus condiciones físicas y psíquicas, la participación social, entre otros. Ante el problema que lo afecta, detectar la atención que reciben y las propuestas de solución. Los grupos de población más estudiados en Cuba, aunque no siempre utilizando este modelo, han sido el materno infantil, los adolescentes, los adultos y el adulto mayor.

En cuanto a las ventajas y desventajas de este modelo, los participantes en los procesos formativos en los diferentes programas de especialidad y maestría donde se aplica, han reconocido como ventajas las siguientes:

- El enfoque a un grupo específico de población y no a la comunidad en su conjunto, porque entrena a los ejecutores para realizar el ASIS de la comunidad.

- La utilización de la triada: factores condicionantes, problemas de salud y respuesta de los servicios; facilita encontrar la posible solución a los problemas detectados y no solo su descripción.
- Se complementa con otros modelos para beneficio del ASIS.

Como desventaja, los mismos ejecutores consideraron que el modelo promueve la tendencia a analizar solamente los grupos prioritarios establecidos por el PMEF y no los grupos que también son afectados por problemas de salud específicos, por ejemplo, las mujeres y los hombres entre 40 y 50 años (salud ocupacional, salud sexual y reproductiva).

## **Modelo de análisis de situación de salud en poblaciones o áreas pequeñas**

A finales del siglo xx, después de divulgado y utilizado el modelo convencional de Campo de salud con sus respectivas guías, surgió la propuesta del modelo de ASIS en poblaciones pequeñas, con un interesante aporte metodológico y utilizado como ejercicio docente en los programas de posgrado de salud pública en Cuba (Tierney *et al*, 2013); (Pría, 2006); (Pría *et al*, 2003). La realización de este modelo en los servicios, se limitó por su complejidad técnica-estadística y el tiempo disponible de sus posibles ejecutores. No obstante, el modelo es bien novedoso para el quehacer del equipo básico de salud, pues el número de habitantes del CMF corresponde a una población clasificada como pequeña, según los estándares (aproximadamente 1200 habitantes, sin exceder los 1500)

## **Modelo según condiciones de vida**

Este es uno de los modelos que como se expuso en la Introducción del capítulo, debe considerarse más una metodología que un modelo. Se prioriza su aplicación en los procesos docentes e investigativos, con poca o nula utilización en los servicios y se sustenta en los presupuestos del enfoque social de la salud y los DSS, porque considera que la situación de salud de la población en cada sociedad se relaciona con su modo de vida, mientras que en los grupos de población, su vínculo de salud se articula con las condiciones de vida. Estas condiciones se operacionalizan en las dimensiones de los procesos predominantemente económicos, ecológicos, biológicos y de la conciencia y la conducta. Quienes elaboran

el modelo desde su visión investigativa, le reconocen como ventajas las siguientes:

- Es obligada la estratificación de la población, no se estudia la población en su totalidad, para facilitar la identificación de sus condiciones de vida en relación con los problemas de salud y según sean esas condiciones.
- Permite la identificación de las brechas de salud que puedan reducirse con los recursos existentes, mediante la ponderación de los problemas percibidos por la población.
- Se evidencian desigualdades en condiciones de vida y salud, de no fácil identificación con otros modelos.
- Sirve de base para elaborar los sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida.
- Constituye la fase inicial de los estudios sobre los DSS y la equidad en salud.

La principal desventaja de este modelo es que demanda de una información específica no siempre disponible, porque utiliza técnicas más novedosas y complejas como la estratificación y las técnicas para identificar brechas de salud, lo que limita su aplicación para el ASIS en el CMF y sí puede aplicarse en los diferentes niveles organizativos del sistema de salud, con prioridad para municipios y regiones o provincias.

Este modelo puede considerarse como una primera aproximación al estudio de las desigualdades, incluso, se responde así a la propia Comisión de Determinantes Sociales (CDSS), entre cuyas sugerencias estuvo “abordar explícitamente las diferencias en las condiciones de vida y de trabajo de las personas [...]” (WHO, 2008). En consecuencia, el contenido del capítulo 7 se dedica a explicar con amplitud sus bases conceptuales, procedimientos metodológicos y resultados de su aplicación.

En síntesis, si se revisan con minuciosidad los modelos descritos, se detectan elementos comunes en su diseño pues en todos se incluyen aspectos relacionados con información económica, ecológica, poblacional, comportamientos o estilos de vida, riesgos de diferentes tipos, recursos y servicios de salud, que de una forma u otra inciden en la salud de la población y necesitan ser estudiados. Por otro lado, debe destacarse que cada modelo proporciona una forma diferente de relacionar esos elementos en el ASIS, en dependencia del espacio objeto de análisis y del conocimiento y la creatividad de sus ejecutores para asegurar su correcta realización, lo que confirma su reconocimiento como metodología, más que como modelo.

## Modelos para estudiar los determinantes sociales de la salud

Ante la recomendación de considerar los DSS como objeto de estudio del ASIS, es oportuno emitir algunos comentarios en este capítulo. En la descripción de los modelos convencionales, se enfatizó en la necesidad de que el ASIS se sustente en un enfoque definido en cuanto a la conceptualización de la salud y el proceso salud-enfermedad. Acerca de los modelos relacionados con los DSS, en el informe final de la CDSS, se reconoce que cada modelo había realizado una contribución importante al desarrollo del tema, pero que ninguno por separado, cumplía por sí solo los requisitos contenidos en ese marco conceptual. No obstante, expresaron que, si se combinaban elementos de diversos modelos, se podía llegar a una construcción sintética (WHO, 2008). En base a lo anterior, “cuando Timothy Evans presentó en la reunión de 2008 a los comisionados de la región de Las Américas y al propio Marmot, ya se hablaba del problema de los marcos de referencia de los modelos, como ahí se les llamó”. (Urbina, 2012)

En la reunión se expusieron modelos como el de estratificación social y producción de enfermedades, modelo de múltiples influencias a lo largo del ciclo de vida (Marmot y Wilkinson, 2006), modelo de jerarquía por niveles, modelo utilizado en Chile, modelo socioeconómico de salud (Diderichsen *et al*, 2001), marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes y marco para comprender los puntos de entrada para las intervenciones y las políticas. Es necesario sintetizar ese listado que mezcla marcos y modelos, para destacar los que se consideran de mayor utilización e incluso, incorporar algunos no mencionados:

- La propuesta de modelo de DSS del núcleo latinoamericano de epidemiología y medicina social, (México, Ecuador, Brasil y Colombia) durante los años 70 y 80 del pasado siglo xx sustentada básicamente en el materialismo histórico y las clases sociales, establece que el proceso salud-enfermedad debía entenderse como un proceso dialéctico y que las especificidades sanitarias individuales y grupales, tenían que ser analizadas en el contexto social que las determina; de ahí su llamado para abordar el proceso salud-enfermedad desde su determinación social.
- El enfoque de “salud de las poblaciones” propuesto por *Health Canada* en 1989, como una alternativa para identificar y abordar el

conjunto de condiciones y factores individuales y colectivos que, al actuar, determinan la salud y el bienestar de los canadienses, pero afecta al mismo tiempo los niveles de salud de las poblaciones.

- El modelo socioeconómico desarrollado por Dalghren y Whitehead en 2001, como aporte de la escuela inglesa sobre el tema, aunque dicho modelo tiene su origen en la propuesta desarrollada por Diderichsen y Hallqvist en 1998, posteriormente enriquecida por Whitehead, Diderichsen y Marmot en 2001.
- Una propuesta más concreta sobre los llamados DSS: los trabajos de Diderichsen, Evans, Whitehead, Marmot y muchos otros estudiosos de este tema, sirvieron de base para el trabajo desarrollado entre 2004 y 2011 por los miembros de la CDSS.

La complejidad de estos modelos se advierte incluso desde su diseño y sus marcos conceptuales se han construido con base en recomendaciones y, en su interpretación, tal como ocurrió con el término “determinación social de la salud”, surgieron discrepantes comentarios sobre el modelo propuesto por la CDSS. Nuevamente acudimos a lo expresado por Breihl, quien comenta lo siguiente:

Si bien Diderichsen, Marmot y Solar (Diderichsen *et al*, 2001); (Marmot y Wilkinson, 2006); (Solar e Irwin, 2007), proyectan una crítica social y el discurso de una epidemiología integral, lamentablemente recaen en una ruptura fallida y una recuperación funcional de los vicios interpretativos del causalismo. Recuperan el concepto de “determinantes estructurales” pero los reducen a la noción de “causas de las causas” [...] En términos de diseño metodológico por esa vía presentan en sus explicaciones y gráficos más lo que es un esquema formal de articulación de “variables” de gobernanza, y no en cambio un modelo teórico categorial que se inscriba en una crítica del sistema social de mercado como estructura de propiedad, con sus procesos de generación y reproducción de la explotación humana y de la naturaleza. No asumen estos autores la unidad de la reproducción capitalista como un sistema incompatible con la vida y la equidad, ni las correspondientes jerarquías de subsunción entre el sistema social, los modos de vivir de los grupos estructuralmente constituidos y los estilos de vida de las personas con sus familias. (Breihl, 2013)

Por supuesto, desde el consecuente posicionamiento ideológico de Breihl, no se esperaba otra valoración sobre la propuesta metodológica del

modelo DSS y también en consonancia con su accionar científico, propone un modelo para estudiar los DSS (Breihl, 1989) modificado posteriormente, tal vez por las críticas recibidas (Breihl, 1999). En aparente contraposición, el también destacado epidemiólogo Oscar Mujica en un revelador artículo considera que:

El modelo de determinantes de la salud poblacional actual y recomendado fue propuesto originalmente por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead para guiar la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de promoción de la equidad en salud en Europa [...] Al mismo tiempo reconoce que este modelo multinivel incorpora el paradigma ecoepidemiológico emergente, que postula un enfoque integrado para investigar la enfermedad en la población y su prevención, subsumiendo niveles de causalidad, trayectorias de curso de vida, clases de causas y tipos de enfermedades; es decir, causalidad de la enfermedad, patogenia y salud poblacional como procesos que tienen lugar en múltiples niveles de organización y dentro del contexto histórico de las sociedades e individuos. (Mujica, 2015)

Además de este comentario, el propio autor dedica una parte del contenido de su artículo al análisis de dos importantes aspectos relacionados con los DSS: la jerarquía social y salud y la clasificación socioeconómica, como parte de una aproximación que preconiza el desarrollo de la ecoepidemiología. Sin dudas, estas controversias estimulan el estudio profundo del tema tan necesario en nuestro espacio académico actual, cuando se impulsa, desde los objetivos del Minsap, la utilización del enfoque de los DSS en las políticas y estrategias de salud.

## **Propuesta de un modelo para renovar el análisis de situación de salud en Cuba**

Además del cuestionamiento sobre el uso del término “modelo”, se argumentaron al menos tres razones para la renovación del modelo actual del ASIS que se utiliza en Cuba. La primera, se relacionaba con el uso limitado de los enfoques teóricos avanzados; la segunda, con la obsolescencia e imprecisiones en los procedimientos metodológicos y la tercera razón se refería a la inconsecuencia con las propuestas regionales al elaborarse el ASIS por el médico de la familia. (Álvarez *et al*, 2007); (Martínez, 2013)

Para modificar la actual situación de salud y lograr el primer propósito de las transformaciones necesarias, es ineludible identificar los determinantes de la salud, más que las “causa de las causas” de los principales problemas que afectan la salud de la población cubana y para ello, resulta indispensable revisar y actualizar conceptos, métodos y estilos de trabajo ya obsoletos. Sin dudas, estos cambios necesitan de un elevado nivel de creatividad y científicidad para garantizar su eficacia. (Morales, 2015); (Álvarez, 2016)

Tal como se describe en el capítulo 8, la propuesta del modelo, incluye su propia definición de la DSS y permite develar las condiciones en que se produce la salud de la población cubana a partir del análisis de un grupo de variables.

Como un aspecto a considerar está la inclusión de los factores de riesgo en las “determinaciones estructural e intermedia” que lo conforman, lo que puede originar comentarios desfavorables ya que los factores de riesgo han sido críticamente valorados por algunos estudiosos (Susser, 1998); (De Almeida, 2000); (Ramis, 2013), aunque constituyen una característica de casi obligada presencia en la investigación epidemiológica contemporánea y que, al parecer, mantendrá su vigencia durante mucho más tiempo. (Taffany *et al*, 2013)

En afán de actualización, resulta oportuno transcribir una opinión importante sobre los factores de riesgo vinculados a los DSS:

[...] para que el monitoreo de desigualdades en salud sea axiológicamente consistente con el objetivo aspiración al mayor que es la equidad en salud y pueda, por lo tanto, estratégica y efectivamente informar las políticas y a quienes las diseñan intra e intersectorialmente, es menester abandonar el obsoleto paradigma del factor de riesgo y su modelo individualista conductual y adoptar el paradigma ecoepidemiológico y su modelo de determinación multinivel –especialmente los determinantes sociales de la salud–, así como rescatar el rol instrumental clave de las nociones de jerarquía social y estado socioeconómico para poder tomarle el pulso al gradiente de salud [...]. (Mujica y Moreno, 2019).

Nuevamente surgen discrepancias –algo inevitable en temas científicos de salud pública– que dialécticamente contribuyen a los avances para beneficio de la población y, en el caso de los factores de riesgo, estas posiciones encontradas provienen de larga data, lo que pueden

comprobar los interesados en ese debate, mediante una sencilla revisión bibliográfica. En el capítulo 8 se describe el desarrollo de este modelo con enfoque de DSS y los resultados de su aplicación en diferentes espacios.

Después de sintetizados los “modelos” del ASIS utilizados en las últimas décadas en Cuba, es necesario alertar sobre la escasa incorporación del enfoque de género, tan promovido en la actualidad en espacios académicos y de servicios y que permite identificar con total claridad la influencia de esta importante construcción social, en el proceso salud-enfermedad en los grupos de población que se estudian. (Red de Género y Salud Colectiva, 2013)

## **Métodos para elaborar el análisis de situación de salud**

La aplicación de los modelos descritos anteriormente, requieren un procedimiento metodológico y particularmente el que se sustenta en el Campo de salud –desde sus inicios incorporado al programa de formación del médico de familia– y que ha recibido modificaciones desde su implementación. Siempre es positivo, encontrar propuestas que ofrezcan nuevas visiones (Batista *et al*, 1999), pero en una buena parte de esos procedimientos, no se aportan modificaciones sustanciales en sus componentes básicos. Sea cual fuese el procedimiento, aún permanece la estructura del ASIS conformada por dos grandes etapas, de cuyo contenido se identifican, diseñan y analizan los indicadores utilizados con más frecuencia en el ASIS. Las etapas son:

- Etapa descriptiva: obtención de la información.
- Etapa analítica: interpretación del vínculo entre los determinantes y el proceso salud-enfermedad, identificación de problemas, establecimiento de prioridades, búsqueda de alternativas, plan de acción y evaluación.

Para desarrollar estas etapas, se establecieron como elemento útil las denominadas guías metodológicas. La primera guía elaborada se denominó Elementos para el Diagnóstico de Salud y se incluyó en el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia en el Policlínico y el Hospital (Minsap, 1984). Su contenido se distribuyó en ocho acápites y como conclusiones aparecía el plan de acción para la etapa. No se propusieron indicadores de bienestar, pero sí algunos de los denominados indicadores “negativos”. No parece que se sustentara en ningún modelo que propiciara el enfoque epidemiológico y social requerido y, si se compara con las

guías precedentes, sí aportó elementos novedosos como la dispensarización de la población y la salud bucal. (Gómez, 2006)

Como se ha reiterado, en 1990 se editó una versión provisional del programa de MGI (Minsap, 1990) estructurado en áreas y módulos y en uno de estos módulos, se incluyó la guía metodológica para el ASIS. En los anexos 5.1 y 5.2 se reproduce el contenido de estas dos guías, en las cuales se hicieron variaciones y aportes por algunos profesores-investigadores en afán de mejorarlas. (Ramos, 2006); (Pría *et al*, 2006)

Para cumplir la secuencia metodológica, una vez obtenida la información en la etapa descriptiva y mediante la utilización de indicadores y técnicas cualitativas, se realiza un análisis crítico de los aspectos socioeconómicos, demográficos y ambientales de la población estudiada y su relación con los riesgos, enfermedades y daños individuales, familiares y comunitarios y con los servicios y recursos de salud, lo que facilita detectar las posibles causas de los problemas identificados mediante la integración del enfoque clínico, epidemiológico y social. A los fines de elevar la cientificidad del ASIS, el análisis causal de los problemas identificados debía facilitar la realización de proyectos de investigación.

Es importante la discusión de los resultados de este ejercicio y su contrastación con lo ocurrido en años anteriores (¿desapareció el problema, se agudizó, permanece igual?). Cuando se establecieran comparaciones con indicadores de periodos anteriores o de territorios diferentes, era posible encontrar cambios en los grupos de edad, lo que influiría en las tasas de mortalidad, morbilidad o discapacidad, en ese caso, antes de realizar la comparación debe tipificarse o estandarizarse las tasas mediante tipificación directa en poblaciones grandes, o con la indirecta en el caso de poblaciones pequeñas. (Pría, 2004)

El siguiente paso en el esquema metodológico del ASIS, es la priorización de los principales problemas de salud identificados y debidamente analizados con la participación de los diferentes actores sociales (Castell-Florit y Gispert, 2018); posteriormente, se elabora un plan de acción, donde se proponen las actividades y tareas que contribuyan al cambio, también con la participación de la población y de los sectores en la comunidad. Esta participación, debe beneficiarse con la actual propuesta gubernamental de autonomía municipal, siempre que las autoridades locales, como serían los presidentes de consejos populares y los delegados correspondientes, reconozcan su importancia para la toma de decisiones. (Ver capítulo 2)

Una de las etapas más complicadas del ASIS es la elaboración y ejecución de ese plan de acción, cuyas actividades y tareas deben ser medible, mediante indicadores evaluativos; finalmente, se confecciona un cronograma con límites temporales y la definición de los participantes y responsables de la ejecución de cada tarea. La elaboración del ASIS en cada uno de los CMF con los representantes de la población, constituye el elemento base para la planificación estratégica a ese nivel y establecer las prioridades. Este plan debe ser factible, flexible, evaluable, contar con los recursos humanos, materiales y financieros disponibles a ese nivel, además del conocimiento, la participación y la aprobación de todos los involucrados en su cumplimiento. (Pría *et al*, 2006). Como una propuesta novedosa, en el nuevo plan de estudio del especialista de MGI, se incluyó el diseño y ejecución de una estrategia de intervención para solucionar el problema prioritario, identificado con la realización del ASIS, lo que asegura la adquisición de esta competencia para su desempeño profesional. (Minsap, 2018)

En este apartado fue evidente la presencia de los términos modelo, procedimientos metodológicos, esquemas y guías, lo que contribuye a confirmar la necesidad de utilizarlos apropiadamente, es decir, derivados de una correcta conceptualización, como se propone desde la Introducción del capítulo al explicar la sustitución de “modelo” por metodología.

## **Periodicidad del análisis de situación de salud**

Es indispensable antes de concluir el tema, esbozar algunos comentarios sobre la periodicidad del ASIS. El lapso establecido para realizarlo en ocasiones ha sido un tema de ingenuo debate, pues la periodicidad debe variar en dependencia del espacio que se estudia, los cambios en las estrategias de los servicios de salud y los intereses de quienes toman decisiones.

En una buena parte de los países estudiados en el capítulo 2, la presión de los directivos para elaborar el ASIS nacional, hace que los ejecutores dediquen tiempo y esfuerzo a un enorme documento que se utiliza poco en la toma de decisiones, según se expone en el capítulo 12. También, se elaboran con frecuencia ASIS a niveles regionales o provinciales con el mismo resultado, es decir, su escasa utilización por los decisores. En Cuba, en las primeras etapas de implementado del PMEAF se estableció su realización –en el caso de los residentes– cada seis meses y anualmente, por

los especialistas integrantes de los EBS. En el nuevo programa de especialidad MGI se mantiene con periodicidad anual, como parte del proceso evaluativo del plan de estudio (Minsap, 2018). Sea cual fuese la periodicidad, lo ineludible es la realización correcta del ASIS para cumplir con sus objetivos y propósitos.

## Consideraciones finales

El tema desarrollado en este capítulo es particularmente polémico, al estar dedicado a las bases teórico-prácticas que sustentan los modelos utilizados para realizar el ASIS, y ofrecer evidencias para desechar el término “modelo” y utilizar “metodología” como más apropiado a lo que realmente se realiza. Sin dudas, el ASIS se relaciona con el espacio que se estudie y los contenidos expuestos deben contribuir a su adecuada confección, con independencia de su nivel de anclaje en los niveles organizativos de los sistemas de salud. Si el lector se sintió estimulado para aportar nuevos elementos para la selección y desarrollo de metodologías para aplicar el ASIS, se habrá alcanzado el objetivo elaborado por dos autoras.

Controversias semánticas y operacionales aparte, se mantiene el ASIS como el instrumento que contribuye a transformar la práctica de esa primera función esencial de la salud pública, y su renovación debe quebrar las paredes que lo encierran en los centros e instituciones docentes e investigativas y de una vez, con una metodología pertinente, identificar acertadamente los problemas de salud que ocurren en el espacio donde las personas viven, trabajan, enferman y mueren, circunstancias vitales definitivamente influenciadas por los DSS y que reclaman oportuna solución.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, A.G., García, A., Bonet, M.H. (2007): Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;33(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es)
- Álvarez, A.G. (2016): Determinación social en el contexto de la tercera etapa de las transformaciones necesarias del Sistema Nacional de la Salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 54(1)
- Álvarez, A.G. (2018): La determinación social de la salud en Cuba. Resultados y Retos para el SNS. Panel “Las desigualdades sociales en Cuba y sus implicaciones en el

- proceso de determinación social de la salud en Cuba.” La Habana, Convención Cuba Salud 2018.
- Batista, R., Coutin, G., González, R., Feal, P., Rodríguez, D. (1999): Análisis de la situación de salud: Algunas consideraciones metodológicas y prácticas. La Habana, Ministerio de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud.
- Breihl, J. (1989): Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Tercera edición mexicana. Distribuciones Fontanara, S. A.
- Breihl, J. (1999): Nuevos paradigmas en la salud pública. Ponencia presentada en: Reunión Internacional: Un Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana: Enfermedades Transmisibles y Emergentes. Repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador
- Breihl, J. (2003): Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Lugar editorial.
- Breihl, J. (2013): La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia. UASB-DIGITAL. Repositorio institucional del organismo académico de la Comunidad Andina, CAN.
- Buck, C. (1985): Después de Lalonde: la creación de la salud. *Can J Public Health*;76 (suppl. 1, May/June).
- Castellanos, P.L. (1992): Proyecto de un Sistema de Vigilancia en Salud según condiciones de vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Washington D. C., OPS.
- Castell-Florit, P., y Gispert, E. (2018): Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. *Rev Cubana Salud Pública*;44(3):e1214. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300004&lng=es)
- De Almeida-Filho, N. (2000): La Ciencia Tímida: Ensayos De Deconstrucción De La Epidemiología. Universidad Nacional de Lanus, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Del Llano, J. (2015): Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad. *Rev Gestión Clín Sanit*;17(3);79-80.
- Dever, G.E.A. (1991): Epidemiología y Administración de los servicios de salud. Washington D. C.: OPS;27-49, 77- 139.
- Diderichsen, F., Evans, T., Whitehead, M., Bhuiya, A., Wirth, M. (2001): The Social Basis of Disparities in Health. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action:13-23.
- Gómez, H. (2006): Análisis de situación de salud en la Medicina Familiar. En: Martínez, S, editor. Análisis de Situación de salud. La Habana; Editorial Ciencias Médicas.
- Laframboise HL. (1973): Health policy: Breaking the problem down into more manageable segments. *CMAJ*;108(2):388-91.

- Lalonde, M. (1974): A new perspective on the Health of the Canadians. Ottawa, Department of National Health and Welfare.
- Marmot, M.G. y Wilkinson, R.G., editors. (2006): Social Determinants of Health. 2nd ed. New York, Oxford University Press.
- Martínez, S. (2013): Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;39(4);752-62. En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es)
- Menéndez, E. Haro, J. A. (Org). (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras. Epidemiología socio cultural: un diálogo entorno a su sentido, métodos y avances. Argentina: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud Pública. (2018): Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Plan de Estudio de la Especialidad de Medicina General Integral. 2018.
- Ministerio de Salud Pública. (1990): Programa de Especialización en Medicina General Integral, 3 t. ed. Provisional, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (1984): Programa del Médico y Enfermera de la familia. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Minsalud: (2014): Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. 2nd ed. Colombia En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../VS/.../Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
- Morales, R. (2015): Intervención en la reunión de análisis del Cuadro de Salud correspondiente al año 2014. La Habana, Minsap.
- Mújica, O.J. (2015): Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*;38(6);433-41.
- Mújica, O.J., Moreno C.M. (2019): De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*;2019;43:e12. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2002): The Social Determinants of Health: On overview of the implications for policy and the role of the health sector. Toronto, OPS.
- Pría, M.C., Louro, I., Fariñas, A.T., Gómez, H., Segredo, A. (2006): Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr*;22(3). En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es)
- Pría, M.C. (2006): Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*;22(4) En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es)
- Pría, M.C. (2004): Análisis de la Situación de Salud en áreas pequeñas. En: Martínez, S., editor. Análisis de la Situación de Salud. Ciudad Habana, Editorial Ciencias Médicas, 105-122.
- Pría, M.C., Tuero, A., Coutin, G., Clua A. (2003): Algunas reflexiones sobre el análisis estadístico en poblaciones pequeñas. *Reporte Técnico de Vigilancia*;8(86). En: <http://bvs.sld.cu/uats/rtv0203htm>

- Ramis, R. (2013): Factores de Riesgo vs. Determinantes sociales de la Salud. Departamento de Epidemiología. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ramis, R. (2003): Estado de Salud de la Población [supercurso]. En: <http://uvirtual.sld.cu/wssc/slides/slides.php3?c=63&d=1>
- Ramos, B.N. (2006): Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Rev Cubana Salud Pública*;32(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000200011&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011&)
- Red de Género y Salud Colectiva (2013): Taller Análisis de la situación de Salud con enfoque de género, un desafío para la política sanitaria cubana. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap)
- Romero, A. (1984): Los Aportes de la Epidemiología al Análisis de la Situación de Salud [documento mimeografiado]. México, San Luis Potosí.
- Raphael, D. (2003): Addressing The Social Determinants of Health In Canada: Bridging the gap between research findings and public policy. Options Politiques. En: <http://wwwsocialjustice.Org>
- Solar, O., Irwin, A. (2007): conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. En: [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/9789241500852/en/](http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/)
- Susser, M. (1998): Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *J Epidemiol Community Health*;52:608-611.En: <http://jech.bmj.com/content/52/10.toc>
- Taffany, R., Tiesa, G., Caminati, R., Gaspio, N. (2013). Factores de riesgo y determinantes de la salud. *Rev Salud Pública*;17(4);53-68.
- Tierney, E.F., Burrows, N.R., Barker. L.E., Beckles, G.L., Boyle, J.P., Cadwell, B.L. *et al.* (2013): Small área variation in diabetes prevalence in Puerto Rico. *Rev Panam Salud Pública*; 33(6):398-406.
- Urbina, M. (2012): Marco conceptual de las DSS para alcanzar el desarrollo. En: La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca, Morelos, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- WHO. (2008): Closing the gap in generations. Health Equity through action on the social determination of health. Commission on Social Determinants of Health: Final Report. Geneva, Word Health Organization.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003): Social Determinants of Health: The solid fact. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.

## Anexo 5.1

### Elementos para el diagnóstico de salud. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia en el policlínico y el hospital. 1985.

Estructura de la población

Análisis de los fallecidos en el período

Análisis de situación de salud:

- Porcentaje de población dispensarizada

- Clasificación de la población

- Población sana

- Con riesgo

- Enferma

- Enferma con secuela

Análisis de las enfermedades no transmisibles

Análisis de las enfermedades transmisibles

Análisis de la salud bucal

Análisis de la salud ambiental (abasto de agua, residuales líquidos, residuales sólidos, vectores, animales domésticos, condiciones de la vivienda y sus alrededores, factores ambientales, índice de hacinamiento, focos de *Aedes aegypti*)

Análisis de los factores socioeconómicos:

- Cultura sanitaria

- Integración social

- Funcionamiento familiar

- Escolaridad (incorporación de niños y jóvenes a la escuela) Ocupación (incorporación de jóvenes y adultos al trabajo)

Análisis de situación de salud a las familias:

- Familias con problemas de salud

Identificación de los principales problemas de salud a partir de la información anteriormente analizada:

- Biológicos

- Psicológicos

- Socioeconómicos

- Ambientales

Grado de satisfacción de la comunidad

Acciones ¿Qué se ha hecho con los problemas de salud?

Conclusiones. Plan de acción para la próxima etapa

## **Anexo 5.2**

### **Guía metodológica para el análisis de situación de salud. Programa de Medicina General Integral, 1990.**

#### **Datos generales de la comunidad:**

- Ubicación geográfica
- Límites
- Geografía y clima
- Estructura del estado
- Economía y finanzas
- Otros aspectos socioeconómicos
- Organización de los servicios de salud
- Centros laborales, escolares y de servicios

#### **Datos demográficos:**

- Grupos de edades y sexo
- Pirámide poblacional
- Crecimiento poblacional
- Natalidad
- Fecundidad y fertilidad
- Relación de dependencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estructura familiar

#### **Aspectos generales de la mortalidad:**

- Tasas de mortalidad del período
- Tasas según: edad y sexo
- Tasas según causa: estudio de causas múltiples
- Tasas de mortalidad según grupos específicos de población:
  - Perinatal
  - Neonatal
  - Materna
  - Infantil
  - Adultos
  - AVPP
- Esperanza de vida al nacer

#### **Aspectos generales de la morbilidad**

#### **Clasificación de la población dispensarizada:**

- Supuestamente sana
- Con riesgo

- Enfermos
- Con secuelas
- Total de población dispensarizada
- Porcentaje de población dispensarizada
- Población no dispensarizada
- Prevalencia o incidencia por:
  - Enfermedades transmisibles
  - Enfermedades no transmisibles y otros daños
- Información sobre la familia
- Integración social por familia: integrantes del núcleo que trabajan o estudian
- Funcionamiento familiar:
  - Con alteración de la dinámica
  - Sin alteración de la dinámica
  - Familias no evaluadas
- Situación de salud de las familias:
  - Familias con problemas de salud con predominio: biológico, psicológico, socioeconómico, ambiental
  - Familias sin problemas de salud aparentes
  - Familias no evaluadas
- Actitud de las familias hacia la salud:
  - Familias que toman acciones de promoción y prevención
  - Familias en las que como mínimo un miembro desempeña un papel principal en acciones de salud
  - Familias en las que no existe preocupación por la salud de manera general
  - Familias no evaluadas
- Convivencia social:
  - Relación armónica con los vecinos
  - Conflictos con los vecinos por patrones de conducta incorrectos
  - Aislamiento social
- Participación social:
  - Participa regularmente en tareas de organizaciones de masas y otras agrupaciones de la comunidad
  - Participa algunas veces en las citadas tareas
  - No participa en estas tareas
- Existencia de factores de riesgo ambientales:
  - Radiaciones
  - Polvo

Iluminación

Vibraciones

Ruidos

Gases

Ventilación

Información socioeconómica: *per cápita* familiar

Información sobre la atención médica

Consultas brindadas por:

Medicina

Obstetricia y ginecología

Pediatría

Interconsultas brindadas según la especialidad:

Pacientes atendidos en las visitas de terreno

Pacientes atendidos en servicios de urgencia y motivos de la atención en policlínico y hospital

Pacientes ingresados en hospital:

Todo el tiempo con buena evolución

Necesitó ingreso en el hospital durante su evolución

Cómo egresó del hospital

Criterios sobre participación de la comunidad

Actividades realizadas con y por la comunidad:

Organizaciones de masas

Delegados de los OLPP

Círculos de abuelos

Círculos de adolescentes

Círculos de embarazadas

Actividades de educación para la salud realizadas con su comunidad

Grado de satisfacción de la comunidad

Opinión de los representantes de la comunidad

Estado de opinión de la población mediante encuestas y otros modelos

Acciones de promoción y prevención:

Hábito de fumar

Obesidad

Sedentarismo

Adolescentes

Mayores de 60 años

Acciones de control realizadas con las principales enfermedades y daños

Factores de riesgo para enfermedades y afecciones más prevalentes  
Riesgo materno perinatal  
Educación sexual  
Nivel inmunitario  
Lactancia materna  
Captación precoz de embarazadas  
Incorporación de las embarazadas a la psicoprofilaxis  
Captación precoz del recién nacido  
Índice de bajo peso al nacer  
Atención prenatal  
Estado nutricional de la población  
Realización de pruebas citológicas  
Identificación y fundamentación de los principales problemas de salud

## CAPÍTULO 6

---

# Técnicas e indicadores para el análisis de situación de salud

*María del Carmen Pría Barros e Iluminada Orozco González*

## Introducción

Las técnicas para la realización del análisis de la situación de salud (ASIS) están bien definidas, responden al arsenal estadístico clasificado como técnicas cuantitativas y cualitativas de uso frecuente en los estudios epidemiológicos clásicos y cuya aplicación para el ASIS, requiere de adiestramiento o de la asesoría de profesionales especializados. En este capítulo, se exponen criterios teórico-conceptuales y metodológicos sobre las técnicas utilizadas, incluida la obtención de información indispensable. Existen innumerables fuentes donde hallar amplio contenido sobre el tema y la pretensión es sintetizar algunos aspectos clave de las técnicas utilizadas, que permitan entender su pertinencia e importancia al momento de realizar el ASIS.

## Técnicas e indicadores: bases conceptuales

La aplicación de las técnicas en el ASIS, debe acompañarse de un claro conocimiento de los conceptos o definiciones que las sustentan para lograr su correcta utilización. Cuando se revisan los informes técnicos del ASIS, que han sido mencionados en varios capítulos, resalta el uso abundante de los indicadores cuantitativos más convencionales y la poca utilización de indicadores derivados de las técnicas cualitativas; se olvida que

los indicadores son instrumentos de medida, y ambos “miden” las variables que en el ASIS están representadas por las características, cualidades o categorías utilizadas para la identificación de los problemas de salud (Amezcuza y García, 1996), sin que pueda reconocerse algo especialmente nuevo en esa materia.

Se define el indicador como: “Un instrumento de medición construido teóricamente para ser aplicado a un conjunto de unidades de análisis con el propósito de producir un número que cuantifica algún concepto asociado a ese colectivo” (Rojas *et al*, 1994). Esa tarea constructiva corresponde a un profesional entrenado, pero no aislado, por ello, se promueve el intercambio multidisciplinario para la confección del ASIS.

## Técnicas cuantitativas

En las técnicas cuantitativas la base es un “modelo numérico” mediante el cual se cuantifican, miden y gradúan los fenómenos y que en función del ASIS, las más utilizadas son la encuesta y el cuestionario. La encuesta permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz, pues como fuentes secundarias: “[...] proporcionan información relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, permitiendo caracterizar a nivel geográfico y sociodemográfico; describir condiciones específicas de la salud y profundizar sobre sus determinantes, asimismo, realizar análisis de asociación entre variables e identificar la transición y comportamiento de problemas presentados en diferentes momentos”. (Ramis, 2003)

Es infrecuente cuando se realiza el ASIS, utilizar las encuestas y los cuestionarios reconocidos mundialmente para obtener información relacionada con la calidad de vida, tema bien importante para la determinación social de la salud. Como ejemplo de esos cuestionarios están: el cuestionario Katz, un cuestionario heteroadministrado para valorar las actividades de la vida diaria en la población general (índice de Katz), con prioridad para los adultos mayores enfermos (Katz *et al*, 1963); (Mendoza *et al*, 2016); el cuestionario SF-36, una herramienta excelente para cualquier investigación relacionada con el estado de salud de las personas (Zúñiga, 1999); y el cuestionario Kidscreen para indagar la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de 8 a 18 años, utilizado en 13 países europeos (Cuestionario Kidscreen, 2004). Sin dudas, la aplicación de estos cuestionarios requiere tiempo y entrenamiento del

equipo básico de salud y el resto de los ejecutores del ASIS, pero una vez adiestrados, representan un valioso aporte instrumental ya que la identificación de aspectos antes no conocidos ni medidos, origina nuevos indicadores que elevan el nivel de calidad del propio ASIS.

## **Técnicas cualitativas**

En cuanto a las técnicas cualitativas, su base descansa en “el lenguaje” (palabras) mediante la riqueza del significado; las de uso más frecuente en el ASIS, son las denominadas técnicas participativas, particularmente, en las ciencias sociales. Estas técnicas participativas son bien conocidas por los investigadores: las entrevistas (informal, semiestructurada y estructurada); las técnicas de grupo (tormenta de ideas, el grupo nominal y el grupo focal) y la observación, realizada por una persona calificada o entrenada previamente sobre el problema que se debe indagar. Para desarrollar estas técnicas se sugiere ampliar conocimientos sobre su aplicación que permite indagar la situación de salud de la población mediante la opinión directa de las personas y del personal de salud, aunque prevalece la tendencia a utilizar técnicas cuantitativas al realizar el ASIS, y no solo en Cuba, como se expuso en el capítulo 2.

## **Aplicación de los indicadores**

Sea cual fuese la técnica a utilizar, el instrumento de aplicación es el indicador. Los indicadores permiten medir cambios en una comunidad a través del tiempo, son importantes para comprender como funciona un servicio y para evaluar su desempeño mediante el monitoreo y comparación con un estándar. Su aplicación en el ASIS se inicia desde que se selecciona la metodología a utilizar; cada indicador es una expresión, que en un momento dado permite identificar y medir total o parcialmente una variable. Resulta complejo analizar todas las variables que pueden conformar un ASIS, ya sean cualitativas (calidad) o cuantitativas (cantidad); para tal efecto, se deben utilizar indicadores que pueden ser medibles periódicamente y que respondan en forma coherente e integral, a los componentes de mayor interés para el ASIS. (Amezcuá y García, 1996)

Son ya clásicos los atributos que caracterizan a los indicadores (Rojas *et al*, 1994), que no por conocidos son bien utilizados y son los siguientes:

- Validez: grado en que el indicador consigue su objetivo, es decir, mide lo que realmente debe medir. En relación con el tema sería la identificación de los problemas de salud de la comunidad.
- Sensibilidad: capacidad de captar los problemas de interés o los cambios esperados.
- Especificidad: habilidad para detectar únicamente los problemas reales o reflejar solo los cambios ocurridos en la situación de interés.
- Objetividad: capacidad de obtener iguales resultados por personas distintas en situaciones análogas.
- Simplicidad: expresa que son simples de definir, calcular e interpretar.

Además de estos atributos, los indicadores también requieren criterios de factibilidad y pertinencia, es por eso que, si se desconocen estas características, no será posible seleccionar correctamente los escogidos para realizar el ASIS, siempre que se conozcan muy bien sus objetivos y cuáles son las actividades a medir. De eso dependerá cuales indicadores construir, qué información se requiere para utilizarlos y definir las metas o estándares para comparar el valor real con el esperado o ideal.

En ese sentido, viene a colación una atinada sugerencia, que no por lejana en el tiempo, deja de ser válida: “pueden ser mucho más útiles para la toma de decisiones los análisis basados en un número limitado de indicadores de alta pertinencia, cuanto más estrictamente respondan a los propósitos del análisis y al espacio de decisiones en los diferentes ámbitos del sistema de salud”. (Tigre *et al*, 1990)

## Diseño y selección de un indicador

Es necesario estar entrenado para diseñar o seleccionar los indicadores del ASIS, tal como se realiza en cualquier otro proceso investigativo. Los indicadores deben calcularse e interpretarse correctamente, debe existir correspondencia entre las variables tiempo, espacio y persona que están en el numerador y denominador de una expresión matemática, hacer un cálculo adecuado, multiplicar por constantes lógicas e interpretar adecuadamente los resultados. (López y Alonso, 2011)

Como un breve ejercicio para la correcta utilización de un indicador, a continuación, se transcriben algunas interrogantes, que se consideran imprescindibles en el momento de diseñarlo y seleccionarlo y cuya sintética respuesta, puede ampliarse en cualquier libro o manual de estadísticas:

- ¿Qué se necesita medir? Cantidad de casos nuevos por riesgo, enfermedad o daño, el total de casos existentes, la mortalidad o la gravedad de esta enfermedad.
- ¿Por qué debe medirse? Por ser una enfermedad que produce complicaciones, genera altos costos al sistema de salud y costo social para la comunidad.
- ¿Cómo se define este indicador? Para conocer el número de casos nuevos de esta enfermedad: se utiliza el número absoluto de casos incidentes (magnitud); para conocer el riesgo de enfermar se calcularía la tasa de incidencia; para conocer el riesgo de padecer esa enfermedad se calcula la tasa de prevalencia; para el riesgo de morir por esa causa, se calcula la tasa de mortalidad y la gravedad se calcula mediante la tasa de letalidad. Para el cálculo de indicadores en las poblaciones pequeñas de los consultorio de medicina familiar (CMF) deben utilizarse técnicas adecuadas y en muchos casos debe realizarse un análisis casuístico.
- ¿En quienes se mide este indicador? En todas las personas expuestas al riesgo de contraer esta enfermedad (tasa bruta) y por todas las edades y sexos, o en un grupo de edad específico, o en un sexo dado (tasa específica según sea el caso).
- ¿Con que frecuencia temporal se mide? Puede medirse con frecuencia diaria o semanal (brote o una epidemia); también con frecuencia mensual, trimestral, semestral o anual, o en otra unidad de tiempo que se requiera.
- ¿Se medirá con una frecuencia absoluta o relativa? Para medir el número de casos nuevos, incidentes, o prevalentes (frecuencia absoluta); para conocer la importancia relativa de la enfermedad según sexo (porcentajes y razones); para calcular el riesgo de contraer la enfermedad en un tiempo y periodo dado (tasa de incidencia); riesgo de tener la enfermedad (tasa de prevalencia); riesgo de morir por la enfermedad (tasa de mortalidad) o su gravedad (tasa de letalidad).
- ¿De dónde provienen los datos? Para calcular la incidencia y la prevalencia, en el consultorio de medicina familiar los datos se obtienen del registro de enfermedades dispensarizadas y del total de la población, en el departamento de estadística del área de salud. Para el cálculo de la mortalidad, los datos provienen de las defunciones por esta causa, que se encuentran en el propio departamento de estadística.

- ¿Cuán precisos y completos son los datos? Debe analizarse la cobertura e integridad de esos registros mediante la confirmación en el departamento de estadística, por ejemplo, la mortalidad se notifica en el lugar de residencia del fallecido. Las muertes por enfermedades transmisibles también se notifican en el lugar de ocurrencia.
- ¿Existe algún problema con la información? Detectar si existen subregistros, población flotante, problemas con la calidad de la información, falta de factibilidad de la información, cambios en las definiciones o en las técnicas de diagnóstico, cambio en la clasificación de la enfermedad en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cambios en las poblaciones por divisiones político-administrativas nuevas, construcciones de nuevos edificios, entre otros.

Referente a la tasa de prevalencia, debe aclararse que existen factores que influyen en su variación, como la gravedad y duración de la enfermedad y deben considerarse las Interrelaciones existentes entre las tasas de prevalencia e incidencia cuando se analizan los indicadores de morbilidad (Beaglehole *et al*, 2008). A propósito de la prevalencia y la incidencia, desconcierta el poco uso y en ocasiones mal uso en el ASIS de los indicadores familiares de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que se mantienen en las familias de generación en generación.

Es esencial que también se considere a la familia como unidad de análisis, lo que permite el cálculo de indicadores familiares. Esto amplía la visión del nivel individual de la dispensarización para identificar las familias supuestamente sanas, las que se afectan por riesgos específicos o las que desarrollan enfermedades a predominio biológico o psicológico, lo que facilitaría las acciones preventivas según su ciclo de vida, sobre todo, entre sus miembros jóvenes y el control de los enfermos para evitar complicaciones y discapacidades.

Cuando se aplican esos indicadores familiares, se conocen el número de familias afectadas y se facilitarían las acciones de promoción y prevención necesarias. Sin dudas, deberá superarse esa debilidad metodológica, que limita la utilización del “enfoque familiar” en el ASIS. También, acerca de los riesgos familiares, es oportuno mencionar la necesidad de incorporar nuevos indicadores relacionados con los riesgos ambientales, como serían las afectaciones por desastres naturales, que en Cuba están bien representados por los frecuentes ciclones y huracanes. (CITMA, 2014)

Otro elemento en cuanto a los indicadores, sería lograr una visión diferente del indicador “mortalidad”, pues resulta innegable su relevancia entre los indicadores imprescindibles en el ASIS y no siempre está bien analizado en los espacios que se estudian. Desde hace décadas se ha desarrollado esa visión, mediante el uso del indicador “carga de mortalidad” que integra el indicador “años de vida ajustado por discapacidad” (DALYS) y “años de vida potencialmente perdidos” (AVPP) (Seuc *et al*, 2000). Se reconoce como un indicador sintético, pues resume el impacto de una enfermedad mediante la integración de medidas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población.

El indicador “carga de mortalidad” ofrece una visión más precisa de la medición del estado de salud, y cuantifica el impacto de las muertes prematuras y de la discapacidad. Su utilidad se pone de manifiesto en la evaluación de la eficacia y eficiencia de los programas sociales y de salud y en consecuencia, la cantidad y calidad de vida de la población (Corral, 2018). Al mismo tiempo, permite visibilizar las enfermedades que producen altas tasas de prevalencia y discapacidad las cuales, generalmente, no constituyen una causa básica de muerte y que, con indicadores tradicionales no se detectaría su afectación en la población. (Seuc *et al*, 2002)

A pesar de la importancia de este indicador sintético, en Cuba solo se ha utilizado en investigaciones sobre el impacto de enfermedades específicas en la población, como la carga por meningitis bacteriana, enfermedades reproductivas, diabetes mellitus, cáncer y causas seleccionadas de mortalidad según condiciones de vida. (Domínguez *et al*, 2006)

También, ante los procesos de renovación del ASIS, se consideró oportuno incorporar los “indicadores de acceso” que como los descritos en párrafos anteriores, se han utilizado desde hace décadas y representan un elemento clave para analizar los recursos y servicios del sistema de salud, en cualquiera de sus niveles organizativos (SIISE, 1998). Estos indicadores no se aplican con frecuencia en el ASIS, pues no están incluidos entre los indicadores convencionales que aparecen en las guías metodológicas utilizadas, sin embargo, son sencillos de construir y útiles para explicar en algunos casos la falta de oportunidad en la atención sanitaria. Se refieren a las condiciones de la población que influyen en la utilización de los servicios de salud y contienen, entre otros elementos, la disponibilidad de medios y la distancia geográfica a los centros de salud. Al decir de Rojas Ochoa, “han sido numerosos los esfuerzos por medir la cobertura de servicios de salud considerando el tiempo que demora el

demandante de la atención (urgencias incluidas) en hacer contacto con el servicio, o la distancia que separa del punto de atención al que necesita las prestaciones del servicio. No hay consenso al respecto”. (Rojas, 2016) Sin embargo, los indicadores de acceso son muy útiles a los fines de políticas de salud, ya que la existencia de los servicios, no siempre garantiza que la población pueda utilizarlos cuando los necesita. (Fuentes, 2017); (Fajardo *et al*, 2015).

Existen propuestas bien conocidas desde el organismo regional OPS (OPS, 2018), sobre los indicadores para analizar el “estado de salud de la población” (Ramis, 2003), de la Dirección Nacional de Estadísticas del Minsap (DNE, 2010) y de diferentes países de América Latina, como se expuso en el capítulo 2, con indicadores que varían poco a los utilizados para el ASIS. Finalmente, en el anexo 6.1 se muestran los indicadores del ASIS que se consideran pertinentes y de fácil utilización en Cuba, de forma priorizada en el espacio-población de los consultorios de medicina familiar y las áreas de salud y entre los cuales predominan los enfocados a identificar los cambios sociales y económicos que inciden en las desigualdades en salud.

## **Fuentes de información para el análisis de situación de salud**

La búsqueda u obtención de información, constituye uno de las primeras actividades para realizar el ASIS (etapa descriptiva) y esa actividad también requiere de conocimiento y habilidades para cumplirla. La disponibilidad de las fuentes de información depende de las características de los sistemas de salud, aunque una gran parte de la que se necesita se reproduce en casi todos los sistemas, mediante la recopilación de los datos relacionados con la salud que son frecuentes en cualquier país, sin olvidar, que cada fuente de datos posee ventajas y limitaciones que deben tenerse en cuenta al momento de utilizarlas.

Es fundamental la información proveniente de los sistemas de información estadísticos (SIE), encargados de la recolección, procesamiento, flujo y presentación de los datos en los diferentes niveles del sistema de salud. Las fuentes a utilizar para elaborar el ASIS en Cuba son diversas, y no solo deben obtenerse del sector de la salud. Actualmente existen 65 sistemas de información estadística complementaria (SIE-C) del sector de la salud y 20 registros nacionales, entre los que se encuentran los de

lepra, tuberculosis, VIH/sida y cáncer. Además, en la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (DNE), se emiten 38 informes de indicadores estadísticos adelantados, en función de la vigilancia en las áreas de salud materna e infantil, vigilancia epidemiológica y gestión administrativa, inmunización por campaña y mortalidad. (DNE, 2016); (DNE, 2018)

Además, se obtiene información de otras fuentes como: el censo de población y viviendas, el sistema de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, encuestas eventuales realizadas por la DNE y la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), Informes de programas de salud, datos de los subsistemas de vigilancia, encuestas de opinión de la población, resultados de investigaciones e Informes de países y organismos internacionales. (ONEI, 2018)

## **Flujo de la información para realizar el análisis de situación de salud**

Un elemento clave en la obtención de información para realizar el ASIS, es conocer como esta fluye dentro y fuera de los niveles del sistema de salud, lo que evita la pérdida de tiempo que supone su desconocimiento. La información se produce durante el primer contacto de la población con el sistema de salud, en nuestro caso, en el consultorio de medicina familiar cuando el médico elabora la hoja de cargo, el registro de dispensarizados, la historia clínica familiar y la historia clínica personal (DNE, 2015); desde aquí, esa información fluye a los departamentos de estadística del área de salud, del municipio, de la provincia y del nivel nacional.

A nivel municipal también se recibe y procesa información de otras unidades de salud del territorio si las hubiera, como hogares maternos, hospitales municipales, hogares de ancianos y otros, además de información procedente de otros sectores. A nivel nacional, en la DNE se recibe información, entre otras fuentes, de todas las direcciones provinciales de salud, de fuentes internacionales, de otros sectores de la economía a través de la ONEI, de laboratorios de referencia nacional, direcciones nacionales del Minsap y de hospitales especializados.

Una buena utilización de esa información, se relaciona con su cantidad y calidad, para lo cual deben existir registros completos y también definiciones y procedimientos uniformes de consolidación y clasificación. La calidad de los datos, la cobertura poblacional, su oportunidad, sus fuentes y la forma como se recolecten, tendrán un marcado efecto

sobre la utilidad de la información presentada para tomar decisiones, y no existe ningún medio de procesamiento que pueda corregir, *a posteriori*, cualquier falla presente en alguna de esas etapas del proceso (Bergonzoli, 2012). La calidad de la información debe ser una preocupación constante en sus productores, recolectores y usuarios, en este caso, para realizar el ASIS.

También, es imprescindible utilizar la información proveniente de otros sectores como: educación, cultura, protección civil, servicios comunales, agropecuarios, instituciones de deportes, de meteorología, casas de orientación a la familia y otros organismos, aunque una de las limitaciones que con frecuencia expresan los ejecutores del ASIS, es la ausencia de algún dato importante procedente de la información de esos sectores.

## **Debilidades e insuficiencias en la utilización de los indicadores en el análisis de situación de salud**

Para finalizar el contenido del tema, se consideró oportuno describir algunas debilidades e insuficiencias en la aplicación de los indicadores del ASIS, derivadas de investigaciones elaboradas en el ámbito académico. (Martínez, 2000); (Rodríguez *et al*, 2002); (Martínez, 2012); (Perdomo, 2019); (Arocha, 2019)

Acerca de las fuentes de información, una insuficiencia para elaborar el ASIS en algunos territorios es la dificultad para obtener información acerca del nivel de escolaridad y la dedicación ocupacional de la población, no disponibles en los departamentos de estadística de los policlínicos, ni en los CMF correspondientes en el momento de la investigación.

En cuanto a los indicadores, se transcriben algunas observaciones:

- No se calcula la razón de dependencia en las personas menores de 18 años, información muy importante dado el grado de envejecimiento poblacional existente en Cuba.
- No se incluye el número de núcleos familiares, el tamaño promedio de las familias y las migraciones en el año que precede al informe, datos interesantes para indagar sobre ese influyente determinante económico para la salud.
- Como actividad del programa de atención al adulto mayor, no se indagan los problemas de los ancianos que viven solos, sin apoyo y los expuestos a peligros potenciales de accidente en sus viviendas (condiciones de vida).

- Sobre los indicadores de natalidad y fecundidad, se comentan las respectivas tasas sin estratificarlas, ni ampliar sobre sus efectos en el envejecimiento de la población cubana.
- En el caso de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual, se aprecian algunas insuficiencias, por ejemplo, se detectan los riesgos ambientales y se exponen sus consecuencias para la salud, no obstante, se omite el análisis de sus posibles causas, las acciones intersectoriales realizadas, las pendientes y las incumplidas, que elevan el número de estos riesgos.
- Los indicadores relacionados con la salud bucal, no se distribuyen por edad y sexo.
- Del grupo de los adolescentes, se limitan a indagar sobre el embarazo precoz sin ampliar sobre otros comportamientos sociales dañinos para su salud.
- De la salud ocupacional, se cuantifican los riesgos laborales sin relacionarlos con posibles accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

Sin dudas, la detección de estas y de otras debilidades e insuficiencias en la información necesaria para la realización del ASIS, indica que es indispensable desarrollar procesos de capacitación permanente, que contribuyan a perfeccionar sus técnicas y los indicadores, para identificar adecuadamente los reales problemas del espacio-población que se estudia.

## Consideraciones finales

De los contenidos expuestos en el capítulo, algunos son conocidos y otros no han sido tan divulgados. Tal vez, se asumió que el tema “indicadores” no daba para más, sin embargo, cuando se comentaron varias debilidades e insuficiencias en su diseño y aplicación, quedó explícita la necesidad de elevar el nivel de los conocimientos de los ejecutores sobre el tema, sin pretender convertirlos en profesionales especializados.

Si los indicadores y las técnicas resultan imprescindibles para realizar el ASIS, el dominio de sus bases teóricas y metodológicas debe convertirse en una tarea ineludible y sobre todo, el adiestramiento cotidiano que asegure su correcta aplicación. La flexibilidad para construir indicadores debe hacer desaparecer la rutina que ha caracterizado su

aplicación hasta ahora, y estimular visiones renovadas para identificar los problemas que derivan de las características del espacio donde residen las personas y la influencia de los determinantes sociales de la salud en su aparición. Asumir el ASIS como una competencia del médico de la familia y del epidemiólogo, como se enfatiza en otro capítulo del libro, implica el perfeccionamiento tanto de la aplicación de los indicadores como de las técnicas utilizadas en su realización y sin dudas, mejora el desempeño de los responsables de su ejecución.

## Referencias bibliográficas

- Amezcu, C. y García, R. (1996): Investigación Cualitativa. En: Amezcu, C., Jiménez, A., editores. Evaluación de programas sociales, Madrid, Ediciones Díaz Santos. pp. 37-57.
- Arocha, C. (2019): Evaluación de informes Técnicos del ASIS. Ejercicio docente. Curso "Salud Pública". Programas de Maestrías. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellstrom, T. (2008): Epidemiología Básica. Washington, D.C., OPS.
- Bergonzoli, G. (2012). Análisis de situación de salud y sus tendencias (ASIST), en el paradigma de la producción social de salud (PSS). Colombia, Centro para el desarrollo y evaluación de políticas y tecnología en Salud Publica.
- Corral, A. (2018). Carga de enfermedad según condiciones de vida. Cuba, 2012-2015 [tesis doctoral]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Cuestionario Kidscreen. (2004):En: <https://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/cuestionario-kidscreen/>
- DNE. (2010): Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Fichas técnicas. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población. Definiciones, interpretación, cálculo y aplicaciones. Ciudad de La Habana, Minsap. En: <http://www.sld.cu/servicios/estadísticas/>.
- DNE. (2015): Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Sistema de información estadística complementario de salud (SIE-C) Modelos e instructivos. La Habana, Minsap.
- DNE. (2016): Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Sistema de información estadística complementario de salud (SIE-C). Modelos e instructivos 2015. La Habana, Minsap.
- DNE. (2018): Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana, Minsap.
- Domínguez, E., Seuc, A.H., Aldana, D., Licea, M.,Díaz, O. (2006): Impacto de la diabetes sobre la duración y calidad de vida de la población cubana: años 1990, 1995, 2000 Y 2003. *Rev Cubana Endocrinol*;17(2). En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532006000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200003&lng=es)

- Fajardo, G., Gutiérrez, J.P., García, S. (2015): Acceso efectivo a los servicios de salud: *operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Mex*;57:180-6.
- Fuentes, S. (2017): El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;43(2):272-286. En: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es)
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W. (1963): Studies of illness in the age: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*;185:914-9.
- López, C. y Alonso, P. (2011): Definiciones, características y problemas en el empleo de indicadores en salud. *Rev Cubana Salud Pública*;37(2):162-7. En: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200011&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200011&lng=es)
- Martínez, A.I. (2000): Limitaciones y necesidades de aprendizaje para el análisis de situación de salud Municipio Marianao. [Tesis]. La Habana, Facultad Salud Pública
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Mendoza, F., Ramírez, L.R., Reyes, A.A., González, A., Hernández, J.S., Fuentes, C. (2016): Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc*;54 (2):170-5.
- CITMA. (2014): Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Cuba. Metodologías para la determinación de los riesgos de desastres a nivel territorial. Parte 1. En: [http://www.cu.undp.org/content/cuba/es/home/library/crisis\\_prevention\\_and\\_recovery/LibroAMA\\_I/](http://www.cu.undp.org/content/cuba/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/LibroAMA_I/)
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONE). (2018): Anuario Estadístico. La Habana, Centro de estudios de Población y Desarrollo.
- Organización Panamericana de la salud. (2018): Indicadores Básicos. Situación de Salud en Las Américas. En: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511>
- Perdomo, I. (2019): Uso de criterios evaluativos en el informe Análisis de Situación de salud. Maestría Atención Primaria de Salud, La Habana.
- Ramis, R. (2003): Estado de Salud de la Población [supercurso]. En: <http://uvirtual.sld.cu/wssc/slides/slides.php3?c=63&d=1>
- Rodríguez P, Mukodsi M, Serrano MM, Reyes M, González JL, Díaz-Canel AM, *et al.* (2002) Análisis de la Situación de Salud. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; Informe Técnico. Presentación en Taller sobre ASIS.
- Rojas, F. (2016): Extensión de cobertura en servicios de salud. Cuba 1960-2010. La Habana, West General Trading LTD.
- Rojas, F., López, C., Silva, L.C. (1994): Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables. Washington, D. C., OPS.

- Seuc, A., Domínguez, E., Díaz, O. (2000): Introducción a los DALYs. *Rev Cubana Hig Epidemiol*;38(2):92-101. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032000000200002&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032000000200002&Ing=es)
- Seuc, A., Domínguez, E., Díaz, O. (2002): Introducción al cálculo de esperanza de vida ajustada por discapacidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 40(2):9-102. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032002000200003&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032002000200003&Ing=es)
- SIISE. (1998): Sistema Integrado de indicadores sociales del Ecuador. Documentos de trabajo. Quito, Ecuador. En: [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsii/pubsii\\_0019.pdf](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsii/pubsii_0019.pdf)
- Tigre, C.H., Castellanos, P.L., Plaute, R., Liber, M. (1990): La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Educ Med Salud*;24(3).
- Zúñiga, M. (1999): Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Méx*;41(2):110-8. En: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6138>

## Anexo 6.1

### **Propuesta de indicadores para realizar el ASIS en el consultorio de medicina familiar y el área de salud, en función de los cambios contextuales que inciden en la salud de la población.**

#### Indicadores demográficos:

- Número de habitantes según edad, sexo, zona de residencia
- Saldo migratorio, tasa bruta de inmigración y de emigración
- Razón de dependencia por edad, jóvenes, adultos mayores y ambos relacionados con la población en edad laboral
- Tasa bruta de natalidad, de fecundidad general, global de fecundidad y de reproducción
- Número de nacidos vivos
- Esperanza de vida al nacer y por edad
- Índice de envejecimiento

#### Indicadores socioeconómicos:

- Tipo y estado de la vivienda
- Porcentaje de población que reside en zonas desprotegidas
- Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas
- Porcentaje de familias disfuncionales
- Tipo de ocupación
- Porcentaje de personas empleadas
- Ingreso *per cápita*

Tasa de escolaridad

Tasa de deserción estudiantil según nivel de escolaridad

Porcentaje de población anciana

Porcentaje de ancianos que viven solos

Porcentaje de población atendida por servicio social

Indicadores de salud ambiental

Fuentes de abasto de agua y otros:

Tratamiento de las fuentes de abasto

Porcentaje de población con abasto de agua potable

Porcentaje de población con abasto de agua potable por conexión domiciliaria

Periodicidad de los ciclos de distribución del agua

Porcentaje de población con acceso a medios sanitarios de eliminación de excretas

Porcentaje de la población con acceso a servicios de recolección de desechos sólidos

Periodicidad de recogida de residuales sólidos

Número de microvertederos

Índice de vectores (índice casa), roedores, moscas y cucarachas

Indicadores de promoción y prevención

Actividades de promoción de salud:

Porcentaje de acciones de promoción de salud en la población

Porcentaje de actividades intersectoriales en la comunidad

Porcentaje población incorporada a prácticas de deportes

Porcentaje de población con hábito de fumar

Porcentaje de población con hábito alcohólico

Número de círculos de abuelos creados

Porcentaje de círculos de abuelos en funcionamiento

Porcentaje de ancianos vinculados a proyectos comunitarios

Actividades preventivas:

Tasa de mujeres examinadas por el programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino

Detección precoz de cáncer de colon. Porcentaje de población con examen de sangre oculta realizado

Detección precoz de cáncer de próstata. Porcentaje de población masculina +50 años con PSA realizado y microalbuminuria

Porcentaje de viajeros y colaboradores controlados en las primeras 72 horas del arribo

Porcentaje de exámenes de gota gruesa realizadas a viajeros y colaboradores

Porcentaje de casos positivos en seguimiento

#### Indicadores de morbilidad:

Número y porcentaje de grupos dispensariales de la población

Morbilidad proporcional (por causas u otra característica). Tasas brutas y específicas de incidencia y de prevalencia de factores de riesgo, enfermedades transmisibles y no transmisibles

Tasas brutas y específicas de incidencia y de prevalencia de enfermedades emergentes y re-emergentes

Porcentaje de pacientes con enfermedades no transmisibles compensados y controlados

Porcentaje de discapacitados según etiología, tipo y pronóstico

Índice de bajo peso al nacer

Porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta sexto mes

Tasa de incidencia y prevalencia de bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad

Porcentaje de casos diagnosticados de cáncer cérvico-uterino según estadio o etapa clínica

Porcentaje de casos diagnosticados de cáncer de próstata según estadio o etapa clínica

Porcentaje de casos diagnosticados de cáncer de pulmón según estadio o etapa clínica

#### Indicadores de mortalidad:

Tasa bruta y estandarizada de mortalidad por causas

Tasa específica de mortalidad por edad y sexo

Mortalidad proporcional por edad, sexo o por causas u otra característica

Razón estandarizada de mortalidad (REM)

Años de vida potencial perdidos (AVPP)

Tasa de mortalidad infantil por componentes: mortalidad neonatal precoz (0-6 días), mortalidad neonatal tardía (7-27 días), mortalidad posneonatal (28 días-11 meses)

Tasa de mortalidad fetal

Tasa de mortalidad perinatal

Tasa de mortalidad de menores de 5 años

Tasa de mortalidad materna, directa e indirecta

Tasa de letalidad

Mortalidad evitable

Carga de enfermedad (años de vida ajustado por discapacidad y AVPP)

Indicadores de recursos y cobertura:

Cobertura de médicos según total de habitantes

Cobertura de estomatólogos según total de habitantes

Cobertura de enfermera(o)s según total de habitantes

Porcentaje de cobertura de medicamentos para enfermos crónicos

Indicadores de servicios:

Porcentaje de la población con acceso a servicios ambulatorios locales de salud

Porcentaje de la población con acceso a servicios de urgencias

Porcentaje de la población con acceso a servicios especializados

Consultas por habitantes

Ingresos en el hogar por 100 habitantes

Número de consultas prenatales y atenciones prenatales promedio por gestante

Porcentaje de gestantes captadas y atendidas en el primer trimestre del embarazo

Porcentaje de gestantes y mujeres en edad fértil clasificadas con riesgo preconcepcional y controladas

Número de consultas de puerperio y de recién nacidos

Porcentaje de consejerías en materia de salud sexual y reproductiva

Porcentaje de cobertura anticoncepcional

Consultas estomatológicas

Porcentaje de actividades de prevención según tipo de actividad

Pacientes con atención estomatológica concluida

Pacientes examinados por el programa de detección de cáncer bucal (PDCB)

Índice de CPO-D y de CEO-D

Porcentaje de cobertura de vacunación

Porcentaje de niños totalmente inmunizados

## CAPÍTULO 7

---

# Análisis de situación de salud según condiciones de vida

*María del Carmen Pría Barros y Ariadna Corral Martín*

### Introducción

En varios capítulos del libro se ha mencionado o comentado sobre los diferentes modelos para confeccionar el análisis de la situación de salud (ASIS) y en el capítulo 5, se aclaró la situación polémica que origina el uso del término “modelo”. En esta ocasión, en consecuencia con lo expresado, se utilizará el término “metodología” para describir lo que realmente se ejecuta para estudiar el ASIS según condiciones de vida, y que ha tenido su máximo desarrollo en el ámbito docente-investigativo, con aportes valiosos para contribuir a la toma de decisiones en el sistema de salud.

El ASIS enfocado a las condiciones de vida, deriva de la operacionalización del concepto “condiciones de vida”, de la estratificación de asentamientos poblacionales en el espacio seleccionado, las especificidades de la medición en poblaciones pequeñas y la identificación de comportamientos diferenciales en salud. Aunque es sabido que las condiciones y circunstancias de la vida son determinantes sociales de la salud (DSS), los procedimientos inherentes a la metodología que aquí se describe, deben contribuir a desarrollar la nueva propuesta del ASIS enfocado a los DSS como una aproximación avanzada de su proceso de renovación.

## Propósitos

El ASIS orientado a las condiciones de vida, identifica los principales problemas de salud vinculados a las condiciones de vida de la población que reside en el espacio estudiado y que requiere de acciones específicas para solucionarlos y posteriormente, monitorear los cambios que se produzcan. Al decir de Castellanos, “las condiciones de vida constituyen el espacio donde se insertan los estilos de vida e incluyen características a nivel de grupo social en sus diferentes dimensiones (biológica, ecológica, cultural, psicológica y económica) que son mediadoras de los problemas de salud, tanto a nivel individual como colectivo y enfocan un conjunto de fenómenos particulares que influyen en la situación de salud.” (Castellanos, 1992a)

Por su parte y como técnica básica, la estratificación de territorios permite identificar grupos de personas por sus condiciones de vida, salud, acceso a los recursos y servicios; para comprobar sus diferencias y necesidades, detectar las desigualdades y accionar de forma descentralizada, todo lo cual contribuye a perfeccionar la realización del ASIS, la planificación de los recursos y servicios y desarrollar el trabajo intersectorial con los gobiernos locales desde esta perspectiva. Es oportuno precisar que, como toda propuesta científica, esta metodología está sujeta a críticas en función de aceptarla o modificarla, siempre con argumentos convincentes, por tanto, quienes lean el capítulo tendrán la posibilidad de confrontar sus conocimientos con las bases teóricas, las técnicas y los procedimientos descritos para realizar el ASIS con el enfoque que se describe.

## Bases teórico-conceptuales

El estudio de las condiciones de vida está muy relacionado con el bienestar, el desarrollo humano, la clase social y el nivel de pobreza. Con frecuencia se utiliza el concepto de privación de un área o territorio, para caracterizar y estudiar el impacto en la salud de los aspectos socioeconómicos y las condiciones de vida propias del espacio que se estudia. También se consideran en estos estudios, otras variables aproximadas como el nivel de ingresos junto con la ocupación y el nivel educacional.

Las relaciones entre la salud y las condiciones de vida están presentes de forma diversa y con intensidades distintas en los diferentes abordajes conceptuales y teóricos sobre la causalidad en salud en el pasado siglo xx (Silva, 1997). En las décadas de los años 70 y 80 de ese siglo, varios epidemiólogos latinoamericanos se destacan en ese sentido, (Breith y Granda, 1990). Otros

desarrollaron un proyecto teórico-práctico vinculado a la categoría “reproducción social”, al situar el proceso salud-enfermedad “[...] como el resultado de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta, produciendo en los diferentes grupos sociales la aparición de riesgos o potencialidades características, que se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud”. En este proyecto, se reconoce el concepto “condiciones de vida” como mediador entre la inserción social y la situación de salud. (Samaja, 1994); (Castellanos, 1997)

Transcurridos más de 25 años de emitidos estos conceptos y de utilizarse esta metodología en Cuba con algunas variantes, se requiere una visión actualizada de sus bases teórico-metodológicas, al relacionar el término “condición de vida” con la “calidad de vida” como clasificador de esas condiciones, para estudiarlas en un nivel más abarcador, lo que constituye un nuevo desafío para los investigadores cubanos en la próxima década. El concepto de calidad de vida actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada (Cummins, 2004). Por supuesto, no se debe ni se puede obviar en un tema tan complicado el concepto ofrecido por un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se denominó “OMS Calidad de la Vida” y cuyos integrantes propusieron la definición siguiente: “La calidad de vida es la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”. (WHO, 1995); (WHO, 1993)

En ese sentido, no es posible analizar la situación de salud, las condiciones de vida y los DSS, sin tener en cuenta la etapa final de todas esas influencias, representadas por la calidad de vida de las personas.

No obstante, el proyecto de Situación de Salud y Condiciones de Vida, propuesto por Castellanos y que aún mantiene su vigencia (Castellanos, 1992a), aportó un contexto explicativo para la metodología que se presenta en este capítulo y en el cual se establecen tres niveles de organización social: el “general”, representado por el modo de vida, que es la expresión de los procesos que conforman la identidad de la sociedad como formación social en un espacio y momento dado. El “particular”, que incluye las relaciones entre los diferentes grupos que integran la sociedad, o sea las condiciones de vida y el “singular”, constituido por las relaciones entre individuos mediante sus estilos de vida. También estimó que: “la situación de salud de la población en cada sociedad está estrechamente

relacionada con su modo de vida, mientras que la de cada grupo de población en particular, se articula estrechamente con sus condiciones de vida". (Castellanos 1992a,1992b y 1997)

En ese mismo tenor Castellanos propuso como definición de condiciones de vida: "el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir, en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado y, además, en las relaciones de poder que caracterizan la organización política de dicha sociedad" (Castellanos, 1992b). Con este enfoque conceptual, reconoce que las condiciones de vida pueden operacionalizarse en las cuatro grandes dimensiones del proceso de reproducción social, cada una se expresa en un grupo de problemas de salud y se corresponde con un campo de respuesta social. Se describe cada dimensión a continuación.

- Procesos predominantemente biológicos: es la frecuencia y forma particular cómo se desarrollan los procesos de concepción, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo de los niños, las características genéticas e inmunológicas, los aspectos metabólicos, el tamaño de la familia y la estructura demográfica.
- Procesos predominantemente ecológicos: es la forma particular de inserción en los sistemas ecológicos y las relaciones con el medio ambiente natural. Las características ecológicas de la vivienda, del barrio y del ámbito geográfico; la calidad y cantidad de agua, la forma de disponer las excretas y residuos, el grado de aglomeración urbana y la conformación del espacio vital.
- Procesos predominantemente relacionados con la forma de conciencia y conducta: es la forma particular de concebir las relaciones con el mundo natural y con las otras personas y grupos, su nivel educacional, su forma o grado de organización, sus hábitos, valores y normas sociales, la recreación, los estilos de vida individuales y colectivos.
- Procesos predominantemente económicos: están referidos a la forma particular de participar en la producción, distribución, y consumo de bienes y servicios, el desempleo y el empleo, el salario, los indicadores de recursos y la asistencia social.

Desde esta perspectiva es posible identificar los factores explicativos, su significación e influencia en la producción de la salud-enfermedad de un grupo social en un mismo espacio y momento histórico. Cada grupo de población, en un espacio determinado, tiene un perfil de necesidades

que se vincula con cada una de las dimensiones de las condiciones de vida; a ese perfil de necesidades en un grupo social, le corresponde un perfil de problemas de salud. (Castellanos, 1997)

## **Metodología**

Este contenido representa la esencia del capítulo, describe los procedimientos metodológicos utilizados para desarrollar el ASIS según condiciones de vida.

## **Información necesaria**

El concepto “condiciones de vida” es una variable teórica compleja que no puede ser medida de forma directa, por lo que es necesaria su operacionalización para transformarla en una variable empírica, constituida por indicadores intermedios que permitan su medición. La elección de indicadores intermedios idóneos depende de muchos factores, desde el marco teórico-conceptual donde se inserta el término “condiciones de vida” hasta la disponibilidad de información veraz y confiable, necesaria para su construcción una vez que el concepto ha sido operacionalizado.

Estos indicadores pueden obtenerse de los sistemas de información existentes, lo que disminuye el tiempo de ejecución del estudio y su costo. También, podrían obtenerse de los censos de población y de cualquier información obtenida mediante la aplicación de encuestas a la población, como se explicó en el capítulo 6, aunque esta es una técnica más costosa y con el inconveniente de alargar el tiempo de realización del estudio.

La ventaja de utilizar los datos socioeconómicos censales, es que representan una fuente de información homogénea y con calidad para todos los territorios, lo que permite las comparaciones entre diferentes zonas. Sin embargo, su desventaja es que la información puede no serlo suficientemente exhaustiva sobre todos los aspectos de interés, o bien, no estar suficientemente actualizada debido a su periodicidad decenal, lo que limita su utilización para identificar los acontecimientos que ocurren en años intercensales. En cambio, si la identificación de las condiciones de vida de la población se realiza mediante encuesta a hogares, las dificultades expresadas anteriormente pueden resolverse, aunque aún se mantendría el problema de los costos, la representatividad, la reproducibilidad, la comparación entre los resultados y alargamiento de realización del estudio.

En los sistemas de información estadísticos de Cuba se garantiza la cobertura, integridad y confiabilidad de los datos, por tanto, es posible identificar variables que establezcan diferencias entre territorios acorde a la realidad cubana, derivadas de la información ya registrada en los sistemas de información estadística (SIE), descritos en el capítulo 6, lo cual resultaría mucho más económico y práctico para la elaboración del índice de condiciones de vida.

## **Territorios o espacios de ejecución**

Una de las tres categorías epidemiológicas básicas para analizar los problemas de salud de la población, está representada por “el lugar” donde surgen esos problemas. En consecuencia, resulta imprescindible para analizar la situación de salud de un conjunto poblacional incorporar esa importante categoría epidemiológica que, al mismo tiempo, representa la base para el enfoque geográfico de la salud, ampliamente descrito en el capítulo 4.

Tal como expresa Íñiguez: “El espacio (geográfico) como un conjunto indisociable de sistemas de objetos (fijos) y sistema de acciones (flujos), en permanente interacción, y siempre testigo de procesos del pasado y del presente, tiene una fuerte vocación para esclarecer los procesos de producción social de bienestar y salud” (Íñiguez, 2008). Además, agrega: “La distribución de un problema de salud no puede ser independiente de la distribución de la población, pero cuando se caracteriza esta distribución, comúnmente se restringe a describir la cantidad de población urbana y rural, o los tipos de asentamientos según la cantidad de población y el tipo de poblamiento. Poco común y tan necesario como esto sería complementar estos datos, con otros que permitan aproximarse a los contextos de vida, como, por ejemplo, la organización espacial de los procesos productivos o la función económica predominante de las ciudades, pueblos, o cualquiera de las unidades territoriales que se consideren”.

Con esos argumentos, se comprenderá mejor los conceptos referidos al territorio-población para estudiar las condiciones de vida, pues se requiere de la caracterización de zonas diferentes que respondan a distintas condiciones espaciales.

Según Pradilla, el territorio es “la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales e incluye tanto las particularidades geofísicas, servicios básicos, calidad de la vivienda, características económicas, sociales y culturales de la población allí asentada”. (Pradilla, 1984)

El concepto de territorio, además de constituirse como un recurso metodológico importante, permite avanzar en la construcción de mediaciones entre los determinantes más generales de la salud-enfermedad y su expresión concreta en poblaciones, territorios y tiempos particulares. Su fundamento reside en la distribución socialmente diferenciada del territorio mediante la conformación de áreas relativamente homogéneas, en las que los distintos grupos comparten los mismos soportes materiales de la reproducción social. Por ejemplo, a criterio de Barcellos:

En la definición de la escala territorial prima el criterio operativo, pues en la selección de las unidades espaciales se toma como referencia la división política administrativa por dos motivos fundamentales: en dichas unidades se establecen las relaciones sociales que permiten a las personas organizar sus actividades correspondientes a las políticas públicas de desarrollo, donde los diferentes grupos sociales concertan sus respectivos intereses. Como segundo motivo señala que la información estadística y administrativa se compila y consolida en este nivel lo que permite disponer de datos confiables y de calidad. (Barcellos, 2003)

Otros autores, consideran que:

El estudio de las desigualdades relacionadas con la salud que tenga en cuenta el territorio cobra una gran relevancia por diversos motivos: existen factores contextuales del área geográfica que explican la salud, independientemente de los factores individuales, como el medio ambiente, la provisión de servicios públicos y los aspectos socio culturales. La detección de áreas geográficas con peores indicadores socioeconómicos y de salud, facilita la puesta en marcha de intervenciones y en ocasiones es más fácil disponer de datos del área geográfica que de los propios individuos. (Espelt *et al*, 2016)

## **Técnicas utilizadas**

La técnica básica en esta metodología es la estratificación de espacios poblacionales, para lo cual se utilizan técnicas cuantitativas y cualitativas de diferente complejidad, mediante el uso de la información definida en la operacionalización del concepto. Las técnicas utilizadas

para este fin son: criterio de expertos y análisis multivariado, las que se describen a continuación.

El criterio de expertos es una técnica cualitativa de estratificación, que utiliza la experiencia de un grupo de profesionales conocedores de las características socioeconómicas, ambientales y de la salud de los territorios donde se aplicará la metodología.

El análisis multivariado es una herramienta estadística para clasificar en grupos distintas unidades de análisis a partir del procesamiento de numerosos indicadores, que describen el estado de dichas unidades. Su objetivo es establecer tipologías para las unidades de análisis de aquellas que sean homogéneas dentro de sí y donde los grupos sean heterogéneos entre sí (Valcárcel, 1992). Las técnicas de análisis de conglomerados jerárquicos y no jerárquicos, han sido ampliamente utilizadas con fines de estratificación territorial según condiciones de vida.

La utilización de los métodos multivariados permite identificar patrones de clasificación y es de utilidad cuando se requiere conocer la similitud entre dos objetos, aun cuando no se conozca el número de grupos que lo formaron. Ambas técnicas requieren conocimientos de estadística y la manipulación de programas computacionales para llevar a cabo este tipo de análisis. (Fernández *et al*, 2010)

## **Indicadores sintéticos**

Son variables que resumen en un valor único un concepto teóricamente complejo, a través de un conjunto de otras variables medidas con indicadores. Como ventaja, no necesitan grandes recursos para su aplicación y por la sencillez de sus cálculos e interpretación, tampoco requieren personal con alta calificación. Un ejemplo clásico de indicador sintético es el Índice de Desarrollo Humano (IDH) (Banco Mundial, 2004). En este índice se sustenta el Índice de Desarrollo Integral (IDI), para estratificar los asentamientos poblacionales según condiciones de vida y que incluye las dimensiones ecológicas, psicosocial, biológica y de los servicios de salud. (Bergonzol y Victoria, 1994)

Para elaborar el IDI, se construye un indicador de privación con una sencilla operación, no utiliza ponderaciones y sí la agregación de los indicadores intermedios mediante sumas, lo que simplifica su cálculo, que puede aplicarse sin dificultad (Bécquer, 1992); (Pría, 2006). Además, otra ventaja de la construcción de indicadores de privación, es que permite medir la privación relativa, puesto que considera lo que falta a cada territorio para obtener el

mejor valor alcanzado por todos. Igualmente, además del análisis integral de los problemas de salud, permite un análisis por cada una de las dimensiones, y de esta forma se obtiene una caracterización de las condiciones de vida de los territorios en las dimensiones consideradas.

La construcción de un indicador sintético, deriva del análisis conceptual de la noción abstracta que desea medirse y su análisis operativo. Después de la conceptualización, debe obtenerse una definición operativa que permita identificar las dimensiones e indicadores que intervienen en la medición del concepto y, al final, se aplican los métodos que se consideren pertinentes, hasta obtener el índice correspondiente a cada dimensión y también el índice global.

Un importante desafío metodológico para la agregación de variables, es definir qué ponderación se asignará a cada una, pues surge la disyuntiva de que todas tengan igual peso, si unas serán más importantes que otras o si no se aplican ponderaciones, teniendo en cuenta que el índice sintético debe reproducir con la mayor confiabilidad las características del concepto que se mide.

## Construcción del índice de condiciones de vida

Después de aplicar técnicas cualitativas y cuantitativas multivariadas para la elección de las variables e indicadores que operacionalizan cada dimensión del concepto “condiciones de vida”, se construye el índice de condiciones de vida (ICV) y se estratifican los territorios, con la aplicación del algoritmo empleado en la construcción del IDI (Pría, 2006) derivado a su vez del IDH. Las etapas para construir el ICV son las que se muestran a continuación. (Fig. 7.1)

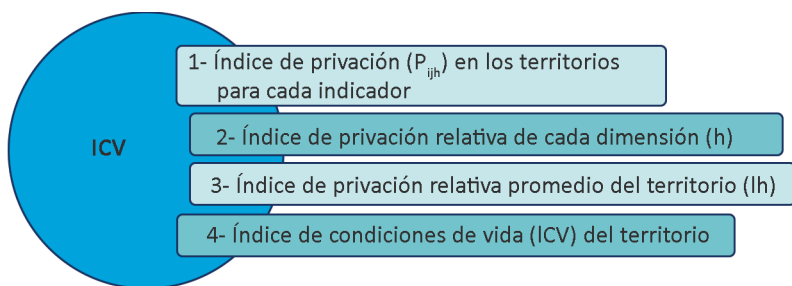


Fig. 7.1. Etapas para la construcción del Índice de Condiciones de Vida (ICV).

Se obtiene un índice de privación relativa ( $P_{ijh}$ )<sup>1</sup> en los territorios para cada uno de los indicadores que operacionalizan las cuatro dimensiones:

$$P_{ijh} = \frac{(X_{\text{máximo}_{ijh}} - X_{ijh})}{(X_{\text{máximo}_{ijh}} - X_{\text{mínimo}_{ijh}})} \quad (1)$$

donde:

i: representa el territorio y toma valores desde 1,2,...,i

J: representa el indicador y toma valores desde 1,2,...,k

h: indica la dimensión y toma valores desde 1,2,...,h

$X_{ijh}$ : es el valor obtenido por el indicador  $j$  en el territorio  $i$  para la dimensión  $h$ , en un caso concreto.

$X_{\text{máximo}_{ijh}}$ : es el valor máximo obtenido por el indicador  $j$  en los  $i$  territorios estudiados para la dimensión  $h$ .

$X_{\text{mínimo}_{ijh}}$ : es el valor mínimo obtenido por el indicador  $j$  en los  $i$  territorios estudiados para la dimensión  $h$ .

Este índice es válido para aquellos indicadores en los que mientras más alto es su valor, mejor es la situación del territorio. Con este índice, mientras más alto es el valor de los indicadores mejor se considera el indicador, por ejemplo, a mayor cobertura de saneamiento debe ser mejor la situación del territorio. Por el contrario, cuanto menor es el valor del indicador, ¿serían mejores las condiciones de vida del territorio, por ejemplo, el bajo peso al nacer?

En caso de indicadores cuyo valor óptimo es un mínimo, por ejemplo, el índice de bajo peso al nacer, la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de embarazadas con ganancia de peso de menos de 8 kg en el embarazo, el índice de privación se define entonces:

$$P_{ijh} = \frac{(X_{ijh} - X_{\text{máximo}_{ijh}})}{(X_{\text{máximo}_{ijh}} - X_{\text{mínimo}_{ijh}})} \quad (2)$$

El índice de privación relativa expresa una relación entre la privación que tiene cada territorio para un indicador en relación con su valor óptimo para todos los territorios estudiados, y la privación máxima posible ocurrida en ese territorio para ese indicador.

<sup>1</sup> El índice de privación relativa  $P_{ijh}$ , está definido aquí para sus dos casos, cuando el indicador es un máximo o un mínimo.

Una vez obtenidos todos los índices de privación relativa de la dimensión  $h$ , se calcula el índice de privación relativa promedio de dicha dimensión, mediante la expresión siguiente:

$$I_{ih} = \frac{\sum_{j=1}^k P_{ijh}}{k} \quad (3)$$

donde:

$K$ : es el número de indicadores de privación relativa incluidos en esa dimensión.

El índice de privación relativa promedio toma valores entre 0,00 y 1,00. Esto significa que, cuando toma el valor 0,00 no existe privación relativa promedio en esa dimensión, mientras que el valor 1,00 significa que posee la máxima privación para ese territorio.

Este indicador resume la privación relativa del conjunto de indicadores que caracterizan las cuatro dimensiones, y ofrece una medida apropiada de cuánto le falta a cada territorio en una dimensión dada, para lograr el nivel del mejor territorio de los estudiados. También, permite ordenarlos de acuerdo con la magnitud de la privación relativa de cada dimensión, identificar los territorios con problemas en dimensiones particulares e implementar acciones adecuadas para su posible solución.

Para conocer el Índice de Desarrollo de una dimensión alcanzado en cada territorio ( $ID_{ih}$ ) en términos de condiciones de vida y en una dimensión específica, se calculará el ID para cada dimensión de la forma siguiente:

$$ID_{ih} = 1 - I_{ih} \quad (4)$$

Este índice complementa al índice de privación relativa promedio, y expresa el desarrollo alcanzado por cada territorio en una determinada dimensión.

Una vez obtenidos los índices de privación relativa de las 4 dimensiones, se calcula el índice de privación relativa promedio del territorio ( $I_h$ ) mediante la expresión siguiente:

$$I_h = \frac{\sum_{h=1}^R I_{ih}}{R} \quad (4)$$

donde:

R: es el número de dimensiones analizadas en el territorio, en este caso es 4, o sea, el número de dimensiones en que se operacionaliza el concepto condiciones de vida.

Seguido a este cálculo, se halla el Índice de Condiciones de Vida (ICV) del territorio mediante la expresión siguiente:

$$ICV = 1 - I_h \quad (6)$$

El índice puede tomar valores entre 0 y 1, será 0 en aquel territorio para el cual todos los valores de las variables coincidan con los peores valores de los indicadores, y será 1 en el territorio en el que todos los valores de las variables estudiadas coincidan con los mejores observados. Por tanto, los valores próximos a 1 traducen mejores condiciones de vida y próximos a 0, un deterioro de dichas condiciones.

Finalmente, se agrupan los territorios en 3 estratos, para lo cual se calculan los ICV correspondientes a cada uno. (Corral y Pría, 2017)

### **Estratificación territorial: provincias, municipios y áreas de salud**

La utilización del ASIS enfocado a las condiciones de vida, siempre correspondió al ámbito investigativo, luego, la estratificación territorial se realiza de la forma siguiente.

Se aplicaron las técnicas cuantitativas multivariadas y la consulta a expertos en las cuatro dimensiones de las “condiciones de vida” para seleccionar y validar 13 indicadores en el nivel de anclaje provincial, 14 indicadores en el nivel de anclaje municipal y 13 en el nivel de anclaje local. (Tabla 7.1); (Corral y Pría, 2017); (Gainza, 2017)

Con los indicadores seleccionados en cada nivel de anclaje se construyó el ICV con el empleo del algoritmo utilizado en la construcción del IDI. Para la estratificación de los territorios, se utilizó una escala ordinal con tres niveles y se dividió la distribución empírica del ICV en tres estratos según los puntos de corte dados por los percentiles 33 y 66.

Los territorios que obtengan valores del ICV inferiores al percentil 33, clasifican como territorios de condiciones de vida desfavorables; los que obtengan valor del ICV entre los percentiles 33 y 66, clasifican como territorios de condiciones de vida medianamente favorables y los que alcanzan un ICV mayor que el percentil 66, clasifican como territorios de condiciones de vida favorables.

**Tabla 7.1.** Indicadores utilizados en la construcción del índice de condiciones de vida por dimensiones provincial, municipal y local

| Nivel                 | Dimensión económica                                                                                                                                                                                                 | Dimensión ecológica                                                                                                                                                                                                                                                      | Dimensión biológica                                                                                                                          | Dimensión conciencia y conducta                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Provincial            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Relación de dependencia</li><li>- Hab. x médico</li><li>- % personas atendidas por asistencia social</li><li>- Promedio de equipos electrodomésticos por vivienda</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Cobertura de saneamiento</li><li>- % de viviendas beneficiadas con red de alcantarillado</li><li>- % de viviendas con red de acueducto</li><li>- % de viviendas con servicio sanitario</li><li>- Grado de urbanización</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tasa de discapacidad</li><li>- Bajo peso al nacer</li></ul>                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>- Prevalencia de alcoholismo</li><li>- % población con escolaridad superior</li></ul>                                                                        |
| Municipal             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Relación de dependencia</li><li>- Índice de ocupación</li><li>- Razón inmigrantes/emigrantes</li><li>- Salario medio mensual</li></ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>- % de bohíos y cuarterías</li><li>- % viviendas con baño</li><li>- % familias con recogida especializada de basura</li><li>- Densidad poblacional</li><li>- % viviendas con cocina</li></ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>- Envejecimiento poblacional</li><li>- Bajo peso al nacer</li></ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Prevalencia de alcoholismo</li><li>- Prevalencia de adicción a drogas, narcóticos y psicofármacos</li><li>- % población con escolaridad superior</li></ul> |
| Local (área de salud) | <ul style="list-style-type: none"><li>- Hab. x médico</li><li>- Población desempleada</li><li>- Población atendida por asistencia social</li><li>- Trabajadores x cuenta propia</li></ul>                           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Microvertederos x Hab.</li><li>- Número de Hab. x barrio insalubre</li><li>- Número de Hab. x ciudadelas</li></ul>                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>- Envejecimiento poblacional</li><li>- % gestantes adolescentes</li><li>- % gestantes añosas</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Prevalencia de alcoholismo</li><li>- % niños en centros de reeducación de menores</li><li>- Tasa de intento suicida</li></ul>                              |

Es oportuno aclarar que otra técnica imprescindible para la correcta comparación de los territorios y utilizada con frecuencia en las investigaciones de salud pública, es la comparación de tasas de algún evento (por ejemplo: mortalidad, morbilidad) entre dos o más poblaciones, o en la misma población entre dos o más períodos. Si las poblaciones se distribuyen de manera parecida respecto a otros factores tales como: edad, sexo, raza, etnia, o clase social, que se sabe o se supone están relacionados con el evento estudiado, no resulta difícil comparar las tasas crudas o brutas. Sin embargo, si dichas distribuciones no son similares, la comparación directa de las tasas brutas puede resultar engañosa. (OPS/OMS, 2002)

Cuando en uno de los territorios se obtiene una tasa de mortalidad superior a la del otro, eso no significa necesariamente un problema de salud de mayor magnitud, ya que la diferencia observada entre las tasas, podría ser efecto de diferencias en las estructuras de edad en la población; esto es, la edad podría causar un efecto de confusión. Otra de las razones para ajustar tasas, es la composición territorial por un pequeño número de individuos, pues las tasas específicas correspondientes pueden ser demasiado imprecisas y no fiables para utilizarlas en comparaciones detalladas. (Fleiss, 1981)

Desde el siglo XIX se desarrollaron los métodos de estandarización o ajuste de tasas como solución a este problema. La tasa ajustada es una medida de resumen de las tasas específicas en los diferentes estratos de la variable de confusión (por ejemplo, la edad). Se construye como una media ponderada de estas tasas específicas donde los pesos o ponderaciones proceden de una serie de referencia llamada estándar; su propósito es homogeneizar los distintos grupos que se comparan. (Rué y Borrell, 1993); (Curtin y Klein, 2000)

Las tasas ajustadas, sea cual fuese el método, no tienen valor intrínseco, carecen de sentido por sí mismas, solo sirven para compararlas con otras obtenidas bajo las mismas condiciones y no debe usarse para describir la magnitud del daño real a la salud en un territorio. (OPS/OMS, 2002).

Una vez expuestas las principales técnicas para desarrollar la metodología del ASIS según condiciones de vida, se sintetizan a continuación algunos resultados de su aplicación en el ámbito investigativo.

## **Resultados de la estratificación territorial**

Los resultados de la estratificación territorial contribuyen a la toma de decisiones con mayor precisión, pues identifican las condiciones de vida en los territorios estudiados y propician una correcta priorización (Álvarez *et al*, 2007); (Almeida y Sarti, 2013). A modo de ejemplo, en la tabla 7.2 se sintetizan los resultados de recientes investigaciones: en el año 2014 se estratificaron las 16 provincias del país según condiciones de vida mediante el ICV; en el 2015, la estratificación se realizó en los municipios de La Habana y de las áreas de salud de uno de estos municipios. (Corral y Pría, 2017); (Corral y Pría, 2018); (Gaínza, 2017)

**Tabla 7.2.** Estratificación territorial

| Condiciones de vida | Territorios |              |                   |
|---------------------|-------------|--------------|-------------------|
|                     | Provincias* | Municipios** | Áreas de salud*** |
| Favorable           | 6           | 5            | 1                 |
| Regular             | 5           | 5            | 5                 |
| Desfavorable        | 5           | 5            | 1                 |
| Total               | 16          | 15           | 7                 |

\*Provincias de Cuba y el Municipio Especial Isla de la Juventud.

\*\* Total de los municipios de La Habana.

\*\*\* Áreas de salud de un municipio de La Habana.

Además, los índices de condiciones de vida han sido utilizados en investigaciones sobre múltiples problemas de salud, por ejemplo, con anclaje provincial se ha aplicado en la identificación del patrón diferencial y brechas de morbilidad y mortalidad según condiciones de vida (Corral y Almenares, 2019); en la cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis (León, *et al*, 2018); en el estudio de la mortalidad por enfermedades no transmisibles según condiciones de vida (Corral, 2018) así como, en el estudio de la mortalidad materna en Cuba y la equidad social (Álvarez *et al*, 2019). Estos índices también se han utilizado con éxito en la estratificación de territorios para el diseño de muestreos complejos en investigaciones de salud.

### Ventajas y desventajas del análisis de situación de salud según las condiciones de vida

En el capítulo 5 se mencionaron algunas de las ventajas y desventajas del ASIS según condiciones de vida, pero es pertinente enfatizar que entre sus ventajas se puede mencionar la estratificación de la población, que permite analizar de forma integral los problemas de salud; la caracterización de un patrón diferencial de salud, la identificación de brechas de salud reducibles y las evidencias de las desigualdades de salud existentes, no identificables en los diferentes modelos de ASIS. Con los resultados de su aplicación, si se considera como la fase inicial de los estudios de equidad en salud, es posible desarrollar el enfoque de DSS y contribuir al desarrollo de sistemas de vigilancia de la situación de salud y condiciones de vida.

Como desventaja, en esta metodología se aplican técnicas menos convencionales, pero más complejas, como la estratificación y las técnicas para identificar brechas de salud, que requieren del apoyo de otros profesionales especializados.

Con los resultados expuestos al utilizar esta metodología, surge una ineludible interrogante: ¿cuáles serían las políticas públicas para modificar los hallazgos en la aplicación del ASIS enfocado a las condiciones de vida, y que deben contribuir a mejorar la calidad de vida de los cubanos? En un taller cuyo tema central era la determinación social de la salud, surgió el debate sobre la dificultad de definir una política pública que contribuya a que se alcance la calidad de vida que se desea. (Ensap, 2017) La conceptualización del término “política pública” es también tema de discusión según sea el objetivo con que se analice (Cuadrado, 2016) y la tendencia se ha inclinado más a desarrollar procesos de reforma de los sistemas de salud, que a diseñar políticas públicas, a pesar del llamado de los organismos internacionales. (OPS/OMS, 2017)

Según el criterio de Panellas, “el proceso de reformas al modelo económico en Cuba ha incidido en todas las dimensiones de la vida del país, incluyendo las dinámicas de las relaciones sociales entre los distintos grupos que la componen”. Concluye el autor al expresar “[...] van solidificándose relaciones sociales cuyos patrones no son los defendidos ni deseados para nosotros en una sociedad socialista. ¿Qué hacer para mantenerla, con prosperidad y sostenibilidad? Reto de todos” (Panellas, 2015). Si se acepta esa opinión, es pertinente la sugerencia emitida en párrafos anteriores, acerca de la continuidad de las investigaciones sobre las condiciones de vida y la calidad de vida y no solamente haberlas concluido con el hallazgo de los espacios favorables o desfavorables.

En un país cuya población envejece como resultado de las beneficiosas políticas públicas de anteriores décadas, las respuestas son lentas ante ese reto. Los estudios, investigaciones y llamados de atención sobre ese fenómeno demográfico, proporcionaron tiempo para preparar una respuesta consecuente (Alfonso, 2006). Según datos recientes de la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población (CEDEM, 2020) aplicada entre noviembre de 2017 y enero de 2018, en una muestra representativa de la población cubana de 50 años y más que abarcó las 15 provincias del país, y el municipio especial Isla de la Juventud, Cuba figura entre los países más envejecidos de América Latina, al punto que en

una década, el 29 % de su población tendrá 60 años y más, lo que supone un desafío para la economía y el sistema social que hasta el momento tiene como una prioridad la atención a grupos vulnerables. (CEDEM, 2020)

Envejecer no es en sí un problema, el problema se origina por la obligación de asegurarle a los ancianos de hoy y a los de mañana, las condiciones de vida con calidad que requieren y merecen, en un país que ocupa uno de los primeros lugares en nuestro continente por su nivel de envejecimiento, situación que se acelera inexorablemente.

Los ciudadanos que tienen cubiertas una buena parte de sus necesidades básicas, con frecuencia acompañada de un “empobrecimiento del espíritu”(Rodríguez, 2011), tal vez ni se percatan de esa carencia de políticas públicas que contribuyen a mejorar su calidad de vida. Ese rasgo humano diferencial representa el componente individual que aporta una cuota de sueños, deseos, aspiraciones y realizaciones que contribuyen a elevar esa condición humana que cimentada en un sistema de valores, y en las condiciones materiales necesarias e insustituibles, permitirá elevar nuestra supervivencia. Todo ese conjunto de visiones es lo que hemos dado en llamar calidad de vida, y resulta entonces indispensable ofrecer una visión actualizada del ASIS enfocado a las condiciones de vida, como un aporte que permita visibilizar si las condiciones desfavorables detectadas en las investigaciones realizadas en décadas pasadas, han contribuido a establecer o mejorar la calidad de vida de las personas residentes en el espacio estudiado. (Martínez, 2018)

Antes de finalizar este capítulo y por su relación con los procedimientos metodológicos del ASIS enfocado a las condiciones de vida, resulta obligado dedicar algunos párrafos a sintetizar criterios sobre la desigualdad en salud, los diferenciales, las brechas de equidad y sus respectivas mediciones, términos que han sido expuestos a lo largo del texto precedente.

## **Desigualdades, diferenciales y brechas de salud**

### **Desigualdades en salud**

Cuando se estudian las condiciones de vida, no puede ignorarse su vínculo con los DSS y la salud de la población, del cual derivan las posibles desigualdades en salud, tal como se expuso en el capítulo 3. En ese sentido, en una investigación realizada en México en el año 2015 se estudiaron municipios con bajo índice de desarrollo humano, con

el objetivo de identificar los determinantes sociales de la mortalidad infantil y se comprobó la confluencia de determinantes intermedios relacionados con condiciones de vida en casi todos los casos fallecidos. (Duarte *et al*, 2015)

Las investigaciones desarrolladas en 2013 sobre el tema de las desigualdades en seis países de América Latina y el Caribe: Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú indicaron que el progreso hacia la cobertura sanitaria universal ha coincidido con mejoras en la equidad en la salud, pero que persisten considerables desigualdades en cuanto al estado de salud y el acceso a la atención de salud. (Almeida y Sarti, 2013)

En otro ejemplo investigativo sobre el tema desigualdades, en un departamento de Colombia en el 2017, se analizó la relación entre la mortalidad por enfermedades crónicas y las condiciones de vida, medidas a través del índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Se encontró que en los municipios con más porcentaje de NBI, la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva era superior a la tasa en los municipios con menor porcentaje de NBI, donde predominaron las defunciones por diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares e infecciones respiratorias agudas. (Montalvo *et al*, 2017)

Las investigaciones sobre desigualdades en Cuba desde la visión de la salud son poco numerosas, bien diferente a lo que sucede en las ciencias sociales, sobre todo desde las primeras décadas del siglo XXI. Son notorios y diversos los estudios nacionales con ese enfoque de las desigualdades en la población cubana, desde valoraciones estrictamente económico-sociales (Espina, 2008) hasta reflexiones certeras acerca de la familia (Vera, 2003), la marginación social (Rodríguez, 2011) y el prejuicio racial, como hecho discriminatorio. (Feraudy, 2015); (Morales, 2012)

En etapas recientes aparecen varios estudios nacionales sobre las desigualdades en salud, por ejemplo, la identificación de desigualdades en la carga global de enfermedad según condiciones de vida (Corral *et al*, 2019); (Escobar, 2017); la identificación de desigualdades sociales y acceso a los servicios de salud en la tuberculosis pulmonar y su contextualización (León *et al*, 2019); (León *et al*, 2018) y las desigualdades sociales en el consumo de medicamentos (García *et al*, 2018).

## Índices de desigualdades en salud

Como sucede con frecuencia en la tendencia positivista de las investigaciones en salud, para medir las desigualdades también se calculan índices y es a partir de la década de los años 80 del siglo xx, que surgieron evidencias científicas, que avalan los aportes teóricos y aplicaciones empíricas sobre las técnicas cuantitativas en el tema de las desigualdades. Diferentes artículos contienen los aportes teóricos que contribuyen a definir los aspectos básicos para el abordaje de las desigualdades y su medición socioeconómica y en salud.

Entre los más destacados se encuentran: Illsley y Le Grand (1986), Mackenbach y Kunst (1997), Wagstaff y otros (1991), Hopper y otros (2010), Schneider y otros (2002), Bacallao (2013), Keppel y otros (2002), Krieger y otros (2005), que transitan desde la utilización de cálculos sencillos a otros más complejos.

En el ámbito nacional es imprescindible la consulta al trabajo de Bacallao Gallestey:

Con el propósito de identificar mejor las desigualdades en salud es recomendable igual que con otros indicadores, que los índices de desigualdad posean algunos atributos indispensables y el más importante es que sea sensible a la desigualdad y capaz de ponerla de manifiesto. Otros atributos deseables son: que reflejen la dimensión social de las desigualdades en salud, utilicen toda la información disponible, sean sensibles a los cambios en el tiempo, sencillos de calcular y fáciles de interpretar. La comparación de la situación de salud entre grupos socioeconómicos puede expresarse tanto en términos absolutos (en unidades de desigualdad) como relativos (en relación con un valor de referencia) y que otra opción metodológica, consiste en el empleo de medidas para evaluar el efecto de la situación socioeconómica sobre las condiciones de salud, o su impacto. La diferencia esencial entre ambas opciones estriba en que las medidas de impacto toman en cuenta el estado real de la situación socioeconómica y ponderan los cambios que pueden esperarse en la condición de salud como resultado de posibles intervenciones; por tal motivo, estas medidas son especialmente importantes en relación con la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas encaminadas al logro de la equidad. (Bacallao, 2013)

Uno de los indicadores de impacto más conocidos en el campo de la salud es el riesgo atribuible poblacional (RAP), relativo y absoluto. Wagstaff y otros, designan este indicador como un índice basado en rangos, centrado en el cálculo de la relación del indicador de salud entre grupos extremos de una jerarquía poblacional ordenada en función de un indicador socioeconómico o en función del mismo indicador de salud. (Wagstaff *et al*, 1991). Otra opinión al respecto, plantea que:

Estos indicadores son de fácil cálculo e interpretación, pero tienen la importante limitación de que pasan por alto la desigualdad o el cambio que ella experimenta en los grupos comprendidos entre los extremos de la distribución. Los índices basados en los modelos de regresión con rangos tienen la propiedad de referir las desigualdades sanitarias a su dimensión social y pertenecen a esta categoría el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y varios índices relativos de desigualdad (IRD), todos derivados de los parámetros de un modelo de regresión que relaciona una variable de salud con la expresión relativa del indicador socioeconómico. (Bacallao, 2013)

## **Diferenciales en salud**

Los diferenciales de salud, se definen como: “diferencias observables a nivel nacional, territorial o local en los niveles de desarrollo socioeconómico, demográfico, geográfico y sanitario, a pesar de la voluntad y la acción política de invertir de manera justa y armónica en salud y desarrollo humano en ese país y que, por tanto, devienen en determinantes del estado de salud de una población dada”. (Álvarez *et al*, 2011)

La identificación de estos diferenciales de salud es muy importante, pues en la mayoría de los estudios de desigualdades o inequidades en salud publicados sobre el tema, se utilizan dimensiones comunes como la oferta, el acceso y la utilización de los servicios, el financiamiento de la salud, la calidad de la atención, la situación de salud y la dimensión de salud y condiciones de vida y se destacan como categorías de análisis: la zona geográfica, la clase social, la renta, el género, el color de la piel, la ocupación/profesión, la escolaridad y la edad.

Sin embargo, sobre esas dimensiones y variables debe enfatizarse “la propensión a analizar y comparar la desigual distribución de indicadores sociales o económicos, tales como la dotación de servicios u otros,

desatendiendo los patrones de distribución de población, que regulan sus efectos sobre las condiciones y la calidad de vida en los municipios o provincias, en dependencia no solo de la cantidad y distribución de la población urbana o rural, como de otros condicionantes de la organización espacial, donde se incluyen también las ecológicas”. (Íñiguez, 2008)

Los indicadores de resultados más utilizados para identificar patrones diferenciales en salud son los de morbilidad, mortalidad y carga de enfermedad y pueden obtenerse de los sistemas de información vigentes.

Estos son muy importantes para medir el nivel de salud y están relacionados con las condiciones de vida de la población, como puede observarse en investigaciones realizadas sobre este tema en Cuba durante la década de los años 90 del siglo XX y primeras dos décadas del siglo XXI: Amaro (1992), Ramos (1995), Villoría (1992), Romero (1995), Ramírez (1997), Astraín y otros (1998), Madrazo (2004), Astraín (2004), Noriega y otros (2004), Pría (2007), Cruz (2013), García (2017), Moure (2017).

Con los principales indicadores disponibles en la actualidad se intentan aproximaciones indirectas de la salud, inclusive a través de su ausencia absoluta, o sea, la muerte. Es conocido que los indicadores de morbilidad reflejan de una manera más fiel la situación de salud de una población, sin embargo, el hecho que no puedan obtenerse con la misma facilidad y sobre todo con la confiabilidad que ofrecen los datos sobre mortalidad, hace que en la mayoría de los países los registros de mortalidad sean desde hace muchos años de carácter obligatorio y por su alta cobertura e integridad, se utilicen con más frecuencia que los datos de morbilidad. (Bécquer, 1992)

Estos datos de morbilidad y mortalidad representan elementos fundamentales para cuantificar los problemas de salud. Dentro de los indicadores más simples se encuentra el número de enfermos, número de defunciones, tasas brutas y tipificadas calculadas a partir de los propios indicadores. Las tasas representan una medida resumen de la morbilidad y mortalidad de la población, que pueden ser utilizadas para determinar y dar seguimiento a las prioridades y metas en salud.

Son abundantes los estudios sobre la relación entre condiciones de vida y la salud que utilizan indicadores de morbilidad y mortalidad, tanto de manera general, como por enfermedades específicas, lo que permite establecer patrones diferenciales del estado de salud según esta condición. Por ejemplo, (Álvarez *et al*, 2011) para estudiar los diferenciales de salud mediante el cálculo de índices sintéticos y de acuerdo con las variables que

mayores diferenciales aportaron según los ejes *ad hoc* que establecieron, proponen incluir un número de variables en cada eje diseñado: demográfico, recursos, determinantes no médicos de la salud, factores de riesgo y daños a la salud. Además, sugieren que debe realizarse un análisis de correlación y de componentes principales entre variables, para eliminar variables fuertemente correlacionadas que generen información redundante. Estas sugerencias y propuestas permiten comprobar la relevancia de estos estudios, con el propósito de estimular el enfoque de los DSS en el sistema de salud.

## **Brechas de salud**

El término “brechas de salud”, en parte toma su significado semántico de vacío, espacio no ocupado o ventanas de oportunidad, que en el campo de la salud se relaciona frecuentemente con los estudios de base económica, como la identificación de la brecha entre la demanda y la oferta de servicios de salud (Frenk, 2018); la distancia que existe entre lo peor y lo mejor (Eslava y Buitrago, 2004) y particularmente con las diferencias o desigualdades entre diferentes grupos como se mostró al utilizar la metodología del ASIS según condiciones de vida, cuando “la diferencia de tasas permitió determinar cuánto podría reducirse el indicador y cuántos casos podrían evitarse por una condición dada en el estrato desfavorable, si este tuviera condiciones de vida favorables”. (Pría, 2006)

La selección de indicadores para medir brechas en salud deberá tener en cuenta el contexto, la utilización de aquellos índices de menor complejidad en su cálculo, y de fácil interpretación para los decisores encargados de trazar estrategias y políticas en salud basadas en sus resultados. Para comprobar las brechas en salud se utilizan indicadores como la mortalidad prematura, la mortalidad excesiva y los índices para medir desigualdades. También se utilizan los índices para medir las desigualdades en salud.

### ***Mortalidad prematura***

El concepto de mortalidad prematura que aquí se ofrece, aparece en dos publicaciones (Astrain, 2004). Los autores de estas publicaciones plantean que la importancia relativa de las causas de muerte se modifica notablemente cuando se analiza de acuerdo con el número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) antes de una edad

determinada, o sea, la mortalidad prematura, que, además, se considera potencialmente evitable o reducible.

El concepto de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) se introdujo por Dempsey en 1947 y Romeder en 1977, desarrolla y perfecciona este indicador (Astrain, 2004). En 1980 se analiza y promueve su uso por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta.

El indicador AVPP es muy útil para analizar las brechas en salud por su capacidad para demostrar el impacto que las condiciones sociales, el acceso a los servicios de salud de calidad y determinadas enfermedades y daños, tienen sobre la posibilidad de muerte temprana. Desde esta perspectiva, la posibilidad de tener una muerte prematura es el resultado de condiciones de desventaja y de desigualdades sociales. (Sen, 2007)

Este indicador AVPP ha sido muy cuestionado en los últimos 30 años, ya que no solo la muerte prematura constituye un aspecto crucial para todos los problemas de salud, pues también deben considerarse otros aspectos como la morbilidad y la discapacidad, para lograr una visión más amplia de los principales problemas de salud, aunque frecuentemente se carece de información de rutina para su estudio (Romeder y Whinnie, 1977). No obstante, la existencia de esos cuestionamientos no impide reconocer que con este indicador se identifican la importancia relativa y el impacto de las causas más relevantes de mortalidad prematura, y su utilidad en la planificación y definición de prioridades en salud. Además, los AVPP tienen la ventaja de su fácil cálculo, pues se requiere solamente de las defunciones por edad y la población total. (OPS/OMS, 2002)

En varios estudios publicados en la pasada década, se manifiesta la influencia de las condiciones de vida en la posibilidad de morir más tempranamente y se analiza la expresión de las desigualdades sociales, en el número de años de vida que una persona puede perder prematuramente, dado que nace y vive en un lugar determinado y se ubica en una posición social específica. (Muntaner *et al*, 2009); (Tobías *et al*, 2009)

En Cuba se ha utilizado el indicador AVPP contra estándar y el indicador ponderado, que tienen la ventaja de corregir como tiempo máximo para vivir, un valor fijado de forma arbitraria. El primero, utiliza en su lugar la mayor esperanza de vida alcanzada por la población, mientras que en el ponderado se incluye el “valor social del tiempo vivido”. (Astráin, 2004)

## *Mortalidad excesiva*

El concepto de mortalidad excesiva se define empíricamente, es decir, se considera evitable la mortalidad si ha mostrado una reducción sostenida a través del tiempo. Se le denomina brecha de mortalidad o brecha reducible de mortalidad, a la diferencia entre la mortalidad en el territorio bajo estudio y la que se observa en un territorio más desarrollado. Este indicador es muy importante para realizar comparaciones y medir las diferencias existentes entre un momento dado y otro considerado como favorable, o entre un territorio dado y otro considerado como óptimo. Para calcularlo se utiliza la tipificación indirecta. (Astraín, 2004)

Para estimar la mortalidad excesiva y la mortalidad prematura, los dos indicadores utilizados son: la razón estandarizada de mortalidad (REM) y la razón de años de vida potencialmente perdidos (RAVPP) respectivamente, aunque también es aplicable para determinar la morbilidad y carga de enfermedad excesiva (Pría, 2006). Estos indicadores son útiles para realizar comparaciones entre diferentes territorios a lo largo del tiempo, lo que puede ser ventajoso para medir brechas y el impacto de diferentes estrategias para mejorar la salud de la población. Entre sus ventajas se destaca su sensibilidad alta para detectar diferencias en los niveles de mortalidad, además, el cálculo es sencillo y de fácil interpretación. (Plaut y Robert, 1989)

Es obligado aclarar que dadas las limitaciones de los índices de desigualdad descritos en párrafo anteriores, no se utilizan en la estrategia metodológica para la identificación de las brechas en salud y sí se utilizan los indicadores de mortalidad prematura y excesiva que se describieron, en un intento de profundizar y actualizar en tan importante tema.

## **Consideraciones finales**

Es notoria la heterogeneidad de la situación de salud de la población en todos los grupos, porque el comportamiento de variables como la mortalidad, la fecundidad, la natalidad, el patrón de morbilidad, los factores de riesgo y la respuesta ante las medidas de control, responden a diferentes condiciones de vida de las personas, familias y comunidades, de ahí que con la metodología del ASIS según condiciones de vida, se brinden los elementos necesarios para ajustar dinámicamente los planes y buscar soluciones.

En momentos de renovación del ASIS, el contenido del capítulo ofrece una posibilidad de enfocar la situación de salud de la población cubana con una metodología surgida en los años 90 del siglo xx, poco utilizada en los servicios, pero desarrollada y utilizada en investigaciones de salud y en la formación de posgrado de especialidades de salud pública. El pretexto asumido para su aplicación reducida o casi nula en los servicios de salud es el nivel de complejidad de las técnicas utilizadas, que como se ha descrito en el texto no es tal, pues se basan en la información proveniente de los sistemas de información estadísticos vigentes y no solamente del sector de la salud. Es apropiada su utilidad para entender las consecuencias de la estratificación social surgida en el país en las últimas décadas, así como, para contribuir a la disminución o eliminación de las desigualdades en salud que le son inherentes.

Al mismo tiempo, esta metodología también se reconoce como un proceso aproximativo para enfocar la situación de salud desde los DSS, para lo cual se han expuesto sus aspectos teórico-metodológicos básicos y las principales técnicas, con ejemplos de su aplicación durante tres décadas, incluidas sus ventajas y desventajas. Como en el resto de los capítulos, se sugiere al lector ampliar conocimientos sobre la metodología para contribuir a su perfeccionamiento, mediante intercambios con los profesionales expertos que deberán utilizarla.

## Referencias bibliográficas

- Alfonso, J.C. (2006). Envejecimiento y sociedad: el caso cubano. (2006): Ponencia en Foro Internacional sobre el nexo entre Ciencia Social y Política. Universidad de Córdoba. Argentina. En: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/multimedia2009/an6.pdf>
- Almeida, G. y Sarti, F.M. (2013): Measuring income evolution income-related inequalities in health and health care utilization in selected in Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Pública*; 33(2);83-9.
- Álvarez M.E., Bayarre, H.D., Pría, M.C. (2019): Mortalidad materna en Cuba y la equidad social. En: Hidalgo López-Chávez, V., Perojo Páez, V. M (Compil). Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual. Escuela Nacional de Salud Pública, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Cuba), 2019.Publicaciones Acuario, La Habana.
- Álvarez, A.G., Alegret, M., Luis, I., Leyva, Á., Rodríguez, A., Bonet, M. *et al.* (2011): Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008. *Rev Cubana Hig Epidemiol*;49(2);202-17. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es)

- Álvarez, A.G., García, A., Rodríguez, A., Bonet, M. (2007): Voluntad política y acción intersectorial; Premisas claves para la determinación social de la salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*;45(3). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es)
- Amaro, I. (1992): La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Santiago de Cuba. 1989-1991. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Astraín, M.E. (2004): Indicador Mortalidad. En: Martínez Calvo, S, editor. Análisis de la Situación de Salud. Ciudad Habana, Editorial Ciencias Médicas. p. 26-47.
- Astraín, M.E., Pría, M.C., Ramos, N. (1998): La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. *Rev Cubana Salud Pública*;24(1):23-31. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661998000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100004&lng=es)
- Bacallao, J. (2013): Ensayo clínico acerca de la medición de las desigualdades sociales en salud [tesis posdoctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. En: [http://tesis.repo.sld.cu/797/1/Jorge\\_Bacallao\\_Ensayo\\_crítico\\_sobre\\_medición\\_de\\_desigualdades.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/797/1/Jorge_Bacallao_Ensayo_crítico_sobre_medición_de_desigualdades.pdf)
- Banco Mundial (2004): Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004. Washington, D. C.
- Barcellos, C. (2003): Unidades y escalas en los análisis espaciales en salud. *Rev Cubana Salud Pública*;29(4). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400003&lng=es)
- Becker, R. (1992): Análisis de la mortalidad. Lineamientos básicos. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Washington, D. C.
- Bergonzoli, G.P. y Victoria, D. (1994): Rectoría y Vigilancia en Salud. Costa Rica, OPS.
- Breilh, J., Granda, E. (1990): El deterioro de la vida. Quito, CEAS.
- Castellanos, P.L. (1992a): Proyecto de un Sistema de Vigilancia en Salud según condiciones de vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Washington, D. C., OPS.
- Castellanos, P.L. (1992b): Perfiles de Salud y Condiciones de Vida: una propuesta operativa para el estudio de inequidades de Salud en América Latina. Granada, I Congreso Iberoamericano de Epidemiología.
- Castellanos, P.L. (1997): Los Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: Los determinantes sociales. En: Martínez Navarro, F (Ed.). Salud Pública. Madrid, Editora Interamericana. p. 81-102
- CEDEM (2020): Centro de Estudios Demográficos. Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población. La Habana, CEDEM. En: <https://www.ips cuba.net/sociedad/que-dicen-los-ultimos-datos-de-envejecimiento-en-cuba/>
- Corral, A., Pría, M.C. (2017): Estratificación de territorios según condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 36(3). En: <http://www.rev mgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/385>
- Corral, A., Pría, M.C., Seuc, A.H. (2019): Desigualdades en la carga global de enfermedad según condiciones de vida. Cuba, 2013-2015. *Horizonte Sanit*;18(3). En: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/3194>

- Corral, A., Pría, M.C. (2018): Mortalidad por enfermedades no transmisibles según condiciones de vida. Cuba 2013–2015. *Rev Cubana Med Genl Integr*;34(4) En: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/650>
- Corral, A., Almenares, K. (2019): Patrón diferencial y brechas de morbilidad y mortalidad según condiciones de vida. Cuba 2013-2015. En: Hidalgo López-Chávez, V., Perojo Páez V.M. (Compil.). 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.
- Corral, A. (2018): Estrategia metodológica para la identificación de brechas en salud según condiciones de vida. Cuba, 2013-2015. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Cuadrado, C. Políticas públicas de salud en Chile: buscando la confianza perdida. (2016): *Medwave*; 16 (8) En: [https://www.researchgate.net/publication/307929324\\_Politicas\\_publicas\\_de\\_salud\\_en\\_Chile\\_buscando\\_la\\_confianza\\_perdida?sa=X&ved=2ahUKEwj9ipSL7YjnAhUI11kKHfzWDHQQFjAAegQIChAB](https://www.researchgate.net/publication/307929324_Politicas_publicas_de_salud_en_Chile_buscando_la_confianza_perdida?sa=X&ved=2ahUKEwj9ipSL7YjnAhUI11kKHfzWDHQQFjAAegQIChAB)
- Cummins, R.A. (2004): Moving from the quality of life concept to a theory. *J IntellectDisabilit Res*; 49 (10) 699-706. En: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.2005.49.issue-10/issuetoc](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jir.2005.49.issue-10/issuetoc)
- Cruz, R. (2013): La Mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Cuba 2009-201.[Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Curtin, L.R., Klein, R.J. (2000): Direct standardization (age-adjusted death rates). *HealthyPeopleStatistic*. Notes No. 6.
- Duarte, M.B., Núñez, R.M., Restrepo J.A., López, L.R. (2015): Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Bol Med Hosp Infan. Mex*;72(3):181-9. En:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S166511462015000300181&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462015000300181&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.004>
- Escobar, D. (2017): Desigualdades de la carga global de enfermedad según condiciones de vida. La Habana. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública,-Taller Internacional Determinación Social de la Salud en las Políticas Públicas, La Habana.
- Eslava, J.H., Buitrago, G. (2004): Dos indicadores para medir la brecha en salud y economía de los países. *Rev Salud Pública*;6(2):183-198. En:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642004000200005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642004000200005&lng=en&tlng=es)
- Espelt, A. (2016): La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*;30 (Supl 1):38–44.
- Espina, M. (2008): Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. *Rev Nueva Sociedad*;16:1-17. En: [nuso.org/media/articles/downloads/3539\\_1.pdf](http://nuso.org/media/articles/downloads/3539_1.pdf)
- Feraudy H. ¿Racismo en Cuba? (2015): La Habana, Editorial Ciencias Sociales.
- Fernández, J., Fernández, M, Alarcos, C. (2010): Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Publica*;169-184.

- Fleiss, J.L. (1981): Statistical methods for rates and proportions. New York, John Wiley & Sons.
- Frenk, J., Knaul, F.M., Gómez, O., Arreola, H. (2018): La brecha de la salud. *Rev Nexos* (solo digital). En: <https://www.nexos.com.mx/?p=3597>
- Gaínza, G.L. (2017): Diseño de un índice de condiciones de vida a nivel municipal y local. Cuba, 2015 [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- García, A.J., López, L., Pría, M.C., León, P. (2018): Consumo de medicamentos y condiciones de vida en un municipio de La Habana. *Rev Cubana Salud Publica*; 44(1). En: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1186>
- García A.J., Pría, M.C., Martín X. (2019): Condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en el consumo de medicamentos. En: Hidalgo López-Chávez, V., Perojo Pérez, V.M. (Compil.). 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.
- García, M. (2017): Morbilidad y mortalidad por causas seleccionadas según condiciones de vida. Cienfuegos, 2015. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Happer, S., King, N.B., Meersman, S.C., Reichman, M.E., Breen, N., Lynch, J. (2010): Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Quant*;88(1):4-29.
- Illsley, R., Le Grand, J. (1986): The measurement of inequality in health. In: Willians A, (editor). Health and Economics. London, Macmillan Press. pp.12-36.
- Íñiguez, L. (2008): Territorio y contextos en la salud de la población. *Rev Cubana Salud Pública*;34(1). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100006&lng=es)
- Keppel, K.G., Pearcy, J.N., Wagener, D.K. (2002): Trends in racial and ethnic-specific rates for the health status indicators: United States, 1990-98. Hyattsville, M.D., National Center for Health Statistics.
- Krieger, N., Chen, J.T., Waterman, P.D., Rehkopf, D.H., Subramanian, S.V. (2005): Painting a true picture of us socio economic and racial/ethnic health inequalities: the public health disparities geo coding project. *Am J Public Health*; 95(2):312-23.
- León, P., Perdomo, S., Pría, M.C. (2019): Desigualdades sociales en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. La Habana, 2012-2015. En: Hidalgo López-Chávez, V., Perojo Pérez, V.M. (compiladoras). 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.
- León, P., Pría, M.C., Perdomo, I. (2018): Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. *Rev Cubana Salud Publica*;44(4) En: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/980/1185>
- Mackenbach, J.P., Kurst, A.E. (1997): Measuring the magnitud of Socio-Economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two example from Europe. *Soc Sci Med*; 44:757-71.

- Madrazo, Y. (2004): La Mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Cuba. 2000-2002 [tesis]. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública
- Martínez, S. (2018). El desafío de lograr calidad de vida. Inédito. La Habana, Arch. personal.
- Montalvo, C.A., Carmona, C.A., Cardona, D. (2017): Desigualdades en mortalidad relacionadas con características socioeconómicas en el departamento del Huila, Colombia 2009-2013. *Rev Fac Nac Salud Pública*; 35(3).
- Morales, E. (2012). La problemática racial en Cuba. Algunos de sus desafíos. La Habana, Editorial José Martí.
- Moure, S. (2017): Mortalidad por causas seleccionadas según condiciones de vida. Municipio Matanzas, 2014. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Muntaner, A., Borrell C., Sola, J., Mari-Dell'olmo, M., Chung, H., Rodriguez-Sanz, M. *et al.* (2009): Capitalists, managers, professionals and mortality: Findings from the Barcelona Social Class and All-Cause Mortality Longitudinal Study. *Scand J Public Health*; 37(8):826-38.
- Noriega. V.M., Astraín, M.E. (2004): Mortalidad evitable según condiciones de vida en adultos del municipio la Lisa, 1996-1998. *Rev Cubana Salud Pública*; 30(4). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400005&lng=es)
- Organización Mundial de la Salud. (2017): Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas. Gobierno de Australia Meridional, Adelaida, OMS/WHO.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1999): Análisis de salud: riesgos de morir y desigualdades en el ingreso. *Bol Epidemiol*; 20(4).
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2002): La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas. *Bol Epidemiol*; 23(3):9-12.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2017): Agenda de Salud Sostenible para Las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas. E.E. UU., Washington, D.C.
- Pañellas, D. (2015): El otro polo de la desigualdad en Cuba: nuevos ricos, gerentes y famosos. *Rev Temas*; 84: 45-53.
- Plaut, R., Robert, E. (1989): Preventable mortality: ¿indicator or target? *World Health Stat*; 42(1):4-15.
- Pradilla, E. (1984): Contribución a la crítica de la teoría urbana. Del espacio a la crisis urbana. México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp 595-617.
- Pría, M.C. (2006): Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 22(4). En: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_4\\_06/mgi04406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi04406.htm)

- Pría, M.C. (2007): Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal. Cuba, 1998-2000. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ramírez, E. (1997): La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Granma. 1994-1996. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Ramos, N. (1995): La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Camagüey. 1989-1991. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Rodríguez, P. (2011). Los marginales de las Alturas del Mirador. La Habana, Fundación Fernando Ortiz.
- Romeder, J., Mc Whinnie. J. (1997): AVPP entre las edades de 1-70 años: Un indicador de la mortalidad prematura para la planificación de salud. *J Epidemiol*;6(2):143- 51.
- Romero, L. (1995): La Salud como expresión de las diferencias en las Condiciones de Vida. Municipio La Lisa. 1991-93. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Rué, M., Borrell, C. (1993): Los métodos de estandarización de tasas. *Rev Salud Pública*;3: 263-95.
- Samaja, J. (1994): La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida. Informe técnico. Washington, D. C., OPS, p 23-26.
- Schneider. M.C., Castillo, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica O., Roca, A. (2002): Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Pública*;12(6):398-415.
- Sen, A. (2007): La mortalidad como un indicador. En: Sen A, Kliksberg B, (Eds.), Barcelona, Ediciones Deusto.
- Silva, J. (1997): Abordagens teórico-conceituais em estudos de condicoes de vida e saúde: notas para reflexao e acao. En: Barradas, R. (Org.). Condicoes de vida e situacao de saúde. Río de Janeiro. ABRASCO.
- Tobias, M., Blakely, T., Matheson, D., Rasanathan, K., Atkinson, J. (2009): Changing trends in indigenous inequalities in mortality: lessons from New Zealand. *Int J Epidemiol*; 38(6):1711-22.
- Valcárcel, B. (1992): Análisis multivariante: aplicación al ámbito sanitario. Madrid, Díaz de Santos, pp 159-171.
- Vera, A. (Compil.) (2003): La familia y las Ciencias Sociales. La Habana, Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana "Juan Marinello".
- Villoría, M.J. (1992): La Salud como expresión de las diferencias en las Condiciones de Vida. Estudio de Asentamientos Urbanos. Marianao, 1990-1991. [Tesis]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Wagstaff, A., Paci, P., van Doorslaer E. (1991): On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*; 33 (5):545-57.
- World Health Organization. (1993): WHOQOL: study protocol. MNH/PSF/93.9. WHO, Geneva, WHO. En: <https://www.ncbi>
- World Health Organization. (1995): The WHO Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the WHO. *Soc Sci Med*;41(10):1403-9. En: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K.nlm.nih.gov](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K.nlm.nih.gov) › pmc › articles › PMC3395923

## CAPÍTULO 8

---

# Modelo del análisis de situación de salud enfocado a los determinantes sociales de la salud

*Adolfo Gerardo Álvarez Pérez, Mayra García Carmenate  
y Dianellys Pérez Jiménez*

### Introducción

En varios capítulos del libro se han mencionado los determinantes sociales de la salud (DSS), y se dedicaron dos capítulos a su fundamentación teórica y al modelo que ahora se describe con amplitud. Este modelo para el análisis de la situación de salud (ASIS) enfocado a los DSS, ha sido incorporado recientemente al Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (PMEF), en el proceso de actualización de la especialidad de medicina general integral y como parte de la renovación de la atención primaria de salud (APS).

El modelo responde a una indicación de las autoridades nacionales de salud, para renovar la práctica del ASIS con un enfoque de DSS, surgida cuando se evaluó el cuadro de salud del país en el año 2015 y que tiene como ejes, la participación intersectorial y comunitaria (Morales, 2015); (Portal, 2015). Posteriormente, con el establecimiento de los objetivos de trabajo a alcanzar por el Minsap durante el año 2016, se adoptó un criterio de medida que establece el propósito de fortalecer la capacidad de analizar la situación de salud a todos los niveles a partir de la introducción del enfoque de los DSS y equidad en salud; prioridad que se ha

mantenido hasta la formulación de los objetivos correspondientes al año 2019 y que refuerzan el proceso de renovación del ASIS. (Minsap, 2019)

## Antecedentes

Es importante reiterar que en mayo de 2012 y a solicitud de la entonces Directora General de la OMS, en la 65 Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se presentó y aprobó la resolución WHA65.8, como resultado de la Conferencia Mundial de los Determinantes Sociales de la Salud, en la cual se exhortaba a la OMS a informar a las 66 y 68 Asambleas Mundiales de la Salud, a través del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos de su aplicación y de la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009, 2011 y 2011a). Los resultados alcanzados en Cuba en materia de salud y bienestar de la población, propiciaron su posición privilegiada como ejemplo de buena gobernanza en pos de la salud y la equidad. Además, estos resultados muestran lo que el Estado puede lograr con el concurso de la población y de todos los sectores de la sociedad. (Pagglia, 2012)

No obstante, esos resultados pueden ofrecer una percepción errónea sino se reconoce el impacto que originan las desigualdades sociales en los niveles de salud de la población, situación que ha conducido históricamente a la adopción de formas diversas y esquivas para establecer los posibles nexos existentes entre la equidad, las desigualdades y los DSS con los resultados de salud limitados y dispersas aproximaciones carentes de integralidad, lo cual provoca cierta “resistencia” a develar la presencia “desigualdades”.

Los antecedentes acerca del estudio de los DSS en Cuba, derivan del sustrato teórico-metodológico del trabajo de diversos grupos en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), que desde la década de los años 90 del siglo xx, iniciaron estudios sobre el tema para explicar el efecto en la salud de las modificaciones sustantivas que se habían producido en las condiciones de vida de la población cubana, y la disminución de la homogeneidad socioestructural precedente. (Álvarez, 2007); (Álvarez *et al*, 2011); (Pagglia, 2012); (Álvarez, 2016)

Una de estas propuestas fue el proyecto diseñado para desarrollar un sistema nacional de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida (Rojas, 1994). Posteriormente, se revitaliza el tema con las propuestas de un índice para medir inequidades en salud (López, 1995) y un sistema de monitoreo de la equidad en salud en

Cuba (Ramírez y López, 2005); en fecha reciente surgen valoraciones en el contexto de la tercera etapa de las transformaciones necesarias del Sistema Nacional de la Salud (SNS). (Álvarez, 2016)

El debate académico y político sobre la relación desigualdades sociales y salud a nivel de país, exige que:

[...] se deben desarrollar estudios más profundos y detectar lo que subyace en las investigaciones acerca del estado de salud de la población, teniendo en cuenta inequidades relacionadas con la edad, el color de la piel, las condiciones y estilos de vida, el acceso y la infraestructura de los servicios de salud y la calidad de la atención. Al utilizar estas y otras variables adecuadas al objeto de investigación surgirán las diferencias que todos saben que existen. (Martínez, 2004)

Como una respuesta a ese reclamo, desde la Dirección Nacional de Epidemiología del Minsap, se propuso al mencionado grupo de DSS del INHEM generalizar la propuesta de un nuevo modelo de ASIS para estudiar los DSS, que han desarrollado tras casi dos décadas de trabajo en diversos proyectos científicos, con participación del Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica y de la Universidad de *British Columbia* en Vancouver, Canadá.

## Propósitos

El diseño de este modelo del ASIS enfocado a los DSS, permite describir el proceso de producción y reproducción social del continuo salud enfermedad “como un todo” y no como la “suma de factores” que determinan la preservación de la salud o la aparición de la enfermedad. El modelo privilegia la identificación de condiciones y comportamientos que devienen en factores de protección o riesgo a la salud, como resultado de la vulnerabilidad y la exposición diferencial de individuos y poblaciones a esas condiciones y comportamientos.

Con el modelo se rebasan las metodologías anteriores para desarrollar el ASIS, que estaban sustentadas en los paradigmas del enfoque de riesgo o de los campos de salud de Lalonde, y se complementa la metodología del ASIS según las condiciones de vida, al explicar “las causas de las causas” que originan que en unas poblaciones enfermen y otras no. Este análisis nos permite tomar decisiones efectivas para solucionar los

problemas surgidos en esos asentamientos poblacionales y, posteriormente, dar seguimiento a los cambios que se produzcan.

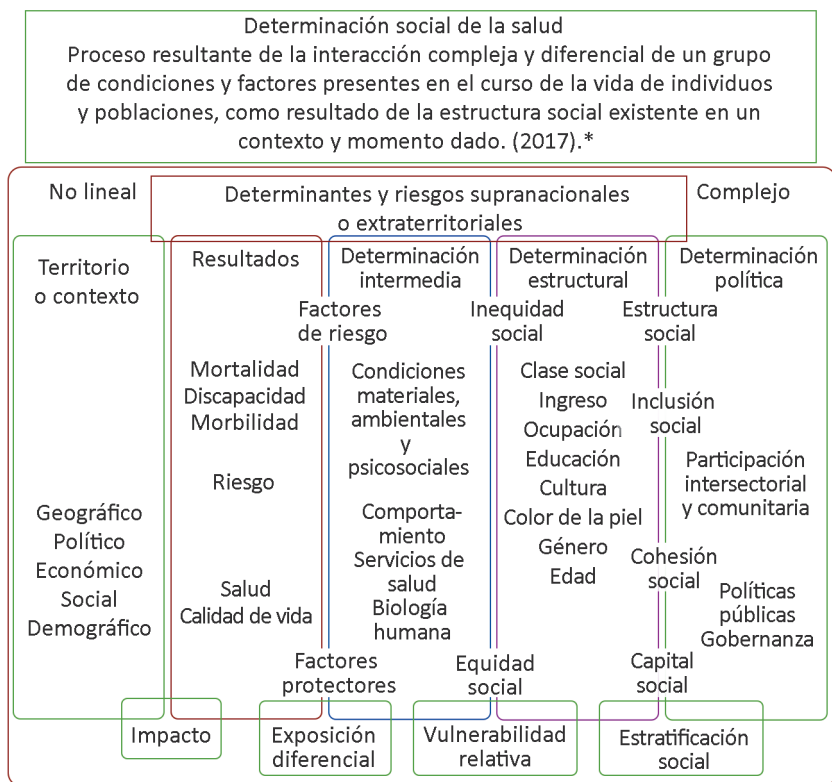
## Base conceptual

El diseño del modelo se sustenta en los principios, conceptos y supuestos metodológicos propuestos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, complementados con los aportes provenientes de los núcleos latinoamericanos de medicina social y la propuesta del grupo de estudio del INHEM, quienes definen los DSS como: “procesos resultantes de la interacción compleja y diferencial de un grupo de condiciones y factores presentes en el curso de la vida de individuos y poblaciones, como resultado de la estructura social existente en un contexto y momento dado”. (Álvarez, 2007)

Con el ASIS enfocado a los DSS se renuevan los tradicionales mecanismos de medición y vigilancia de la situación de salud, al devenir en un proceso de determinación complejo que no debe continuar su desarrollo desde la perspectiva de riesgo o desde el enfoque de la causalidad lineal, que no por identificar la posible asociación entre un factor socioeconómico y un efecto en salud, significa que se utilice el enfoque de la determinación social de la salud. En ese sentido, son apropiados los criterios expuestos en un interesante artículo, pues al decir de su autora:

Mientras que la noción de determinantes de la salud asume la determinación como característica o como causa efecto y su enfoque epistemológico reproduce el enfoque analista y fraccionado de la modernidad; el enfoque de la determinación social conjuga lo macro con lo micro, lo distal con lo proximal, lo estructural con lo intermedio y centra su enfoque en la determinación como devenir del proceso social, en la que interactúan en red múltiples agentes biológicos, naturales y sociales; todos, socialmente determinados, aproximándonos a su comprensión desde el pensamiento y las teorías de la complejidad. (Ramis, 2012)

La lógica del modelo ASIS enfocado a los DSS (Fig. 8.1) descansa en el criterio de que en cualquier contexto (nivel del SNS) donde se aplique, existen características geográficas, políticas, económicas, sociales y demográficas, que determinan y a su vez están determinadas por las políticas y su naturaleza más o menos excluyente, por sus estrategias participativas o no y por su finalidad.



Fuente: modelo de la OMS.

**Fig. 8.1.** Lógica del modelo ASIS enfocado a los DSS.

Como se consignó al describir los diferentes modelos de ASIS en el capítulo 5, este modelo enfocado a los DSS y ajustado del modelo propuesto por la CDSS, permite develar las condiciones en que se produce la salud de la población cubana, mediante el análisis de un grupo de variables que configuran el cuadro de salud de un espacio dado. (Álvarez, 2018). Estas variables son:

- La determinación supranacional. Es el conjunto de factores, condiciones o eventos que actúan sobre la situación de salud de la población, desde fuera del contexto o territorio de análisis. En el caso cubano incluye a los factores relacionados con la interconexión de la economía mundial, el crecimiento del comercio, las políticas extraterritoriales y las amenazas emergentes a la salud.

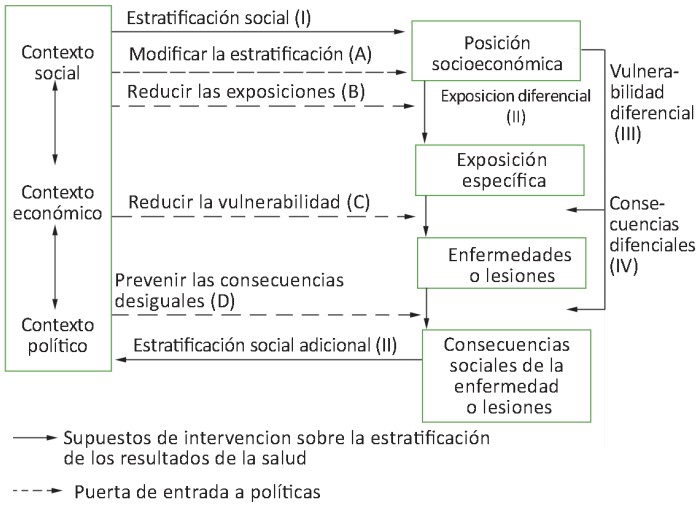
\* Álvarez et al (modificado de OMS).

- Las premisas de la determinación social de la salud. Son las condiciones políticas que determinan la salud como la buena gobernanza en salud (voluntad política, intersectorialidad y participación social). Estas premisas particulares o subsidiarias, influyen directamente sobre los restantes componentes del modelo, determinando directa o indirectamente los diferenciales en salud.
- La determinación estructural. Es el conjunto de condiciones y factores protectores y de riesgo que constituyen el contexto político, económico, social y demográfico del país. Los estratificadores sociales, determinan las iniquidades en salud y por ende, el accionar de los determinantes intermedios y del daño en salud.
- La determinación intermedia. Constituyen las circunstancias materiales en que se desarrolla la vida, el estudio y el trabajo de la población, así como sus conductas y hábitos de salud, los factores biológicos y los servicios de salud, convertidos en riesgos para la salud. Son los mismos tradicionales elementos del campo de salud, que permiten analizar los factores causales de los problemas de salud según sus condiciones específicas.
- Las desigualdades sociales. Son el efecto diferencial en el comportamiento de las condiciones y factores estructurales e intermedios que determinan el daño en salud, a pesar de la voluntad y la acción política para que no surjan. Esta dimensión se analiza a partir de los llamados estratificadores sociales o ejes de desigualdad social en salud, entre otros, la clase social, el género, el grupo de edad, el color de la piel, el lugar de residencia y la etnia.
- Los diferenciales en salud. Representan las brechas o diferencias observables en el comportamiento de las variables de daño en salud, resultantes del efecto disímil de los DSS, con independencia de las acciones gubernamentales para que aparezcan. Su estudio permite indagar cómo se disminuyen las consecuencias de los problemas de salud.
- El daño en salud. Es el resultado e impacto del proceso de determinación social de la salud, que se expresa mediante los indicadores de riesgo y de morbilidad, mortalidad y discapacidad en salud, componente que ofrece los insumos iniciales para la posterior identificación de los diferenciales en el cuadro de salud.

Desde esta perspectiva contextual y mediante las políticas, se configuran las características del proceso de estratificación social y su

influencia en la determinación social de la salud (Fig. 8.2), pues se define la posición social que individuos y poblaciones ocupan en el tejido y en el dibujo social analizado, que los exponen a una mayor o menor vulnerabilidad diferencial, la cual determina la naturaleza de las condiciones y comportamientos de esas personas y que en última instancia influyen en la exposición específica de esos grupos a factores de riesgo y protección.

Esta exposición más o menos específica para determinadas condiciones y comportamientos en el curso de la vida de individuos y poblaciones, es la responsable de la aparición de los factores de riesgo o de protección para la salud y determinan la aparición de sus efectos en términos de salud-enfermedad (salud, bienestar, enfermedad, discapacidad y muerte), desde la explicación de las causas hasta las consecuencias en la salud. Por supuesto, el cuestionado tema de los factores de riesgo, se comentó en el capítulo 5, aunque el argumento para su utilización en este modelo ha quedado debidamente esclarecido. También aparecen los efectos socioeconómicos, que de seguro se expresan en el contexto a modo de futuros procesos de estratificación social.

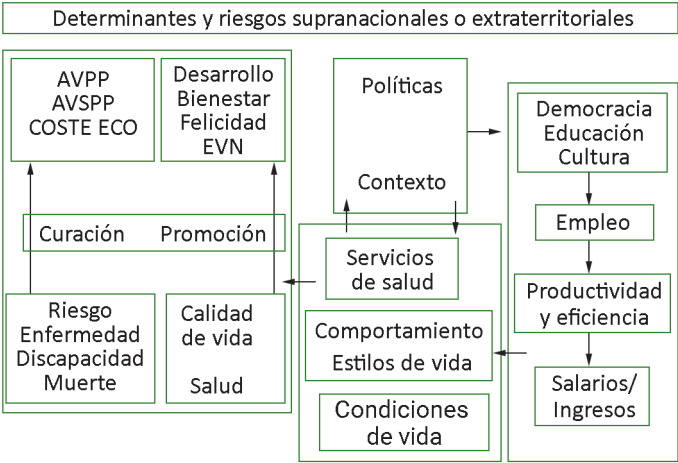


Fuente: modelo de Diderichsen y otros.

**Fig. 8.2.** Lógica de la determinación social de la salud.

El proceso del ASIS enfocado a los DSS se explica conceptualmente en un gráfico adicional (Fig. 8.3), que resume los enfoques conceptuales de Abraham Hortwitz y Amartya Sen, como elementos que configuran el proceso de producción social de la salud.

En resumen, se reitera que la base conceptual del modelo descansa -sea cual fuese el contexto o nivel organizativo del sistema de salud- en la presencia de las características geográficas, políticas, económicas, sociales y demográficas que le son propias y que a su vez determinan o están determinadas por la naturaleza de las políticas, su concepción participativa equitativa.



Fuente: modelos de Hortwitz y Sen.

**Fig. 8.3.** Ciclo socioeconómico del proceso salud-enfermedad según DSS.

De la operacionalización del concepto de los DSS expresado en párrafos anteriores y aplicable en todos los niveles del SNS, los procedimientos metodológicos permiten la identificación de comportamientos diferenciales en salud como parte del proceso de renovación del ASIS. (Álvarez *et al*, 2011); (Martínez, 2013)

En esa operacionalización del concepto de la determinación social de la salud, se distinguen tres posibles valores de uso o aplicaciones de este enfoque del ASIS; cada una podría explicar a través de un modelo propio en cada contexto, cómo se determina socialmente la salud de individuos y poblaciones.

## **Bases para la aplicación del modelo para análisis de situación de salud enfocado a los determinantes sociales de la salud**

Desde una perspectiva metodológica, los estudios de ASIS enfocados a los DSS se clasifican como estudios descriptivos de corte transversal, cuya unidad de análisis es la población perteneciente a un espacio concreto (consultorio, área, o municipio) y en un lapso generalmente anual. Para su desarrollo se emplean técnicas cuantitativas y cualitativas, diseño mixto y se organiza en dos etapas, de acuerdo con la consecución de cada uno de los objetivos trazados.

Se definen por lo menos tres posibilidades de aplicación del modelo ASIS enfocada hacia los DSS:

- El primer valor de uso del modelo ASIS enfocado a los DSS, se define como “teórico-conceptual” y se representa usualmente con un mapa conceptual de base para construir el modelo, que explica las condiciones en que se produce socialmente la salud desde una perspectiva analítico-sintética que integra los procesos, condiciones y factores de ese proceso de producción social de la salud en un contexto dado.
- El segundo valor de uso o aplicación del modelo se considera como “analítico”, pues desde la perspectiva teórica, se propone una guía para el ASIS –ajustada para cualquier nivel organizativo– y que se deriva de la operacionalización de las variables relacionadas con los conceptos de ASIS y DSS. Con esta guía que permite describir, analizar y actuar sobre la situación de salud y sus determinantes sociales, se pretende superar los enfoques tradicionalmente utilizados y centrados en las variables de riesgo y campos de salud, descritos en los capítulos 5 y 6. En esta propuesta, se describe y analiza la situación de salud-enfermedad y su determinación social viendo “como un todo a este proceso”.
- El tercer valor de uso o aplicación del modelo, se orienta al campo “investigativo”, mediante el aporte de insumos para estudiar los principales problemas de salud identificados en el ASIS en cualquier espacio. En este caso, se operacionalizan las variables que vinculan el problema de salud identificado y los DSS, mediante un modelo que explica las condiciones y factores que podrían determinar la existencia de ese problema de salud en un contexto dado, a partir de las evidencias generadas. De esta forma, se describe y analiza el problema de salud y su determinación social viendo “como un todo a este proceso”.

La ejecución del modelo es un real proceso integrador de descripción y análisis y cuya operacionalización debe traducir los conceptos en niveles, premisas, dimensiones y categorías, que se exploran mediante un enfoque mixto que combine técnicas cualitativas y cuantitativas, como se expone en el capítulo 6, con indicadores idóneos de disponibilidad operativa para cada una de las categorías de determinación, que permitan analizar las condiciones en que se desarrolla el proceso integrado de determinación social de la salud.

Además, la información necesaria para ejecutarlo, exige una sólida participación intersectorial para disponer de acceso a la información de registros oficiales y la información documental. Por otro lado, es indispensable la realización de encuestas y entrevistas a informantes claves, herramientas multidimensionales, además de los grupos focales y otras técnicas participativas que, aunque tienen el inconveniente de alargar el tiempo de realización del estudio, son idóneas para obtener información valiosa para el ASIS, tal como se explicó en el capítulo 6.

Como se ha reiterado en varios capítulos del libro, al tratarse del ASIS, es obligada la definición del espacio a estudiar y también para su ejecución desde el enfoque de DSS, resulta imprescindible definir “el contexto o lugar”. En consecuencia, esta categoría epidemiológica permite avanzar en la construcción de mediaciones entre los determinantes estructurales e intermedios del proceso salud-enfermedad y ubicar su expresión concreta en términos de efectos a nivel de poblaciones, territorios y tiempos particulares.

## **Procedimientos y técnicas**

Para describir el proceso de determinación social de la situación de salud de un contexto dado, se seleccionan variables de daño en salud, variables de determinación intermedia y estructural y premisas de la determinación.

Los posibles diferenciales en la situación de salud, una de las principales variables del modelo, se identifican a partir de un grupo de procedimientos y técnicas que permiten perfeccionar los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas y estrategias sanitarias. Los principales procedimientos y técnicas utilizadas son:

- Revisión documental.
- Análisis cuantitativo del comportamiento de los indicadores.

- Técnicas grupales.
- Herramientas multidimensionales: DSS y funciones esenciales de la salud pública (FESP).
- Entrevistas a informantes clave.
- Análisis de campos de fuerza.
- Análisis diferencial por coeficiente de Gini y estratificación territorial.
- Análisis y síntesis de los resultados.

Es necesario describir la herramienta multidimensional utilizada, como uno de los avances en el desarrollo metodológico del modelo, que se elaboró con la asesoría del Instituto de Medicina Tropical de Amberes en Bélgica, sobre una plataforma informática para explorar el proceso de determinación social de la salud en el contexto cubano, en todos los niveles del sistema de salud. La validación de este instrumento se realizó en diversas áreas de salud de las provincias de La Habana y Mayabeque.

Este instrumento surgió de una experiencia desarrollada originalmente por el Sistema de Salud de Escocia, a la que denominaron “Place Standard” y que está muy vinculado a los conceptos de salud urbana y su uso contribuyó a comprender cuáles fueron las “causas de las causas” de los problemas y necesidades de salud de la población, aspecto que resulta clave en cualquier proceso de planificación de los servicios de salud. (Hasler, 2017); (McPherson, 2017)

La aplicación del instrumento, aportó una línea base para estructurar conversaciones sobre el proceso de determinación social de la salud con los actores y sectores de la comunidad, mediante la aplicación de un cuestionario de 25 preguntas a través de las cuales se estudian los factores presentes en una manzana, circunscripción, consejo popular, municipio o provincia, que deben ser considerados para mejorar la salud de la población.

Al responder las preguntas, el entrevistado debe pensar en los elementos que configuran el ambiente físico y social del lugar en que transcurre su vida (las características del barrio y de la casa donde vive, el acceso y calidad de los servicios básicos que recibe como vivienda, agua, saneamiento, transporte, responsabilidad compartida, inclusión social, comportamiento, participación y otros).

El cuestionario dirigido a explorar las condiciones y factores que determinan socialmente la salud, puede aplicarse en una entrevista o directamente en un tablet o PC a modo de aplicación informática, que

ha sido diseñada en una plataforma desde Access, expresamente para introducir e interpretar los resultados del mismo. Las dimensiones que son evaluadas a través de la herramienta son:

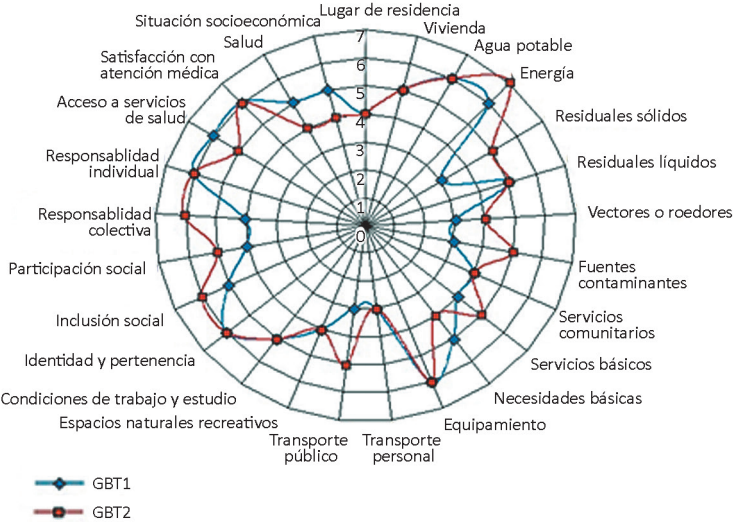
- Lugar de residencia.
- Vivienda.
- Agua potable.
- Energía.
- Residuales sólidos.
- Residuales líquidos.
- Vectores/Roedores.
- Fuentes contaminantes.
- Servicios comunitarios.
- Servicios básicos.
- Necesidades básicas.
- Equipamiento.
- Transporte personal.
- Transporte público.
- Espacios naturales y recreativos.
- Condiciones de trabajo y estudio.
- Identidad y pertenencia.
- Inclusión social.
- Participación social.
- Responsabilidad por la salud.
- Responsabilidad individual por la salud.
- Acceso a los servicios de salud.
- Satisfacción con los servicios de salud.
- Percepción de salud.
- Percepción de situación socioeconómica.

Mediante el empleo de este cuestionario, es posible identificar oportunamente los factores que pudieran estar determinando socialmente la salud de la población en un territorio dado, pues considera la percepción que poseen los representantes de la comunidad y de los distintos sectores del nivel local sobre su salud y los factores que la determinan socialmente.

El instrumento permite identificar de forma visual, rápida y clara la expresión diferencial de los indicadores de salud, para establecer prioridades de acción con el aporte de insumos para la toma de decisiones y el seguimiento del progreso alentando la participación social en la solución

de los problemas de salud y el refuerzo de aquellas condiciones y comportamientos que protegen, refuerzan y promueven la salud. Un ejemplo de la aplicación de esta herramienta multidimensional, se muestra en la figura 8.4.

Como se observa en la figura 8.4, esos diferenciales se muestran mediante la comparación de unidades temporales o espaciales, o al comparar los resultados actuales con mediciones realizadas anteriormente, o comparando los resultados entre espacios geográficos del área seleccionada, bien sea circunscripción, consejo popular, consultorio, GBT o incluso área, municipio, provincia según el alcance del estudio y el interés del investigador.



Fuente: ASIS del área de salud 19 de abril del municipio Plaza de la Revolución. Año 2018.

**Fig. 8.4.** Percepción del proceso de DSS en un área de salud, según la opinión de los integrantes del grupo básico de trabajo.

El diagrama producido es fácil de entender y de explicar. Debe mostrar a golpe de vista, como se produce socialmente la salud en el espacio estudiado, al develar cuales son los factores que podrían estar determinando positiva o negativamente sobre el proceso salud enfermedad, y cuales son aquellos factores que deberían priorizarse para mejorar la salud de la población. (McPherson, 2017)

Los factores que son evaluados con puntuaciones altas, revelan que funcionan como un factor protector a la salud y el diagrama estará más lleno, hasta el borde del círculo. Los factores que fueron evaluados con puntuaciones bajas se consideran como un factor de riesgo, su forma será más pequeña y se mantendrá hacia el centro del diagrama. (McPherson, 2017)

No existe ningún estándar de referencia o mínimo. La herramienta se utiliza, simplemente, para evaluar el proceso de determinación social de la salud en un espacio concreto y poder mostrar las áreas donde se toman medidas para mejorar la salud. De alguna manera funciona como un análisis de campo de fuerzas, al identificar las fortalezas y debilidades del trabajo intersectorial en el manejo del proceso de determinación social de la salud y mostrar las áreas donde se pueden aplicar medidas. Después de completar el diagrama, se definen fácilmente cuales son las prioridades y las acciones que se requieren.

Al final, en la última pantalla de la plataforma donde aparece el diagrama, se proporciona espacio para enumerar los temas principales. En algunos casos la pregunta puede no ser relevante, o cuando se percibe no posee suficiente información para responder; entonces, debe pensarse en el área que se evalúa como parte de un lugar más grande, o asegurarse de que exista una manera en la cual las opiniones de la comunidad pueden ser tomadas en cuenta adecuadamente. En el último bloque del cuestionario, se hacen cuatro preguntas para complementar la información que nos brinda el tercer bloque del instrumento y que, desde el punto de vista cualitativo, contribuyen a fortalecer la capacidad de análisis y propuesta de toma de decisiones, al permitirle al investigador contar con criterios objetivos y participativos para diseñar la intervención.

Como es común en las otras metodologías para realizar el ASIS, también con este modelo se confecciona un informe técnico, cuyo contenido se muestra en el anexo 8.1.

## **Resultados de la aplicación del modelo**

Como en todo hecho novedoso, durante los tres primeros años de ejecución del modelo, surgió en los territorios cierta resistencia para incorporar este enfoque a la práctica. En primer lugar, porque la realización del ASIS como FESP y como uso de la epidemiología, inexplicablemente no se reconoció como una prioridad en los diferentes niveles del sistema de salud. Además, resultó una amenaza, la realización del ASIS con los modelos enfocados al daño, el riesgo y el uso deficiente de los elementos del campo de salud de Lalonde, durante tantos años.

Con los antecedentes del trabajo del grupo de DSS, el empleo de este modelo ha sido validado en los niveles provincial, municipal y de área de salud en cinco provincias: Guantánamo, Las Tunas, Cienfuegos, Mayabeque y La Habana. En estos territorios se pudo identificar de manera general, la determinación social de la situación de salud y de manera particular, la determinación social de los principales problemas del cuadro de salud de esos espacios, que fueron: arbovirosis, enfermedad diarreica aguda (EDA), enfermedades cardiovasculares (ECV), salud materno infantil, violencia y tuberculosis.

El espacio principal de estos ASIS a nivel municipal fue el área de salud del policlínico universitario “19 de abril” del municipio Plaza de la Revolución, por más de una década, designado como área de salud de referencia nacional. Desde el año 2017 se analiza la situación de salud y sus principales problemas enfocados a los DSS, para lo cual se capacitaron los directivos y epidemiólogos del área, junto a los miembros de los veinticinco EBS correspondientes.

También, el ASIS enfocado a los DSS, se ha ejecutado en 10 áreas de salud y municipios de la capital y a tres áreas de la provincia Mayabeque. En las provincias de Las Tunas y Cienfuegos, se realizó a nivel provincial y en dos áreas de salud de los municipios cabeceras. La aplicación de este instrumento facilitó la discusión de todos los sectores bajo la conducción y el liderazgo técnicos del sector de la salud, con aportes invaluable para el desarrollo de las dinámicas grupales necesarias para la identificación, priorización y solución de los problemas de salud mediante acciones que le permitirían actuar sobre ellas para mejorar la situación de salud.

Con este modelo, se ha contribuido a mejorar los procesos de identificación y priorización de problemas y necesidades de salud, pero, sobre todo, a fortalecer la toma de decisiones al brindar insumos útiles para que los planes de acción se confeccionen con la necesaria participación intersectorial y comunitaria y se puedan focalizar mejor las intervenciones y la asignación de recursos.

Los directivos del departamento de APS del Minsap, en el primer semestre de 2019, autorizaron la inclusión del modelo y sus herramientas en la actualización del PMEF, y para generalizarlo en el nivel primario de atención, se capacitaron todos los directivos de policlínicos y jefes de GBT del país en esta y otras tecnologías, encaminadas a la renovación de la medicina familiar en Cuba.

Todos estos ejercicios permitieron incorporar la experiencia y la opinión de los participantes (directivos y ejecutores), hasta llegar a una versión definitiva. La totalidad de los participantes, coincidió en afirmar que la herramienta simplifica el estudio y manejo del proceso de determinación social de la salud y que resulta muy útil durante la realización del ASIS, al aportar información sobre las “causas de las causas” y su expresión diferencial.

Al igual que los modelos de ASIS descritos en el capítulo 5, también este modelo se desarrolló en las actividades docentes de los programas formativos de pregrado y posgrado en 2017. En cuanto al posgrado, en el INHEM y la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap) desde hace casi una década del actual siglo, se ejercita el modelo en los programas de especialidades de bioestadísticas, higiene y epidemiología y administración de salud; la maestría de salud ambiental y el diplomado de administración pública. Igualmente se ha impartido a estudiantes y pasantes procedentes de Brasil, Argentina, Chile, México y Costa Rica.

Como desarrollo de competencias investigativas, se han realizado en total de 24 trabajos de terminación de módulo de ASIS y 29 trabajos de terminación de módulo de DSS, en áreas de salud de casi todos los municipios de las provincias La Habana y la provincia Mayabeque. Además, se han defendido ante Tribunales hasta el momento, 12 trabajos de terminación de especialidad en higiene y epidemiología y cuatro tesis de la maestría de salud ambiental, lo que permitió documentar el proceso del ASIS enfocado a los DSS en varias provincias del país.

Con la aplicación del modelo y de las herramientas desarrolladas a nivel de país y de territorios seleccionados de las provincias estudiadas, se pudo conocer que las desigualdades no son muy pronunciadas, aunque sí se evidencia que las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidos tienen peor salud, lo cual se expresa en los diferenciales del comportamiento de los indicadores del cuadro nacional de salud.

También, se detectó que existen grupos sociales rezagados y que esta tendencia negativa, se acumula históricamente en las condiciones y estilos de vida de la población, debido a la influencia diferencial o desigual de un grupo de factores a los que denominamos estratificadores sociales según espacio, tiempo y grupos poblacionales.

Estos hallazgos refuerzan los criterios de que ese riesgo diferente de enfermar y morir según espacio, tiempo y grupos poblacionales, es el resultado de las “condiciones sociales en que transcurre la vida de las

personas en un momento dado”, o sea, “las condiciones en que esas personas nacen, viven y trabajan”, las denominadas “causas de las causas” o “determinantes sociales de la salud”, todo lo que refrenda el criterio de que la salud es un producto social diferencial. (Martínez, 2004); (OMS, 2009, 2011, 2011a)

Con estas premisas, es un error reducir el fomento de la salud al objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), mientras persistan las condiciones que favorecen la presencia de las desigualdades sociales que se traducen en un incremento de las múltiples dimensiones de la pobreza, entendida por desempleo, hambre y falta de acceso a vivienda, agua, saneamiento y servicios de salud, entre otras. La salud está determinada por factores que necesitan del cumplimiento de los demás objetivos, pues si no se desarrolla el enfoque integral de la salud, no podrán desaparecer las desigualdades que influyen para evitar enfermedades y muertes.

En Cuba, las desigualdades en salud han sido entendidas por la presencia advertida o no de oportunidades desiguales de salud y según: estrato social, poder adquisitivo, género, etnia, color de piel, territorio, educación, ocupación y las condiciones de vida. Esas desigualdades se asocian a cuatro categorías principales: las relacionadas con una exposición desigual a riesgos o a la oportunidad diferencial en el acceso a servicios de salud, a la calidad de atención sanitaria y a los resultados desiguales a largo plazo. Se espera que las transformaciones sociopolíticas y económicas que se realizan en el país con la implementación de un nuevo modelo económico y sus implicaciones sociales, políticas, culturales, contribuya a la mitigación o eliminación de estas desigualdades.

## Consideraciones finales

Con la aplicación del modelo de ASIS enfocado a los DSS, ajustado del modelo de la CDSS, se corrobora el concepto de la salud como un producto social, determinado por el modo, las condiciones y estilos de vida de cada grupo poblacional en un momento y territorio dado y que, a su vez, es el resultado de los procesos de reproducción social que ocurre hacia el interior de las sociedades.

La reducción o eliminación de estas desigualdades a nivel nacional, aunque no sean extremas, requieren de políticas y estrategias centradas en el compromiso gubernamental, sectorial y de la solución que brinde

la propia población, para lo cual, el modelo representa una herramienta facilitadora para identificar los DSS que influyen en esas desigualdades.

Es oportuno adoptar la perspectiva ampliada de la salud pública que se analizó en otros capítulos del libro, como marco para vincular los principios del derecho a la salud, la cobertura universal de los servicios, la participación social y la determinación social de la salud en la conceptualización, abordaje y práctica de la salud pública actual.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, A.G. (2016): Determinación social en el contexto de la tercera etapa de las transformaciones necesarias del Sistema Nacional de la Salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 54(1).
- Álvarez, A.G. (2018): La determinación social de la salud en Cuba. Resultados y Retos para el SNS. Panel Las desigualdades sociales en Cuba y sus implicaciones en el proceso de determinación social de la salud en Cuba. Convención Cuba Salud 2018. La Habana.
- Álvarez, A.G., Alegret, M., Luis, I.P., Leyva, Á., Rodríguez, A. J., Bonet, M. H., *et al.* (2011): Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008. *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 49(2):202-17. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es)
- Álvarez, A. G., García, A., Bonet, M.H. (2007): Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;33(2).En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es)
- Hasler, K. (2017): Delivering the Place Standard in Scotland. NHS Health Scotland.
- López, C. (1995): INEQUIS: un índice para evaluar las inequidades en el interior de los Municipios o entre los Municipios que forman parte del movimiento de Municipios Saludables. La Habana, Universidad de la Habana.
- Martínez, S. (2004): Desigualdades e inequidades como objeto de análisis. En: Análisis de Situación de Salud. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Martínez, S. (2013): Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;39(4):752-62. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es)
- MacPherson, M. (2017): Place Standard process evaluation: learning from case studies in year one. NHS Health Scotland.
- Ministerio de Salud Pública (Minsap). (2019): Retos y Prioridades. En: <http://www.infomed.sld.cu/anuncio/2019/01/29/objetivos-de-trabajo-del-ministerio-de-salud-publica-para-el-ano-2019>

- Morales, R. T. (2015): Intervención del Ministro de Salud Pública en la Reunión de Análisis del Cuadro de Salud de Cuba correspondiente al año 2014 y primer trimestre de 2015. La Habana.
- Organización Mundial de la Salud. (2009): Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2011): Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: la Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de Trabajo. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011a): Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. 19-21 de octubre de 2011; Río de Janeiro, Brasil.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015): Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. En: [https://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](https://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
- Pagglia, N., Alvarez, A. (2012): The Cuban Experience in Public Health: Does Political Will Have a Role? *Internat J Health Ser*;42(1):77-94.
- Portal, J. A. (2015): La Causa de las Causas. Intervención en Sesión Plenaria del Vice-ministro Primero del Minsap cubano en la Sesión Plenaria sobre Determinantes Sociales de la Salud. Convención de Salud. Cuba-Salud 2015, La Habana.
- Ramis, R. M. (2012): Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud. *Infodir*;8 (15). En: <http://bvs.sld.cu/revistas/infodir/n1512/infodir04212.htm>
- Ramírez, A., López, C. (2005): A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*;31(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es&tlng=es).
- Rojas, F. (1994): Sistemas de Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. Grupo Interdisciplinario de Estudios, La Habana.

## **Anexo 8.1**

### **Estructura del informe técnico del análisis de la situación de salud con enfoque de los determinantes sociales de la salud**

- Portada.
- Índice.
- Introducción.
- Diseño metodológico.
- Limitaciones del estudio.
- Componentes del desarrollo del informe.
  - Componente 1: Descripción de la comunidad.
  - Componente 2: Descripción del daño en salud.
  - Componente 3: Descripción de la determinación intermedia de la salud.
  - Componente 4: Descripción de la determinación estructural de la salud.
  - Componente 5: Descripción del manejo participativo de la DSS.
  - Componente 6: Análisis del comportamiento diferencial de la DSS.
  - Componente 7: Elaboración del plan de acción.
- Conclusiones y Recomendaciones.
- Bibliografía.

## CAPÍTULO 9

---

# Participación de la población en el análisis de situación de salud

*Giselda Sanabria Ramos, Maritza Ingran Calderón  
e Isabel Pilar Luis González*

### Introducción

La confección de un libro sobre el análisis de la situación de salud (ASIS), implica dedicar una parte de su contenido a un aspecto tan debatido como la participación de la población, elemento esencial en la esfera política, económica, social y cultural en cualquier contexto y de obligada incorporación en esa útil herramienta. El capítulo se inicia con una síntesis sobre algunos aspectos del aparato teórico-conceptual relacionado con la participación social, la participación ciudadana y la comunidad, contenido necesario para entender sus diferencias; sigue una descripción de la dinámica de la participación comunitaria en el contexto cubano actual y su vinculación con el ASIS.

### Participación social

Es oportuno, antes de redactar los contenidos relacionados con la participación comunitaria en el ASIS, sintetizar algunos comentarios sobre las diferencias de los tres términos utilizados con mucha frecuencia en las ciencias de la salud y que tienden a confundir: participación social, participación ciudadana y participación comunitaria.

¿Qué se entiende por participación social? La participación social en su más amplio sentido, es un proceso complejo e inherente a la dinámica

de la sociedad, la que a su vez se encuentra en perenne desarrollo y perfeccionamiento. Es una expresión del movimiento continuo que ocurre en todos los espacios cotidianos y en el transcurrir de la vida individual y social. La participación cobra especificidad en cada situación, toma forma y distribución propia en casos particulares y depende en buena medida de la ubicación de las personas en el entramado social, de las restricciones que se les imponen, así como de la capacidad real o potencial para intervenir en la multiplicidad de decisiones que atañen a sus vidas. (Sanabria, 2004)

Desde esta perspectiva, es fundamental fortalecer la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como en la gestión de la calidad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, con el fin de contribuir al bienestar de la población y la construcción de entornos que favorezcan la calidad de vida de las personas y comunidades. En ese sentido, resultó interesante el contenido de una publicación cubana, donde se vincula la participación social con la formación de médicos. (García *et al*, 2015)

Cuando se instituyen las FESP en el año 2002, se incluyó la participación de los ciudadanos en salud como FESP-4 dirigida al “refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública” (OPS/OMS, 2002). En fecha más reciente, al realizarse un ejercicio renovador de las FESP, se incorporó la participación social estrictamente dicha, como una FESP dirigida a: “Promover la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia”. (OPS/OMS, 2018)

Con esta FESP, se refuerza el criterio de que compartir el poder con las poblaciones, debe constituir un principio básico de las estructuras de gobierno, es así como los ciudadanos pueden decidir sobre sus vidas y sobre lo que más les conviene y la participación social se manifiesta en su forma más genuina.

En el sexagésimo noveno período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas se aprobó la Agenda 2030 para el desarrollo posterior al 2015 (ONU, 2015), documento que refleja las aspiraciones más apremiantes de los pueblos con una visión de futuro, que depende

en gran medida de los esfuerzos conjuntos que se logren encauzar y uno de los elementos ineludibles es la participación de la sociedad en su conjunto, más allá de las divergencias políticas o territoriales, sin embargo, una mirada al mapa geopolítico actual obliga a observar con reserva el cumplimiento de esos 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 indicadores, por lo menos en la magnitud que se espera.

A escala global se reclama enfatizar las acciones que permitan alcanzar eficiencia y equidad vinculadas a la producción y servicios, esta mirada tiene particular vigencia a partir de la declaración de esos ODS. Existe consenso en reconocer que una de las formas que contribuye a lograrlos, es alcanzar un óptimo grado de desarrollo de la participación social y en tal sentido, hablar de participación equivale a decir *toma de decisiones* y tomar decisiones significa *tener poder*.

Aunque en varios países con disparidades internas, se han reconocido avances en los diferentes objetivos, el reto está en propiciar niveles aceptables a esas poblaciones desfavorecidas en los indicadores seleccionados. Estos propósitos globales cobran sentido en cada país y particular relevancia en cada localidad, pero podrán lograrse solamente, con una fuerte sinergia entre la voluntad política y la participación social.

## **Modalidades o grados de participación social**

En la participación social se han identificado diversas modalidades o grados de participación según la interpretación de los autores, que la clasifican como:

- Convocatoria y asistencia. Este nivel informativo es considerado el grado o nivel más bajo de participación social, es decir, una forma de pseudo participación, pues las personas se informan de decisiones ya tomadas “desde arriba” que se ofrecen a los que están “abajo”. Esto impide participar en decisiones sobre cuestiones sustanciales, y mantiene intactas las relaciones de dependencia de unos con respecto a otros. (De Roux, 1990).
- La consulta. Representa el grado de influencia más básico de personas y grupos. En este caso, los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan, cuando lo estiman necesario, para recabar sugerencias o alentar a los involucrados a que expresen sus puntos de vista sobre lo que se planea o se ejecuta. En esta modalidad o grado de participación se distinguen dos variantes de consulta: discrecional

y obligatoria. En la primera, se participa si es parecer de los ejecutores del proyecto y en la segunda, se participa cuando existe una disposición que es mandatorio realizar dentro del sistema u organización. (Gajardo y Werthein, 1983).

- La delegación de autoridad. Forma de participación en que por necesidades organizativas, se delegan facultades de decisión o responsabilidades a las poblaciones involucradas, en una estrategia o programa diseñado al interior de una organización. En la mayoría de los casos se seleccionan representantes de la comunidad.
- La cogestión. Esta modalidad posee un mayor grado de participación mediante el establecimiento de mecanismos de decisión compartida (codecisión), y la participación se transforma en una acción institucionalizada y compartida. (Minkler y Wallestein, 2008).
- La autogestión. Es el grado más alto de participación, pues cada persona interviene indirectamente en la toma de decisiones, conforme a las líneas generales establecidas conjuntamente por todas las personas involucradas, ya sea en un programa o en una organización.
- Autoayuda y grupos de apoyo. Grupos con intereses particulares se unen para realizar acciones de beneficio individual o colectivo.

Aunque los antecedentes de la participación social y comunitaria son de larga data, nuevamente ganan espacio importante en el plano de las políticas y de la acción en salud, con la realización de la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en Alma Ata en 1978, donde se esclareció el sentido de la participación comunitaria y se reclamó su fortalecimiento (OMS, 1978). A partir de esa fecha, se incrementó significativamente la comprensión de la necesidad de convertir la participación social en objeto de estudio permanente, con la finalidad de estimular su desarrollo y tomar acciones que permitan eliminar los obstáculos y amenazas que se visualizaban en su ejecutoria.

Es reconocida la importancia de esa precisión conceptual y el reclamo acompañante, sin embargo, es evidente la permanencia de estilos autoritarios de gestión en las estructuras de los servicios de salud, lo que limita el desarrollo satisfactorio de los procesos de participación social en la solución de problemas de salud, pues la toma de decisión es descendente, sin participación de los trabajadores y menos de la población.

En los últimos años, con el propósito de elevar el nivel de desarrollo de la participación social, se ha vinculado con el término “empoderamiento”, concepto inicialmente emitido en Canadá y Estados Unidos de América

y que traducido del término *empowerment* equivale a la palabra española “apoderamiento”, aunque en la literatura en idioma español, no es la expresión más utilizada. (Bartle *et al*, 2002).

El empoderamiento se refiere a la capacidad de las personas para llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva, al tiempo que posee acceso y control sobre los recursos necesarios. En el ámbito comunitario el empoderamiento forma parte de la participación social, y particularmente de la participación comunitaria, cuando se reconoce la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia que tiene el grupo en las estructuras de poder. (Sanabria, 2004)

En la Declaración de Astaná aprobada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud y celebrada en 2018, acerca del empoderamiento se expresa: “[...] Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que un mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud[...]”. (OMS, 2018)

No basta entender los aspectos conceptuales de la participación, es importante su traducción en la práctica, por eso, un aspecto indispensable sobre la participación social es su evaluación y en una de las propuestas para medirla –citada en diferentes obras– se consignan cinco elementos que tienen una decisiva influencia en la participación social: 1). Evaluación de las necesidades de participación, 2). Movilización de recursos, 3). Liderazgo, 4). Organización y 5). Gestión (Bichmann, 1989). El resultado de la evaluación se transcribe en un gráfico específico, que permite con una rápida mirada conocer cuál es el factor más fuerte o el más débil, para realizar acciones que corrijan la desviación o debilidad existente.

También, en fecha más reciente se debate sobre la evaluación de la “efectividad” de la participación social en salud, como una de las partes integrantes de la promoción de salud, aunque esté derivado del enfoque de “evidencias”, con toda la discusión que el término provoca. Coincidimos con el criterio que “la intencionalidad de buscar efectividad de la participación social en salud va dirigida a poner al descubierto no solo éxitos sino también fracasos, debilidades y errores cometidos que atentan contra la posibilidad y capacidad de las personas de alcanzar beneficios para la salud”. (Pasarín *et al*, 2010).

Existen diversos estudios sobre los procesos evaluativos, incluidos los que conciernen a la participación social, muy útiles para entenderlos (Jiménez, 1996); (Céspedes, 2017) y a los cuales remitimos al lector, pues no representa un aspecto esencial del contenido del capítulo.

En cuanto a la participación social, le son inherentes tanto la participación comunitaria como la intersectorialidad, aunque con frecuencia tienden a confundirse ya que ambas expresiones coexisten temporal y contextualmente en la sociedad, que constituye un todo integrado por grupos con diferentes roles. Según un experto cubano del tema: “El enfoque intersectorial aboga por la sinergia que emerge de la acción coordinada de diversos sectores de la sociedad o parte de ellos, en función de solucionar un problema de salud o actuar sobre sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes. (Castell-Florit, 2007)

El concepto de intersectorialidad alude a la participación del grupo de poder que representa a los sectores, y la participación comunitaria se refiere a la posibilidad de que la población forme parte activa en la identificación, búsqueda de solución, desarrollo de la iniciativa; así como del disfrute de los resultados y sea capaz de evaluarlos.

## **Participación ciudadana**

¿Qué se entiende por participación ciudadana? El concepto está relacionado con las posibilidades que tienen los ciudadanos, comunidades y diversos grupos sociales, de incidir en las políticas públicas sin pasar necesariamente por la democracia representativa, los partidos políticos, las redes de consumidores o la organización sindical. Representa una categoría que se menciona con frecuencia en las distintas fuentes mediáticas, documentos políticos y resultados de investigaciones.

El término posee múltiples sentidos y connotaciones y además de lo consignado, se han emitido otras definiciones, por ejemplo:

- Un conjunto de acciones por medio de las cuales los ciudadanos toman parte a título individual o colectivo, en el diseño, gestión y control de las políticas públicas. o colaboran en el desarrollo de tareas de interés general. (Michels, 2011).
- Un derecho humano fundamental, que garantiza la acción deliberada y conscientes de la ciudadanía, tanto de manera individual como colectiva, a través de distintos mecanismos e instrumentos contenidos en la Constitución Política y la Ley, con la finalidad de incidir en la toma de decisiones de los entes públicos, fiscalización, control y ejecución

de los asuntos políticos, administrativos, ambientales, económicos, sociales, culturales y de interés general, que mejore la calidad de vida de la población. (Participación ciudadana, 2008).

- Un elemento valioso de la ciudadanía democrática y una toma de decisiones democrática que puede agruparse en cuatro tipos principales: foros deliberativos, encuestas, referéndums y proyectos para ejecución de políticas participativas. (Guillén *et al*, 2009).

La participación ciudadana concierne a los asuntos económicos, administrativos y políticos, por ello, debe existir un proceso de participación social eficiente y que contribuya a democratizar las estructuras de gobierno. Los modelos de “planificación estratégica” o de “marco lógico”, recomendados por organismos internacionales u organizaciones no gubernamentales para el diseño de proyectos locales, tienen como mecanismo intrínseco la participación de los ciudadanos o pobladores. La movilización, el liderazgo y la sensibilización consciente son elementos inherentes a esas propuestas metodológicas.

Una vía para alcanzar la movilización, sería proveer incentivos para que la sociedad sea parte de la construcción de políticas. Un ejemplo sería la estrategia desarrollada por la OPS/OMS denominada *Salud en todas las políticas*, definida como: “[...] iniciativas multisectoriales para la formulación de la política que involucra a decisores de nivel nacional, provincial o local donde los sectores colaboran (a través de procesos de la cooperación, coordinación o integración) para desarrollar políticas y programas que incluyen iniciativas de salud de población para prevenir la manifestación de las injusticias. [...] Involucra acciones dirigidas a impactar sobre los determinantes sociales de la salud como la educación, las condiciones de vivienda o la reducción de pobreza”. (OPS/OMS, 2014)

Con esta estrategia, se toman en cuenta de manera sistemática las implicaciones de las decisiones, se buscan sinergias y se evitan impactos negativos sobre la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población, la equidad y el bienestar.

En lo que concierne al liderazgo, en lo esencial está referido a: “la capacidad de conseguir seguidores, multiplicar el liderazgo, trabajar en pos de las metas y alcanzarlas. Esas metas que surgieron del consenso y compromiso de los involucrados: la comunidad” (Castell-Florit y Lozano, 2018). Dentro del sector de la salud, tanto los profesionales como los técnicos pueden alcanzar liderazgo en una comunidad siempre que se

lo propongan, pues una persona motivada con un proyecto coincidente con el de la comunidad, con un lenguaje nada retórico ni cargado de tecnicismos, puede ser capaz de movilizar a otras personas en propósito de beneficio colectivo.

En cuanto a la sensibilización, en la 8va. Conferencia Global de Promoción de la Salud, desarrollada en Helsinki, Finlandia, en 2013, se convocó a los gobiernos a: “ [...] Incluir comunidades, movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y monitoreo de la Salud en todas las políticas, a partir de la alfabetización de la población [...]” (OMS, 2013). Con este llamado, los gobiernos deben sensibilizarse para tomar acciones que favorezcan no solo la participación de las comunidades y grupos sociales en la formulación de políticas, sino también a que participen en el monitoreo de su cumplimiento, lo que les permitirá reconsiderar el camino trazado, corregir cualquier desviación o enriquecerlo a tenor de los objetivos propuestos.

Esa sensibilización se utiliza cada vez más, para que la población o grupos particulares de ella tomen conciencia de sus derechos, de las consecuencias catastróficas de no atender el cuidado en determinado riesgo como es la urgencia de la conservación del medio ambiente, la alimentación saludable o la práctica de ejercicio físico.

Entre los múltiples ejemplos de sensibilización de la población, se destaca el que alude al cuidado del medio ambiente, a través de los grupos o redes de ciudadanos que, por ejemplo, en Cuba, se unen en la recogida de desechos que personas inescrupulosas lanzan a las playas. También, otro ejemplo de carácter mundial, son documentales como *Our Planet*, con el fin de concienciar sobre la necesidad de actuar cuanto antes para proteger el planeta. (Our Planet, 2019)

En esta síntesis sobre definiciones y conceptos de la participación ciudadana, es obligado mencionar que en los últimos años parece existir un marco jurídico general para apoyar las iniciativas de participación del paciente y de la población (adoptando o no estructuras orgánicas formales), y que se involucran activamente en la gestión del aseguramiento del derecho a la salud. Es así como la llamada “sociedad civil”, se ha ganado un espacio cada vez mayor como actor social a tomar en cuenta en la planificación, implementación y evaluación de políticas públicas, acciones estratégicas y planes de acción que aseguren los derechos fundamentales de los ciudadanos. Se reconoce, no obstante, que el liderazgo gubernamental será indispensable, pues la sociedad civil no puede sustituir al sector público. (OMS, 2002)

Comúnmente la sociedad civil es definida como aquella parte de la sociedad que se refiere al público en general, al ciudadano común, que representa el dominio social que no es parte del mercado ni del estado (Vega y Torres, 2011). El concepto de sociedad civil incluye una amplia gama de individuos, comunidades y entidades, que funcionan a través de organizaciones o de manera informal y que se caracteriza por su dinamismo, capacidad de movilización social y defensa de intereses colectivos. El ecosistema de la sociedad civil traspasa ampliamente al sector de las organizaciones no gubernamentales y sus organizaciones e incorpora además a activistas, movimientos sociales, movimientos de base, líderes y comunidades religiosas, emprendedores sociales, iniciativas cívicas, grupos *on-line*, entre otros. (Fresno, 2014)

En el mundo, la sociedad civil se ha convertido en un importante recurso para los sistemas de salud y para la salud y el bienestar de la población, debido a su capacidad para influir en la formulación de las políticas públicas, la provisión de los servicios de atención en salud; por su exigencia a los gobiernos de cumplir con los derechos humanos, la rendición de cuentas y su responsabilidad y sensibilidad con los problemas de salud de la población.

También, sobre la participación ciudadana, una de sus formas es el activismo, mediante el cual ciudadanos individuales o grupos de ciudadanos ejercen presión focalizada en la consecución de alguna demanda o solución de algún problema específico. El activismo también ha tenido un papel importante de ayuda a los movimientos sociales para llevar campañas más amplias, a largo plazo. (Laverack, 2012)

Finalmente, se sintetizan las razones o motivaciones de los ciudadanos para participar en acciones de desarrollo local:

- Asegurar que el principio de justicia social centre el diseño de las políticas.
- Acceder a información privilegiada y desarrollar habilidades personales.
- Tomar parte del proceso de toma de decisiones y asegurar que los programas implementados se ejecuten con efectividad y eficiencia.
- Promover una buena gobernanza, democracia y cohesión social.
- Desarrollar redes de apoyos y capital social en términos de normas, confianza y redes de colaboración para promover la cooperación entre los ciudadanos y las instituciones estatales. (Froding *et al*, 2011).

## Participación comunitaria

Un elemento fundamental para el desarrollo de la participación comunitaria, es conocer a la comunidad de la cual requerimos participación, pues no se puede analizar las características de este tipo de organización social si no establecemos las bases en las que se sustenta. Las comunidades no aparecen por generación espontánea, por el contrario, su evolución en las diferentes formaciones económico sociales, determina el tipo de organización social y todo lo que de ella se deriva, que incluye su comportamiento ante la salud y la enfermedad.

Aceptar el concepto de comunidad unánimemente como un conjunto de personas con intereses comunes, perturba la visión individual y limita la opinión personal sustentada en valores de todo tipo, incluidos los valores éticos. Por tanto, debe considerarse también como un “espacio social” en función de posibilidades colectivas de participación y toma de decisiones ante cualquier problema, aunque en ocasiones, se torne difícil alcanzar esta propuesta. (Martínez, 1997)

Como ocurre con la participación social y la participación ciudadana, sobre la participación comunitaria también ha existido variedad de definiciones y conceptos, aunque con denominaciones diferentes, todos confirman que, sin la participación de la población, no es posible la gestión democrática de los programas y proyectos locales que contribuyan a lograr la salud de la población. En la ya clásica Declaración Final de la Conferencia de Alma Ata, se definió la participación comunitaria como: “[...] El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar tanto propios como los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo [...]”. (OMS, 1978)

A partir de ese momento, desde la OMS se puso mayor énfasis en tomar acciones encaminadas a capacitar líderes, gestores y profesionales del sector de la salud u otros, como por ejemplo maestros y periodistas, con herramientas que fueran útiles para involucrar a la población en procesos participativos que benefician la salud y el bienestar. El movimiento de municipios por la salud fue una buena iniciativa para fortalecer los procesos de participación comunitaria. (OMS, 2002)

En la región de Las Américas, se divulgaron y publicaron estudios de casos totalmente vinculados con la promoción de la salud y la participación comunitaria, entre ellas, una interesante investigación regional realizada a mediados de la década de los años 80 del siglo xx, para lo cual se seleccionaron áreas de salud en ocho países incluidos México y Cuba. (OPS, 1984). Los resultados del estudio fueron sorprendentes, pues se comprobó en la práctica la diferencia entre “la palabra y la acción”. Fue novedosa la clasificación en grados otorgada a la participación comunitaria por los expertos de la investigación, la cual mantiene total vigencia y fue la siguiente:

- Utilización: uso de los servicios institucionales de salud por parte de la comunidad.
- Cooperación: con las iniciativas planificadas por un organismo externo.
- Participación: en las actividades de planificación y administración.

Resulta beneficioso que aún se mantengan estos estudios de casos sobre promoción de salud y participación comunitaria, orientados por OPS (Arroyo, 2012) y acerca de las fortalezas y debilidades en la participación comunitaria, estas han sido debatidas en diferentes conclave, como la Conferencia de Shanghai. (OMS, 2016)

Una revisión sistemática encuentra que la participación de la comunidad aparece incorporada en proyectos dirigidos por grupos de investigación, como en otros proyectos en menor cuantía, surgidos por decisión de los involucrados (George *et al*, 2015). Esta revisión, que se sustenta en el tipo de investigación de sistemas y servicios de salud, resume que: “Se hallaron proyectos de apoyo a la participación comunitaria en todos los dominios del sistema de salud y de las condiciones de salud, a través de diferentes contextos y escala, pero esto no significa que sea ideal la máxima participación de la comunidad en todos los elementos para la gestión de proyectos”. (George *et al*, 2015)

Los investigadores de esta revisión concluyen que: “no siempre los autores describen con claridad el concepto o interpretación que otorgan a la categoría participación comunitaria y es más probable que una persona considere participar si piensa que otros lo harán, si perciben que posee la habilidad de ejercer un rol activo que asegure su influencia en el momento de la toma de decisiones y además, son más propensos a participar las personas que llevan tiempo viviendo en la comunidad”. (George *et al*, 2015)

En ese sentido, es importante reconocer que la participación comunitaria está en relación directa con las características de la organización

comunitaria establecida: ¿quién toma las decisiones importantes?, ¿cuáles opiniones son valiosas?, ¿cuáles opiniones son poderosas? Con frecuencia se olvida que en las comunidades quienes toman las decisiones son los líderes, formales o informales, ya sean líderes tradicionales o en sociedades más politizadas, el liderazgo compartido entre un grupo de personas de la comunidad como parte del gobierno. En todas las comunidades existen personas cuyas opiniones son valiosas y son consultadas ante decisiones importantes, así como, personas con poder adquirido por presiones dentro de la propia comunidad y que las personas aceptan.

La participación no puede existir sin toma de conciencia, participan solamente quienes están conscientes de la necesidad de su participación y quienes saben que si no participan, no se podrán modificar las cosas; la gente puede y debe participar para cambiar y mejorar, por eso, una participación más efectiva requiere un doble aprendizaje: la administración tiene que ceder poder y los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad. (Martínez, 2012)

Además, las relaciones entre el contexto sociopolítico, las estructuras socioeconómicas y los sistemas culturales, son determinantes en las distintas formas de participación comunitaria y es así, como muchos procesos de autoconstrucción local, economía solidaria y educación popular, han surgido espontáneamente como iniciativa de grupos de personas para solucionar problemas urgentes de la vida diaria.

Es imprescindible para la participación, capacitar a las personas en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, proporcionarles información clara y generarles, sentido de pertenencia a los servicios. Para renovar los procedimientos participativos, se necesita incluir mecanismos de información, evaluación y compartir las experiencias entre las comunidades. La población se involucra si posee características como: conciencia de que será agente de su propio desarrollo, interés en mejorar el nivel de salud y la calidad de vida, exigencia para que los servicios de salud respondan a sus necesidades y reconocimiento de la participación como parte de su cultura. Aprenderán a exigir sus derechos y cumplir sus deberes de salud, mediante la alfabetización en salud, herramienta poco utilizada en los modelos nacionales.

La alfabetización en salud se define, según algunos autores, como: “la habilidad de los ciudadanos para hacer sentir sus decisiones relacionadas con la salud en la vida cotidiana, en el hogar, el trabajo, en la atención médica, el mercado y en la arena política”. (Kickbuschy Maag, 2008)

Por su parte, desde la Secretaría de Salud de México se estimó que: “Mejorar la alfabetización de la salud trasciende la transmisión de información, aunque continúa como una tarea fundamental, pero deben superarse la insuficiencia de las intervenciones excesivamente simplistas del pasado. Ayudar a la gente a desarrollar la confianza para actuar y ser capaces de trabajar con y apoyar a otros, se logra mediante formas más personales de comunicación, como sería la mercadotecnia en salud”. (SSM, 2010)

La mercadotecnia en salud es otra de las posibilidades de cambio para desarrollar acciones de promoción, considerada como una herramienta fundamental, esencial para promover la salud y prevenir la enfermedad en los países en vías de desarrollo. La mercadotecnia incluye no solamente modificar los comportamientos personales, sino también los de política pública y condiciones de vida y de trabajo, que influyen indirectamente en el comportamiento para la salud (Secretaría de salud, 2010), aunque ha sido cuestionada con argumentos no muy convincentes enfocados a visiones ideológicas. Al respecto, es pertinente retomar las palabras de un experto cientista social: “la descalificación ideológica en lugar de aclarar y aportar, dificulta la comprensión y las soluciones”. (Franco, 2015)

Con o sin cuestionamientos, tanto la mercadotecnia como la alfabetización en salud son complementarias y también es necesario reconocer los aportes de la convencional educación para la salud, pues no está abolida y en la práctica es una de las formas más común de alfabetizar y no reproducir el mismo error de los años 90, cuando se consideró que la mercadotecnia era la panacea de la promoción de la salud.

De otro lado: “La incorporación de la participación comunitaria en salud y de tecnologías de autodiagnóstico y autocuidado dirigidas a la salud requiere de una capacitación distinta a la tradicional de los equipos de salud, una estabilidad de las políticas participativas, un apoyo de recursos sostenido y un desarrollo importante de la investigación. Es el desafío de la atención de la salud del siglo xxi”. (Rasmussen, 1993)

Por su parte, Bidwel expresa: “Consideramos que la comunidad tiene mucho que decir en la solución de sus problemas de salud, en la evaluación de los servicios de salud que se le prestan y en ese sentido, se considera la participación comunitaria como un elemento consustancial a la atención primaria de salud, por tanto, es obligatorio que en todos los modelos de atención orientados a ese nivel de atención se establezcan estrategias que aseguren el desarrollo de la participación comunitaria, pues

en la atención primaria se ha concentrado el esfuerzo por llevar servicios básicos de salud a todas las personas, valiéndose de la participación comunitaria para alcanzar más efectivamente a esas personas y fomentar un sentido de responsabilidad individual y comunitaria”. (Bidwel, 1988)

No existen dudas de la vigencia de estas consideraciones, cuando aún se solicita de los países desarrollar modelos de atención renovados sustentados en la atención primaria de salud, que aseguren el cumplimiento de la estrategia de cobertura universal de salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (UN, 2019).

Con lo expuesto hasta aquí, corresponde sintetizar lo acontecido en Cuba, concerniente a la participación comunitaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

## **Participación comunitaria en el contexto cubano**

En los inicios de la década de los años 60 del siglo xx surge el Sistema Nacional de Salud que estableció entre sus principios, aún vigentes, la participación de la comunidad y la intersectorialidad (Domínguez y Zacca, 2011). Desde esta etapa fundacional, se desarrollaron los planes y programas preventivos con la participación de la comunidad en sus primeras etapas, o sea, con alto grado de información sobre salud y el apoyo a esas actividades. En la misma década, se establecen las Comisiones de Salud del Pueblo, constituidas en “motor impulsor” de la participación comunitaria, entre cuyas actividades se destacaron:

- La formación de personal para el desarrollo de acciones específicas de salud en el seno de la comunidad (Ej. brigadas sanitarias, auxiliares voluntarios).
- La designación de un “responsable de salud” en las organizaciones de masas y sindicatos a todos los niveles.
- La convocatoria, movilización y realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación y programas para el diagnóstico precoz de enfermedades y la donación de sangre, entre otras. (Rojas, 2009)

Con los cambios necesarios en el modelo de atención, característica inherente a cualquier sistema de salud, las comisiones de salud fueron sustituidas por la creación de los consejos de salud (Departamento de Orientación Rev., 1976), lo cual demostró la voluntad política de considerar al ámbito local como un espacio ideal, tanto para desarrollar la participación comunitaria, como la intersectorialidad.

La participación comunitaria se fortaleció a partir de 1984 con la implementación del nuevo modelo de atención del “Médico y Enfermera de la Familia” (Minsap, 1984), que mostró un desarrollo notable en la década de los años 90 del siglo xx y en el cual la participación comunitaria resultó de ayuda inestimable para el trabajo del equipo básico de salud, sobre todo para la identificación de riesgos y el trabajo de prevención y promoción de salud. Ese desarrollo de la participación comunitaria, se hizo a expensas del grado de colaboración o de gestión conjugada de la población, sin trascender a formas superiores, como la autogestión o la participación negociada (Luis *et al*, 2012). Acerca de este relevante aspecto del grado de la participación comunitaria, no se dispone de una fuente de información continua que recoja el cumplimiento de esa práctica, sin embargo, las entrevistas a expertos (Martínez, 2012a) y los sondeos de opinión así lo confirman. (Sosa *et al*, 2011)

En la primera década del presente siglo, estas modalidades de participación han visto amenazada su sostenibilidad como parte de los obstáculos que enfrenta el desarrollo local, perfectamente extrapolables a la participación comunitaria, en tanto permean la capacidad de agencia de los individuos, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones u organismos centrales del Estado. (Espina, 2006); (Hernández *et al*, 2014)

Ante esta situación, se reconoce que la estructura político administrativa en Cuba, aunque se representa como un modelo vertical, tiene como principio la participación de la comunidad en la solución de los problemas de la población. Este enfoque ha sido reivindicado en la más reciente Conceptualización y las Bases del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030, donde se plantea que una de las principales transformaciones que fundamentan la actualización del modelo es “perfeccionar la participación democrática a todos los niveles [...] y el involucramiento ciudadano en la solución de los problemas que afectan a cada territorio, centro de trabajo o comunidad”. (PCC, 2017)

En relación con la salud, en la versión renovada de un documento político nacional se explicita el interés de: “fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuya a incrementar los niveles de salud de la población.” (PCC s. f.) La preeminencia otorgada a la participación dentro del proyecto futuro de nación, también se encuentra contenido en la nueva Constitución (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2018), donde se hace referencia al término en veinte y seis ocasiones.

Otra señal de la importancia concedida al tema es la existencia en la nueva Constitución de un capítulo dedicado a establecer los derechos de petición y participación popular local. Sin dudas es la intención de los legisladores, diputados y desde la sociedad cubana, dinamizar los modos y estilos de participación y solo resta que las nuevas leyes por dictar para operacionalizar estas garantías, sean fieles al espíritu de la Constitución y que la letra se convierta en acción. Todos los cubanos tenemos una cuota de responsabilidad en que esto ocurra. Un requerimiento *sine qua non* es la disponibilidad de recursos financieros, y la posibilidad que estos sean generados por los propios actores para viabilizar la solución del problema.

Existen criterios acerca de la necesidad de repensar las concepciones y prácticas participativas locales, comprender mejor las diferencias y replantear la cuestión de cómo potenciar el sentido de ciudadanía en aras de una mejor participación comunitaria en el diseño, implementación y evaluación de políticas, estrategias y acciones que les afectaran. (Vega y Torres, 2011).

## **Participación de la comunidad en el análisis de situación de salud**

La participación de la comunidad es un aspecto clave para la realización del ASIS, que deriva de tres elementos esenciales:

- Será incompleta si la comunidad no está involucrada.
- La priorización de los problemas que se analicen, debe atender a la factibilidad de solución con los aportes de la comunidad.
- Es necesario identificar el nivel de participación que se ha alcanzado para implementar esa solución.

Acerca de ese nivel de participación en el ámbito nacional, han sido reveladores los resultados –positivos y negativos– de proyectos e investigaciones en espacios correspondientes a varios municipios; entre ellas, una investigación desarrollada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), insertada en un proyecto cuyo objetivo era potenciar la participación comunitaria en localidades de tres municipios del país. (Sosa *et al*, 2013)

Se utilizó la Metodología Integral Participativa de Planificación y Evaluación en Salud *Comprehensive Participatory Planning and Evaluation* (CPPE, por sus siglas en Inglés), y entre los resultados destaca la no

implementación de métodos participativos para fortalecer la presencia intersectorial y de los líderes informales al realizar el ASIS, a pesar de la cohesión y el trabajo permanente entre los diferentes actores comunitarios, en la implementación de diversas actividades inherentes o no al sector de la salud.

La aplicación de la metodología CPPE mostró resultados alentadores, al reforzar la política de descentralización de la toma de decisiones, permitir más flexibilidad en la distribución y utilización de los recursos a nivel municipal de acuerdo a las necesidades locales y favorecer una reorganización de los servicios de salud, que incluyó un incremento de la participación comunitaria en los municipios en que se desarrolló (Sosa *et al*, 2013). Como un importante elemento de esta aplicación, restaría conocer si esos resultados se sostuvieron en el tiempo.

En otra investigación promovida también desde el INHEM, se detectó que en la etapa previa, en la búsqueda de capacidades de apoyo al proyecto, los líderes formales participantes poseían una información limitada del ASIS y su importancia. Aunque lo reconocían como una herramienta indispensable y conocían la metodología para elaborarlo, no realizaban un completo proceso de planificación, ni se involucraba a la comunidad en la toma de decisiones. (Sosa *et al*, 2011)

Otra destacada experiencia de participación comunitaria para el ASIS, se desarrolló en el municipio Jesús Menéndez en la provincia de Las Tunas, desde el año 2011, mediante un proyecto de desarrollo local que involucra diferentes actores sociales,<sup>1</sup> y que ha transitado por disímiles etapas de forma cíclica: el diagnóstico participativo, la elaboración de alternativas de solución, el compromiso de los implicados, la ejecución de acciones, las salas de discusión para reconocer avances y resultados, para volver de nuevo al punto de partida e identificar el nuevo foco de atención.

Uno de los resultados evidentes del trabajo realizado en ese municipio, fue el premio obtenido en el año 2017 por el proyecto denominado “Experiencias y gestión participativa comunitaria en la atención primaria ambiental. Institución: Policlínico Docente. Dr. Mario Pozo Ochoa”, y

---

<sup>1</sup> Actores sociales: Entendido como sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación o bien cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción del ASIS. Pueden tener ámbito de influencia local, regional o nacional. Son personas que participan más activamente en la toma de decisiones y tienen liderazgo sobre el grupo al que pertenecen.

otorgado en el concurso “Experiencias significativas en promoción de la salud en la Región de Las Américas”, promovido por la OPS. (OPS/OMS, 2017).

Como una muestra del trabajo realizado en el municipio, se resume en la tabla 9.1, aspectos claves del contenido del más reciente taller realizado para asumir nuevos compromisos en pro de la salud de la población y que a su vez, es un ejemplo de la práctica del ASIS a nivel municipal:

**Cuadro 9.1.** Taller análisis de la situación de salud. Municipio “Jesús Menéndez”. Las Tunas. Cuba

Fecha: 7 de marzo 2019

Duración: 6 horas

Participantes: 16 personas

Preside: Vicepresidente de salud ante el Consejo de la Administración Provincial.

Invitada especial: Jefa del Departamento de Promoción y Educación para la salud (conductora del taller).

Representantes de todos los sectores acreditados en el territorio, así como los líderes de las organizaciones de masas: Federación de Mujeres Cubanas (FMC), Comité de Defensa de la Revolución (CDR) y Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP).

Director Municipal de Salud y su equipo de trabajo.

**Desarrollo:**

1. Lluvia de ideas conducida por los tres Jefes de GBT participantes en el taller
2. Exposición de problemas debidamente registrados en aleógrafos
3. Debate en plenaria de los principales problemas identificados
4. Análisis y priorización de los problemas con el "método de ranqueo"
5. Ponderación de las soluciones
6. Acuerdo: elaborar una estrategia municipal para disminuir el embarazo en la adolescencia
7. Compromisos para la estrategia por los representantes de gobierno y los actores sociales
8. Seguimiento a los avances de la estrategia en reuniones trimestrales del Consejo de la Administración Provincial

**Puntos destacados:**

- Desde 2001 se desarrolla en los primeros meses del año el ASIS del municipio como herramienta útil para los servicios de salud.
- Durante este tiempo han surgido diferentes iniciativas desde el nivel local.
- Algunos de los asistentes se inician en el procedimiento de este ejercicio, se destaca la necesidad de perfeccionar las actividades de análisis epidemiológico que posibiliten identificar los problemas de salud y sus condicionantes sociales.
- Se explica que no es una sumatoria de problemas que se realiza en diferentes espacios y niveles organizativos del sistema de salud.
- Es una fortaleza para el ASIS disponer del sistema de información geográfica, establecido desde 1998 por la Unidad de Análisis y Tendencia en Salud (UATS) de la Dirección Municipal de Salud, como herramienta para la estratificación territorial que se incluye en los registros de morbilidad (análisis espacial) desde el consejo popular hasta la circunscripción.

No es posible concluir este capítulo sin hacer una breve referencia al tema de la comunicación comunitaria, elemento necesario para la participación comunitaria, no muy divulgado en el campo de la salud y que han transitado, desde propuestas seminales (Berrigan, 1981), hasta las opiniones de profesionales cubanos en ese campo. (Morfa y Sol, 2012). Ese desconocimiento no permitiría reconocer el valor de la comunicación para garantizar que se escuche la voz de las comunidades.

Es notoria la utilización de los medios de comunicación para ofrecer información de salud. En Cuba, durante los primeros años de creado el Sistema Nacional de Salud, su contribución fue invaluable para el control de las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia, mediante la instrucción a la población sobre las actividades preventivas que las reducían o eliminaban. Sin embargo, los actuales cambios contextuales y generacionales reclaman nuevos procedimientos en el uso de los medios de comunicación, que deben enfocarse en la comunidad y que resultan imprescindibles en las políticas para el desarrollo local de forma integral. Con acierto expresan las autoras mencionadas: “No se puede ver el desarrollo local como un fenómeno divorciado de la comunicación, sino que a esta se le ha de dar un papel fundamental como mediadores en la

búsqueda de estrategias diversas que permitan a la comunidad mediante los medios comunitarios lograr un equilibrio entre los diferentes actores que participan en el proceso”. (Morfa y Sol, 2012).

En momentos en que se impulsa la autonomía municipal, se requiere el concurso de expertos en comunicación comunitaria para facilitar la participación de la comunidad como ente vivo, que no solo reciba información, si no, que se involucre con sus opiniones y puntos de vista totalmente divulgados y compartidos, para contribuir a la solución de los problemas de salud que los afectan.

Aunque en este texto no se propone ningún modelo específico para la promoción de la participación comunitaria, es claro que los que se utilicen arrojarán resultados útiles a la toma de decisión encaminada a la generación de políticas, elaboración de programas y planes de acción, con independencia de los instrumentos que se utilicen para conocer el nivel de participación de la población. La modalidad que se escoja, deberá igualmente contar con la participación del grupo involucrado en el control de los resultados que se obtengan. (Sanabria, 2001)

La utilización de cuestionarios para la evaluación de la percepción de los pobladores y los foros comunitarios pueden ser útiles, tanto para estimular la participación de la población en el levantamiento de los problemas, como para evaluar los resultados. Además, la sistematización de experiencias -ejercicio insuficientemente utilizado- aporta el compromiso de los actores con el proceso vivido, en función de la solución de un problema de salud.

Tan importante es que el ASIS genere datos válidos y confiables convertidos en conocimiento epidemiológico, como que sea producto y a la vez favorezca procesos de participación social (comunitaria e intersectorial). Las estrategias de consulta democrática e involucramiento de la población en la planificación y gestión de la acción sanitaria, operan como un elemento dinamizador e integrador de la base social frente a la problemática de salud, siendo además mecanismo clave para promover el protagonismo y el empoderamiento de la población, entendido este último como la transformación de su relación con su salud y la concienciación sobre la existencia de sus derechos sociales. (López, 2018)

La comunidad puede organizarse, identificar los problemas y proyectar acciones para solucionarlos, pero su capacidad de involucrase en la ejecución de esas acciones puede estar condicionada a la disponibilidad de financiamiento. Los actores sociales con acceso a los

recursos financieros deben propiciar un escenario en el cual la comunidad confíe en que podrá disponer de fondos que soporten sus proyectos derivados del ASIS. La participación activa de los actores sociales desde el inicio mismo del proceso, se fomenta cuando se tiene certeza que el ejercicio teórico para analizar su realidad culminará con la transformación deseada.

## Consideraciones finales

A los fines de la realización del ASIS, se han expuestos conceptos y enfoques que deben reafirmar la obligada participación de la comunidad en general y los actores y sectores sociales en particular, pues si se limita exclusivamente a la redacción de un informe técnico por el personal del sector de la salud, se restringen sus objetivos y propósitos. Sin la participación de todos los sectores comunitarios, el ASIS pierde eficacia como proceso y su impacto transformador será limitado.

Con la participación social y comunitaria, los problemas que atañen a la salud no solo se identifican sino también, deben resolverse y evaluarse las acciones para que no se reproduzcan y por supuesto, por encima de esa participación, debe primar la voluntad política que aúne los esfuerzos de todos los involucrados en la solución de los problemas de salud.

Los integrantes de la comunidad conocen muy bien su realidad, por tanto, sin su participación, no tiene sentido analizar los problemas de salud que los afectan, la influencia de los determinantes sociales de la salud en su aparición y sobre todo, las posibilidades de solución, todo lo cual refuerza la importancia de la participación comunitaria en el ASIS.

## Referencias bibliográficas

- Arroyo, H. (2012): Formación de recursos humanos en educación para la salud y promoción de la salud: Modelos y prácticas en Las Américas. Puerto Rico, San Juan.
- Berrigan, F. (1981): La comunicación comunitaria. Cometido de los medios de comunicación comunitaria en el desarrollo. París; Unesco.
- Bichmann, W. (1989): Cómo medir la participación de la comunidad. *Foro Mundial de la Salud*; 10 (3/4), 482-488.
- Bidwell E.W.W. (1988): La Salud para todos: el camino por recorrer. *Rev Foro Mundial de la Salud*; 9 (1): 38-46.
- Bartle, E.G., Couchonnal, E.R., Canda, M., Staker, D. (2002): Empowerment as a dynamically developing concept for practice: Lessons learned from organizational ethnography. *Social Work*; 47: 32-43.

- Castell-Florit, P. (2007): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P., y Lozano, A. (2018): Un estilo de liderazgo oportuno en salud pública. La Habana: Ediciones CEDIH.
- Céspedes, M. (2017): Evaluación y participación ciudadana: aportes para una estrategia de integración. Fortalecimiento de Capacidades en Evaluación (Proyecto FOCEVAL).
- Departamento de Orientación Revolucionaria, Comité Central del Partido Comunista de Cuba (1976): Constitución de la República de Cuba. Documento impreso.
- Asamblea Nacional del Poder Popular. (2018): Proyecto de Constitución de la República de Cuba. La Habana, Empresa de Artes Gráficas Federico Engels.
- De Roux, G. (1990): Participación social y sistemas locales de salud. En: Paganini, J.M., Capote, R. Los sistemas locales de salud. Washington, D. C.: OPS, 519, pp 28-49.
- Domínguez, E. y Zacca, E. (2011): Sistema de salud de Cuba. Salud pública Méx;53 (Suppl2):168-76. En: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800012&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012&lng=es)
- Espina, M. (2006): Apuntes sobre el concepto de desarrollo y su dimensión territorial. En: Guzmán, (Ed.). Desarrollo local en Cuba, retos y perspectivas. La Habana, Editorial Academia, pp. 46-63.
- Franco, S. (2015): La crisis intelectual de la salud. Periódico El espectador. Colombia, 24 nov 2015. En: <http://www.elespectador.com/opinion/opinion/la-crisis-intelectual-de-la-salud-columna-601189>
- Fresno, J.M. (2014): Participación, sociedad civil y ciudadanía. Fundación FOES-SA. En: <https://www.foessa2014.es.informe.pdf>
- Frøding, K., Elander, E., Eriksson, Ch. (2011): Neighbourhoods development and public health initiatives: who participates? *Health Promotion International*;27(1):102-16. En: <http://heapro.oxfordjournals.org/doi:10.1093/heapro/dar024>
- Gajardo, M. y Wertheim, J. (1983): Educación participativa: alternativas metodológicas. *Rev Latina Educ Mex*;13(3):83-10
- García, R.P., Ballbé, A.M., Iglesias, N.R. (2015): El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Educ Méd Super*; 29(3). En: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/501>
- George, A.S., Mehra, V., Scott K., Sriram, V. (2015): Participación de la Comunidad en los Sistemas de Salud de Investigación: una revisión sistemática. *PLoS ONE*;10(10):e0141091. doi: 10.1371/ journal.pone.0141091.
- Guillen, A., Sáenz, K., Badii, M.H., Castillo, J. (2009): Origen, espacio y niveles de participación ciudadana. *Internat J Good Conscience*;4(1):179-193. En: [www.spentamexico.org/v4-n1/4\(1\)%20179-193.pdf](http://www.spentamexico.org/v4-n1/4(1)%20179-193.pdf)

- Hernandez, J.L., Figueroa, G., Nuñez, J., Armas, I., Alcarzar, A. (2014): Obstáculos en el desarrollo local en Cuba. Análisis y propuestas desde la gestión universitaria del conocimiento y la innovación. En: Jover J, editor. La Habana, Editorial Universitaria Felix Varela, pp. 55-77.
- Jiménez, L. (1996): El Consejo Popular: Un espacio de concertación y participación social en salud. [Informe técnico]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Kickbusch, I. y Maag, D. (2008): Health Literacy. In: Heggenhougen K, Quah S, (Eds.) International Encyclopedia of Public Health Vol 3. San Diego: Academic Press. En: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/kickbusch-maag.pdf>
- Laverack, G. (2012): Healthactivism. *Health Promot Internat*;27(4):439-34. En: <https://doi.org/10.1093/heapro/das044>
- López, R. (2018): El análisis de situación de salud poblacional. Reflexiones y desafíos. [Tesis]. México, Universidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública.
- Luis, I.P., Martínez, S., Álvarez, A.G. (2012): Community engagement, personal responsibility and self-help in Cuba's health system reform. *MEDICC Review*;14(4):44-7. In: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1555-79602012000400010](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1555-79602012000400010)
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, Facultad de Salud Pública.
- Martínez, S. (2012a): La participación comunitaria en Cuba. Ponencia en Panel. Espacio "Letra con Vida". Centro Cultural Dulce María Loynaz. La Habana. En: [www.saludvida.sld.cu/resumen-de-actualidad](http://www.saludvida.sld.cu/resumen-de-actualidad)
- Martínez, S. (1997): La investigación comunitaria y los valores éticos. En: Jose Acosta, (Ed.). Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana, Centro Félix Varela.
- Michels, A. (2011): Innovations in democratic governance: how does citizen participation contribute to better democracy? *Internat Rev Administrative Science*;77(2):275-93. En: <http://www.gsdrc.org/go/display&type=Document&id=4213>
- Minkler, M., y Wallestein, N. (2008). Community-based participatory research for Health. San Francisco. C. A., Jossey-Bass Ed, pp 27-3.
- Minsap (1984): Programa del Médico y Enfermera de la familia. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Morfa, G. y Sol, I. (2012): Medios y desarrollo: un reto desde lo comunitario. Contribuciones a las Ciencias Sociales. En: [www.eumed.net/rev/cccss/20](http://www.eumed.net/rev/cccss/20)
- Organización Mundial de la Salud. (2018): Informe de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Kazakhstan, Astaná, 25-26 de octubre de 2018. En: <http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016): Shanghai Declaration on promoting health in the 2030. Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference

- on Health Promotion. Shanghai. 21-24 November. En: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013): Organización Mundial de la Salud. 8va Conferencia Mundial de Promoción de la salud. Helsinki 2013 disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (1978): Declaración de Alma Atá. En: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- Organización Mundial de la Salud. (2002): Comunidades saludables: una guía para las comunidades y la salud comunitaria. En: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/hygiene/settings/healthvillages/es/](http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/healthvillages/es/)
- Organización de Naciones Unidas. (2015): Agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En: [www.un.org/sustainabledevelopment/es](http://www.un.org/sustainabledevelopment/es)
- Organización Panamericana de la Salud. (1984): Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de estudio de casos seleccionados. Washington, D. C. (Publicación Científica; 473).
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2002): La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del desempeño y Bases para la Acción. Washington, D. C. En: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2014): Salud en todas las políticas. 66.a Sesión del comité regional de la OMS para Las Américas. Washington, D. C., EE UU., 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas. En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2017): Concurso Experiencias exitosas en Promoción de la salud 2017. En: <https://www.paho.org/.../index.php?...concurso-experiencias...promocion-salud>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2018): Organización Panamericana de la Salud. Nota conceptual y Agenda Anotada. Encuentro Regional de Escuelas de Salud Pública sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Bogotá, Colombia. Documento en pdf.
- Ourplanet. (2019) Serie documental de Netflix. En: <https://www.efeverde.com/noticias/our-planet-limites-naturaleza/>
- Movimiento de Participación Ciudadana. MDEP Ciudadana. (2008): Conceptos y definiciones, Panamá 28 de julio de 2008.
- Partido Comunista de Cuba. PCC. (2017): Bases del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030: Visión de la Nación, Ejes y Sectores Estratégicos. En: <http://repositorio.geotech.cu/jspui/handle/1234/2723>
- Partido Comunista de Cuba (PCC). (s.f.). Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el periodo 2016-2021. (Lineamiento 127). (2017): En: <http://repositorio.geotech.cu/jspui/handle/1234/2732>

- Pasarin, M.I. (2010): Integración de las competencias de atención primaria y Salud Pública. Informe SESPAS 2010. *Gacet Sanit*;24(Suppl 1):23-7.
- Rasmussen, B. (1993): La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco. *Salud Pública Méx*;35(5):471-6.
- Rojas, F. (2009). La Salud Pública Revolucionaria Cubana en su aniversario 50. *Rev Cubana Salud Pública*;35(1) En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100003&lng=es&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100003&lng=es&lng=es)
- Sanabria, G. (2004): Participación social en la salud. El caso Cuba, 1959-200 [Tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
- Sanabria, G. (2004): Participación social en el campo de la salud.*Rev Cubana Salud Pública*;30(3). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es)
- Sanabria, G. (2001): Participación Social y Comunitaria. Reflexiones. *Rev Cubana Salud Pública*; 27 (2):89-95. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es)
- Secretaría de Salud de México (SSM). (2010): Manual de Mercadotecnia Social en Salud. En: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Manual\\_Mercadotecnia.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Manual_Mercadotecnia.pdf)
- Sosa, I., Lefèvre, P., Guerra, M., Ferrer, L., Rodríguez, A., Bonet, M., De Vos, P., Van Der Stuyft, P. (2013): Propuesta metodológica para la planificación, implementación y evaluación participativas en Áreas de Salud-Consejos Populares. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 29(2):173-83.En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252013000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200008&lng=es)
- Sosa, I., Rodríguez, A., Abreu, I., Guerra, M., Lefevre, P., De Vos P. (2011): Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana. *Rev Cubana Hig Epidemiol*;49(2):183-90. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200005&lng=es)
- United Nations (2019): Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. <https://www.un.org/.../UHC-Political-Declaration-zero-draft.pdf>
- Vega, R. y Torres, M. (2011): El papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Rev Cubana Salud Pública*;37(2):145-54. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200008&lng=es)

## CAPÍTULO 10

---

# **Análisis de situación de salud en la medicina general integral**

*Leonardo Cuesta Mejías, Nidia Márquez Morales  
y Lizette Pérez Perea*

### **Introducción**

El fundamento de la medicina general integral descansa en los principios básicos de la salud pública cubana y desde su propia denominación, presupone la integración de los enfoques clínico, epidemiológico y social, como la disciplina idónea para desarrollar la estrategia de atención primaria de salud. Su desarrollo en los niveles locales, posibilita la realización del análisis de situación de salud (ASIS) como una de las competencias básicas del médico de familia, para contribuir a identificar las necesidades y problemas de salud de las personas, la familia y las comunidades que atiende.

En momentos en que se propone la renovación de la atención primaria de salud (APS) y de la medicina general integral en Cuba, es oportuno desarrollar el contenido del capítulo con una síntesis de sus antecedentes como especialidad, un esbozo evolutivo de los procesos formativos que capacitan al especialista para desarrollar el programa del médico y enfermera de la familia y analizar algunos aspectos que argumentan la inclusión del ASIS como una de sus competencias básicas, necesaria para contribuir a elevar el nivel de salud de la población.

## La especialidad en medicina familiar

La medicina familiar como especialidad surge en el siglo xx con la intención de responder a la fragmentación de las especialidades mayores de la medicina que, a partir de la Segunda Guerra Mundial, contribuyó a disminuir el interés por la práctica de esta especialidad. No obstante, países como Francia, Italia, Alemania, Países Bajos, Dinamarca, España, Portugal, Canadá y EE. UU. mantuvieron la práctica de la medicina familiar.

En la década de los años 60 del siglo xx aparece una nueva etapa de la medicina familiar en EE. UU., Canadá, Holanda, Australia, Inglaterra y Nueva Zelandia. En EE. UU. en 1966, ya se denominaba medicina familiar y en 1969, con la fundación del *American Board of Family Practice*, se diseñan los primeros programas de residencias para formar médicos de familia. Desde 1970, la medicina familiar se extiende a los cinco continentes. (Ceitlin, 1978)

En Latinoamérica debe destacarse el caso de México, al establecerse en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, el primer departamento de medicina general, familiar y comunitaria en 1975 (Márquez *et al*, 2011). El desarrollo de la especialidad ha estimulado la creación de varios organismos rectores como la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA, siglas en inglés) que es el nombre aceptado por la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales/Médicos de Familia y fue formalmente constituida en 1972.

En América Latina, se creó en 1981 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), localizado en Buenos Aires, Argentina, como una organización internacional no gubernamental y sin fines de lucro. En la actualidad se ha denominado Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-Iberoamericana-CIMF) de la cual nuestro país es miembro activo desde 1997, aunque ya desde 1994 se había fundado la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (Socumefa). (Álvarez, 2014)

En Cuba, la medicina familiar se reconoce como una disciplina médica denominada Medicina General Integral y su principal objetivo es mantener la salud de las personas mediante una atención integral en el contexto familiar, comunitario y social. La implementación del programa del médico y enfermera de la familia ha contribuido de forma directa al proceso de consolidación de la medicina general integral y al fortalecimiento de la estrategia de APS, desde los policlínicos y consultorios de medicina

familiar transformados también en centros activos para la formación de recursos humanos y para la investigación. (González *et al*, 2018)

El modelo cubano de medicina general integral se sustenta en una especialidad con un predominio clínico, que comparte el conocimiento y las destrezas de otras especialidades integradas por las ciencias biomédicas, conductuales y sociales. El especialista en medicina general integral es capaz de resolver hasta 80 % de los problemas de salud, proporciona cuidados continuos e integrales con particular énfasis en la medicina humanística, la relación médico-paciente-familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos y la medicina integrada. Todo médico de la familia debe cumplir con los principios que rigen la medicina general integral desde los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación; es mediador del paciente con liderazgo en la comunidad, conoce la realidad social y dispone de herramientas para determinar y comprender el contexto de los problemas y la búsqueda de sus soluciones. Es el médico del primer contacto, experto en la atención continua, intradomiciliaria y comunitaria, con un amplio campo de acción enfocado al individuo, a la familia y la comunidad. Como prestador de servicios del sistema de salud a nivel local, desarrolla sus competencias en cumplimiento de la estrategia de APS (Minsap, 2018)

No obstante su buen desempeño y en función de los cambios en el contexto actual, para apoyar la labor del médicos de la familia se requiere un fortalecimiento del modelo asistencial y una renovación de los servicios locales, mediante una atención primaria transformadora dentro de un sistema de salud integrado, bien organizado, con equipos interdisciplinarios que trabajen en red entre todos los niveles de atención y aumente la capacidad resolutive de este médico (recursos humanos y financieros necesarios), de modo que las personas constituyan el centro de una atención humanizada, de respeto y calidad. (OPS/OMS, 2014)

El desarrollo de ese modelo de atención familiar exige la formación de un especialista idóneo y desde 1985, cuando se diseñó y ejecutó el primer programa de la especialidad en medicina general integral, se han diseñado e implementado cuatro versiones; la primera fue una versión provisional en 1990, la segunda versión en 1999, la tercera en 2004 y la actual versión es la que se ejecuta desde 2018. (González *et al*, 2018)

En todos los programas se mantienen los principios básicos de la especialidad: la promoción de salud y la prevención de enfermedades

y otros daños, la independencia cognoscitiva y el desarrollo de la creatividad para el enfrentamiento de los problemas de salud. (Alemañ y Díaz-Perera, 2013)

Los cambios entre uno y otro programa se relacionan con el tiempo de duración, reducido de tres a dos años en 2004; la estructura modular, el aumento de los perfiles, la atención tutelar de los profesores y los espacios de formación, que de inicio no fue solo en los consultorios de medicina familiar, porque también abarcaba las instituciones escolares y los centros laborales. En el actual programa formativo, el modelo del profesional incluye una nueva función que está relacionada con el enfrentamiento a situaciones emergentes como desastres naturales y otros fenómenos. (Minsap, 2018). No debe olvidarse que para este especialista, su etapa de formación de pregrado es muy importante y en ese sentido se elaboraron diversas propuestas que sirvieron de cimiento para su posterior especialización, unas desarrolladas en su totalidad en los planes de estudio correspondientes (Martínez, 1995) y otras de forma parcial. (García, 2016)

Un aspecto relevante de todos los programas de especialización en medicina general integral, como un principio rector, es la enseñanza tutorial insertada en el propio proceso asistencial (educación en el trabajo), de esta forma, el perfil del egresado responde en cada momento a las necesidades sociales y de la atención a la salud de las personas, las familias y la comunidad.

El especialista o residente en medicina general integral presta servicios directamente en el consultorio de medicina familiar, integra con la enfermera un equipo básico de salud (EBS) y recibe permanente atención del grupo básico de trabajo (GBT)<sup>1</sup> perteneciente al área de salud donde labora. Sus actividades están vinculadas directamente al programa de especialización y a otros programas que, por su alcance y dimensión, los entrena para desarrollar acciones en el orden personal, familiar y comunitario. También, se ha capacitado para laborar en otras instituciones

---

<sup>1</sup> El GBT, es una unidad organizativa del policlínico conformada por no más de 20 equipos básicos de salud, que se ajusta según las características de la comunidad. Lo integran un especialista en medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatra, licenciado en psicología, licenciado en enfermería, estomatólogo, técnicos en estadística, uno o dos técnicos de higiene y epidemiología y un trabajador social. La conducción del grupo la asume un médico especialista en medicina general integral con categoría docente, ya que desarrollan y participan en los procesos docentes de pre y posgrado, además de las funciones asistenciales y de administración. Cada GBT atiende un promedio de 15 a 20 EBS por área de salud. (Alemañ y Díaz-Perera, 2013); (González *et al*, 2018).

como: círculos infantiles, escuelas de diferentes niveles de enseñanza y centros laborales, además de ocupar responsabilidades administrativas en cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud. En relación con su desempeño en los centros laborales, se recomienda la lectura de una tesis doctoral, muy a tono con el momento de renovación del modelo de medicina familiar. (López, 2017)

El modelo de medicina familiar se inicia con los 10 primeros EBS<sup>2</sup> (Rojas, 2016), sus primeros espacios de trabajo fueron disímiles, en dependencia del ofrecimiento de la propia población a atender. Posteriormente, se construyeron locales específicos diseñados al efecto, con una infraestructura que incluye un área de espera para la población, un área de procedimientos médicos y de enfermería y un área para la consulta médica; están dotados de un mobiliario clínico y no clínico, de instrumental y equipamiento, así como de un listado de medicamentos para la atención diaria de la población asignada que no debe exceder los 1500 habitantes.

La población a atender por cada EBS vive alrededor del consultorio de medicina familiar y residen un poco más distantes en los consultorios que están ubicados en zonas rurales y montañosas. En estos casos los EBS tienen asignada poblaciones menores para no extender su área de cobertura.

## **Análisis de situación de salud en la medicina general integral**

De los antecedentes del ASIS en la medicina general integral, el más cercano corresponde a la década de los 70, cuando en el sistema de salud cubano se implementó el modelo de medicina en la comunidad y los residentes de las especialidades básicas (medicina, pediatría y ginecoobstetricia), realizaban los denominados “diagnósticos de salud”, con una real participación de los representantes de la comunidad. (Minsap, 1976); (Ordoñez, 1989)

Al implementarse el programa de especialización y en sus posteriores versiones, se desarrolla el ASIS como una de las funciones de atención integral del médico de la familia y como una práctica necesaria en

---

<sup>2</sup> Los 10 equipos básicos de salud (EBS) estuvieron ubicados todos en el área de la barriada de Lawton del municipio 10 de octubre, perteneciente al Policlínico Docente "Lawton". Se ubicaron en locales que se adaptaron para consultorios y fueron donados por la población y por centros laborales de la propia comunidad.

la estrategia de la atención primaria de salud (Minsap, 1988 y 2011). La realización del ASIS, junto a la dispensarización,<sup>3</sup> el ingreso en el hogar y la atención a personas en estado terminal o etapa final de la vida, constituye una de las actividades que diferencia al médico de la familia de las demás especialidades de las ciencias médicas en Cuba. (Álvarez, 2014)

Con estas competencias, el médico de familia debe identificar las características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución (Minsap, 2018). Para cumplir ese proceso de identificación y solución de problemas, es imprescindible que el EBS esté debidamente adiestrado, tanto para elaborar el ASIS, como para interpretar adecuadamente toda la información que se obtenga durante su realización.

Vale reiterar la importancia de ese adiestramiento, pues es pequeño el tamaño de la población que atienden los integrantes del EBS y deben seleccionar y utilizar correctamente las variantes metodológicas del ASIS, lograr una más activa y temprana participación de la comunidad en todas las etapas del proceso, y también incorporar las acciones intersectoriales. Estas acciones son complejas en comunidades de una extensión geográfica muy limitada, por la ausencia de actores sociales influyentes, y donde adquiere una singular relevancia la autoridad del representante de gobierno y su poder de convocatoria.

## **Análisis de situación de salud en el consultorio de medicina familiar**

Es notorio que se dispone de diferentes modelos para la realización del ASIS que fueron descritos en el capítulo 5 pero, sea cual fuese el modelo, todos incluyen las técnicas para su realización en las denominadas guías metodológicas, bastante similares según puede comprobarse en los contenidos del programa para los servicios (Minsap, 1988 y 2011),

---

<sup>3</sup> La dispensarización es un proceso organizado continuo y dinámico que permite la evaluación e intervención planificada y programada; está liderado y coordinado por el EBS, sobre la situación de salud de las personas y familias. Se divide en dos fases: el registro y la clasificación en grupos dispensariales (supuestamente sanos, con riesgo, enfermos y discapacitados) los cuales deben ser evaluados de forma integral con una frecuencia mínima según el grupo al que pertenezca la persona. (Alemañ y Díaz-Perera, 2013); (González et al, 2018).

los programas formativos (Minsap, 1990 y 2018), documentos (Pría *et al*, 2006) y libros de consulta (Martínez, 2004); (Martínez y Gómez, 2014); (Álvarez, 2014). No es necesario a los fines de este capítulo, reproducir todo el contenido de las guías (ver Anexo 5.2) y solamente se transcriben sus principales componentes, que ilustran sobre la información que debe obtenerse con su aplicación. En el programa de especialización en medicina general integral (Minsap, 1990) se incluyó una guía amplia, estructurada y sustentada en los elementos del campo de salud de Lalonde, cuyos contenidos se agruparon en:

- Datos generales de la comunidad.
- Datos demográficos.
- Aspectos generales de la mortalidad.
- Aspectos generales de la morbilidad.
- Información sobre la familia.
- Información socioeconómica.
- Información sobre la atención médica.
- Criterios sobre participación de la comunidad.
- Acciones de promoción y prevención.
- Identificación y fundamentación de los principales problemas de salud.

En el programa de 2011, más que una guía, se orienta al EBS para realizar el ASIS según los componentes siguientes.

- Descripción de la comunidad.
- Identificación de riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.
- Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas.
- Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.
- Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud.
- Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad
- Elaboración del plan de acción.

En el nuevo plan de estudio de medicina general integral se sugiere incluir el componente bucal del ASIS, que ejecuta el estomatólogo vinculado al consultorio de medicina familiar.

En cuanto al libro de consulta ASIS (Martínez, 2004), se reproduce la misma guía del programa del especialista en medicina general integral (Minsap, 1990) y en el libro de consulta *Medicina General Integral* (Álvarez, 2014), se proponen 5 etapas para la realización del ASIS:

- Obtención de la información.
- Análisis e interpretación de la información recogida.
- Identificación de los problemas de salud.
- Priorización o jerarquización de los problemas detectados.
- Plan de acción para su posible solución.

Aunque en este capítulo no se describen procedimientos metodológicos, resulta oportuno enfatizar que, sea cual fuese el modelo y la guía a utilizar, la identificación del problema o problemas no corresponde solo al momento de realizar el ASIS, sino como un ejercicio permanente en la labor cotidiana del médico de la familia, desde la detección del problema de salud que se transcribe en las historias clínicas individuales, las historias de salud familiar y la hoja de actividades de medicina familiar, cuyos datos acumulados, contribuyen a elaborar un correcto y oportuno informe técnico del ASIS; tampoco deben desdeñarse los datos provenientes de otros sectores, siempre que sean útiles para el ASIS y así se evita su recolección innecesaria.

Desde esa etapa de identificación de problemas se revela la necesidad de la participación comunitaria, no exclusivamente a través de entrevistas o reuniones oficiales con los líderes formales de la comunidad, también debe aprovecharse el intercambio frecuente de los miembros del EBS con la población en múltiples espacios y momentos, lo que asegura una información confiable, y no solamente la que se obtiene con la recolección de los datos establecidos por los sistemas de información de salud o de otras fuentes oficiales (Ver capítulo 6). En ocasiones, aunque no necesariamente en el momento en que se realiza el ASIS, la población ha identificado un problema y hasta ofrece posibles soluciones, lo que debe considerarse cuando se desarrolla la importante etapa de identificación de los problemas de salud.

Es innegable que se detectan complejos problemas de salud, cuyas causas y estrategias de solución requieren de investigaciones más rigurosas mediante un trabajo coordinado inter- o multidisciplinario y, por supuesto, los integrantes del EBS participan como miembros del grupo de investigación o según sus competencias, como conductores del proceso investigativo. Sin dudas, sea cual fuese la forma de participación, se beneficiarán de los resultados que se obtengan para mejorar su desempeño.

En síntesis, en cuanto a modelos a utilizar por EBS es conveniente recalcar que, más que reproducir contenidos sugeridos en guías rígidas

para la realización del informe del ASIS, lo importante realmente es la identificación de los principales problemas de salud que afectan a una población y definir estrategias de intervención para mejorar su estado de salud con un enfoque multidisciplinario, participación comunitaria e intersectorialidad. (González *et al*, 2018)

Sin dudas, la realización del ASIS no es una actividad exclusiva del EBS y en ese sentido, la función como tutores de los integrantes del GBT, debe contribuir a la correcta realización del ASIS que realiza ese equipo. Como se describió antes, “el GBT es una unidad organizativa del policlínico conformada por no más de 20 EBS, que se ajusta según las características de la comunidad”. (González *et al*, 2018); (Alemañ y Díaz-Perera, 2013).

Si se mantiene la realización del ASIS en el área que abarcan los GBT, serían los jefes los encargados de conducirlo en el espacio correspondiente a los 20 consultorios de medicina familiar a su cargo, por supuesto, con una visión integral sobre su heterogeneidad y no la simple sumatoria de los informes técnicos del ASIS elaborados por los integrantes de los EBS en cada consultorio que atienden. Esta precisión poblacional es indispensable para realizarlo, pues con frecuencia el contenido del informe técnico que elabora el GBT es similar al que se elabora en el consultorio, y se olvida que cada espacio tiene sus características.

## **Debilidades e insuficiencias del análisis de la situación de salud en el consultorio de medicina familiar**

Sin dejar de reconocer todos los aspectos positivos concernientes a esta función integral del médico de la familia, desarrollada por más de 35 años en el Sistema Nacional de Salud, es oportuno mencionar algunas de las principales debilidades e insuficiencias en la ejecución del ASIS que realizan los integrantes del EBS.

Constituye una contraproducente debilidad que desde el inicio del modelo del médico y enfermera de la familia en la década de los años 80 del siglo xx (Minsap, 1984), en la realización del ASIS se prioriza la identificación de los problemas de salud de los individuos, de algún que otro grupo poblacional y la comunidad como un todo, pero no a las familias residentes en la comunidad, cuando debía privilegiarse el “enfoque familiar”, como objeto-sujeto de estudio y trabajo fundamental de este especialista.

Si el médico de familia analiza el grupo social primario donde está inmerso el individuo que atiende, debía desarrollar el enfoque familiar

que a criterio de una experta consiste en: “[...] la valoración de la familia en el análisis integral de la salud, en el cuadro interno de la enfermedad o problema que aqueja al paciente. Significa la identificación de características familiares de riesgo, la consideración de la posible influencia de la familia en la evolución de la enfermedad, así como en su recuperación”. (Louro, 2014)

Este enfoque familiar se sustenta, según la propia investigadora, en: “[...] la concepción microsocia de la familia como grupo de personas que comparten indistintamente vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco o afecto” (Louro, 2014a). En ese sentido, el enfoque familiar presupone “ [...] una visión holística de la génesis y la manifestación de la salud y la enfermedad, expresa la puesta en práctica de los principios de la concepción sociopsicológica de la salud y la consideración de la familia como grupo complejo que regula la salud y como unidad básica de atención”. (Louro, 2014a)

La inclusión del enfoque familiar en la realización del ASIS por el EBS, permite optimizar las acciones dirigidas a lograr cambios comportamentales para la salud, ya que la familia constituye el primer y más importante espacio para educar, transmitir hábitos y estilos de vida a los individuos, por eso, desarrollar este enfoque es una deuda a solventar con la renovación del ASIS, para lo cual existe una cuantiosa información, incluido un manual disponible para los EBS, los integrantes del GBT y el personal de salud que apoya al médico de la familia. (Louro, 2002).

Otra debilidad presente en la realización del ASIS es que, lejos de reforzar su utilidad para identificar y solucionar problemas de salud, se transformó en un simple ejercicio de obligatorio cumplimiento anual, como parte del programa de la especialidad (residentes) y del propio desempeño del médico de familia.

Además de las debilidades mencionadas, la participación comunitaria en el ASIS ha representado una de sus mayores debilidades, incluida la ausencia de intercambios con los líderes formales e informales, aunque existan excepciones. Esta situación ha favorecido cierto desconocimiento de la población, al recibir escasa información acerca de los principales problemas de salud identificados en su lugar de residencia, por eso, en los planes de acción derivados del ASIS, la identificación y solución de los problemas correspondía exclusivamente al médico de familia y en algunos casos al EBS. No sorprende esta debilidad, pues el médico de la familia durante su etapa como residente, recibe escaso adiestramiento para

realizar actividades de participación comunitaria y desarrollar acciones de intersectorialidad, situación que deberá eliminarse con la correcta ejecución del nuevo programa formativo y específicamente, con el adiestramiento en los servicios. En ese sentido, fue estimulante el hallazgo de una publicación, cuyo objetivo fue elaborar una propuesta que contribuya a reducir o eliminar las limitaciones para la intervención participativa en el ASIS. (García *et al*, 2015)

A inicios del presente siglo, más de un lustro de establecido el ASIS como una competencia del médico de la familia, las autoridades sanitarias realizaron valoraciones críticas en la VII Reunión Metodológica del Ministerio de Salud Pública, sobre las insuficiencias para realizar el ASIS y se reconoció que “[...] aunque se logra su realización a todos los niveles del sistema, sin embargo, esta actividad no se realiza de manera uniforme en todo el país, la información que se ofrece no siempre es actualizada y no en todos los territorios se involucra a la comunidad en su realización”. (Minsap, 2001)

En etapas más recientes, el 60,1 % de los 138 jefes de GBT entrevistados, consideró que el ASIS es un simple informe, un documento, que debe ser actualizado anualmente.<sup>4</sup>

No por mencionarse al final, se resta importancia a una debilidad que debe eliminarse con presteza, representada por la limitada utilización del ASIS por los directivos para la toma de decisiones en los servicios de salud, como se comprueba en el capítulo 12. El desconocimiento del estado de salud de su población, sea cuales fuesen las razones, no propicia una toma de decisiones efectivas y eficaces que contribuyan a su bienestar.

Es obvio que toda acción humana genera beneficios, logros, ventajas, utilidad y provecho, pero también debilidades, deficiencias, insuficiencias y retrocesos. El cumplimiento de las expectativas creadas con el proceso de renovación del ASIS, deberá mantener y perfeccionar sus aspectos positivos y, al mismo tiempo, revertir estas debilidades e insuficiencias con el propósito de fortalecer el desempeño de sus principales ejecutores a nivel local, elevar la calidad de los servicios de salud y sobre todo, contribuir a mejorar el nivel de salud de la población.

---

<sup>4</sup> El informe final de esta investigación está en ejecución y derivó de una tarea conjunta OPS/OMS, Minsap y la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Algunos resultados de las entrevistas a los GBT se resumen en el capítulo 11.

## Consideraciones finales

En el contenido del capítulo se ha reconocido el vínculo del ASIS con la medicina general integral y la urgencia de renovar esta útil herramienta para los servicios de salud, como una competencia básica del médico de familia. Si esa renovación del ASIS no se acompaña de un elevado nivel de creatividad, sin reproducir esquemas metodológicos y bien ajustados al espacio donde se realiza, este contenido habrá perdido su propósito.

El médico de familia ha sido denominado un “guardián de la salud”, y como integrante del EBS es responsable de mantener el nivel de salud de la población que atiende, siempre acompañado por otros actores y sectores y con la participación indispensable de los integrantes de la comunidad. Reconocer los nexos de la tríada atención primaria de salud-medicina general integral-ASIS, como se ha sintetizado en el capítulo, permite entender la relevancia de su renovación como primordial objetivo del Minsap, que deberá aportar nuevo conocimiento a la teoría y la práctica de la salud pública en Cuba.

## Referencias bibliográficas

- Alemañ, E. y Díaz-Perera, G. (2013): Medicina familiar en Cuba. *Medwave*;13 (3):e5634 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5634
- Álvarez, R. (2014): R Medicina familiar en el mundo: historia, presente y futuro. En: Álvarez Sintes R, editor. *Medicina General Integral*, Vol. I. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Ceitlin, J. (1978): *Medicina de la Comunidad*. FEPAFEM/KELLOGG. Bogotá, Colombia.
- García, R.P. (2016): *Dinámica de la formación sanitarista interactiva del análisis de situación de salud en la carrera de Medicina*. [Tesis doctoral]. Ciego de Ávila, Centro de Estudios Educativos, Universidad de Ciego de Ávila.
- García, R.P., Ballbé, A.M., Pina, R., Iglesia, NR. (2015): El análisis de la situación de salud y la investigación-acción participativa en la formación médica. *Rev Gaceta Méd Espirituana*; 17(3). En: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1048/pdf76>
- González, L., Cuesta, L., Pérez, L., Presno, C., Fernández, I., Pérez, T., Guerrero, S., Pérez, C. (2018): El Programa del Médico y Enfermera de la Familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*;42:e 31. En: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31>
- López, J. (2017): *Estrategia de superación profesional para la atención médica integral a la Salud del Trabajador*. [Tesis doctoral]. La Habana, Universidad de Ciencias Médicas.
- Louro, I. (2002): *Manual para la Intervención en la Salud Familiar*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas. En: [http://files.sld.cu/rehabilitacion/files/2013/06/manual\\_para\\_la\\_intervencion\\_en\\_la\\_salud\\_familiar.pdf](http://files.sld.cu/rehabilitacion/files/2013/06/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf)

- Louro, I. (2014): Campo de salud del grupo familiar. En: Álvarez Sintés R, (Ed.). Medicina General Integral. Vol 1., Cap. 44., La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Louro, I. (2014a): Enfoque familiar en la atención sanitaria integral. En: Álvarez Sintés R, (Ed.). Medicina General Integral. Cap. 45. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Márquez, M., Sansó, F., Alonso, P. (2011): Medicina general. Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez, S. (1995): Modelo formativo-capacitante para el análisis de situación de salud. [Tesis doctoral]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Martínez, S. (2004): Análisis de Situación de Salud. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez, S. y Gómez, H. (2014): El Análisis de situación de salud. En: Álvarez Sintés R, (Ed.). Medicina General Integral, Vol. I. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Ministerio de Salud Pública. (1976): Fundamentación para un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (1984): Programa del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Ministerio de Salud Pública. (1988): Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (1990): Programa de Especialización en Medicina General Integral, 3 t. La Habana, Ed. Provisional.
- Ministerio de Salud Pública. (2001): Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Ciudad de La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (2011): Programa del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (2018): Plan de Estudio de la Especialidad de Medicina General Integral. La Habana, Universidad de Ciencias Médicas
- Ordoñez, C. (1989): Diagnóstico de salud en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 4 (4):54.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2014): Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 53º. Consejo Directivo. 66ª.Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- Pría, M.C., Louro, I., Gómez, H. (2006): Guía para la elaboración del ASIS en la atención primaria. Cuba. 2005. *Rev Cubana Med Gen Int*; 22 (3).En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000300002&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&Ing=es)
- Rojas, F. (2016): Extensión de cobertura en servicios de salud. Cuba 1960-2010. Historia Ilustrada, La Habana, West General Trading LTD, p. 91.

## CAPÍTULO 11

---

# Ejecución del análisis de situación de salud

*Silvia Martínez Calvo e Irene Perdomo Victoria*

### Introducción

La ejecución del análisis de situación de salud (ASIS), reconocido como un instrumento útil para los servicios de salud, requiere de conducción adecuada, acción que ha originado imprecisiones acerca de quién o quiénes, en lo concerniente al personal de salud, son los responsables en la práctica. Es notorio y se ha reiterado en este libro, que una de las competencias del médico de la familia y especialmente del equipo básico de salud (EBS) del consultorio, es la realización del ASIS como ejecutores directos. Esa responsabilidad debe sustentarse en un desempeño eficiente, para lo cual es indispensable que reciban asesoría y apoyo de personal especializado con prioridad del epidemiólogo, particularmente aquellos que se desempeñan en los niveles locales.

En el contenido de este capítulo, y con el propósito fundamentar la participación de los integrantes del EBS y del epidemiólogo, como principales ejecutores del ASIS a nivel local en Cuba, se sintetizan aspectos esenciales sobre sus competencias básicas y se enfatiza la importancia del trabajo multidisciplinario para la elaboración de tan valioso instrumento.

### El médico de la familia, la enfermera y el epidemiólogo

Son frecuentes las opiniones acerca de la función, tarea o actividad, que corresponde a los responsables de elaborar el ASIS en afán de lograr una estrecha relación interdisciplinaria. En Cuba, en el ámbito docente y

en debates en ocasiones estériles, se discute si el responsable es el médico de la familia o el epidemiólogo. En este sentido, fueron reveladoras las respuestas de 30 expertos en una encuesta realizada en el año 2012 (Martínez, 2012). Estos expertos se seleccionaron por su actividad docente directa con el médico de la familia (profesores), su labor investigativa sobre el tema y su función de control como directivos de los servicios de salud. Como promedio tenían 15 años de experiencia y 80,8 % consideró que los responsables de elaborar el ASIS eran los médicos de la familia, 45,2 % asignó esa tarea a los vicedirectores de áreas de salud y 38,5 % opinó que eran los epidemiólogos los responsables de su elaboración. Además, sobre este polémico tema, también fueron esclarecedores los resultados de un taller convocado hace años por el Minsap para debatir sobre la utilidad del ASIS. (Minsap, 2006)

Tal vez, el porcentaje no despreciable a favor del epidemiólogo, es resultado de la designación de especialistas en medicina general integral como vicedirectores de higiene y epidemiología en las áreas de salud y los municipios en todo el país, a partir de 1997 (Berdasquera *et al*, 2001); (Minsap, 1997). Esta decisión un tanto cuestionada, debía haber contribuido a reforzar en el equipo de salud la incorporación del enfoque epidemiológico, del pensamiento integral y del trabajo interdisciplinario, así como facilitar el alcance de los objetivos del ASIS. Sin embargo, no fueron totalmente incorporados los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar esas acciones. Ante esas respuestas, resulta oportuno esclarecer algunos elementos acerca de las competencias que para elaborar el ASIS requieren, los integrantes del equipo básico de salud y el epidemiólogo que debe fungir como ejecutor-asesor.

## Competencias del médico de la familia

La calidad en la formación de cualquier profesional no solo depende de los conocimientos y habilidades que desarrolle en el currículo universitario, sino también de los intereses y valores que regulen su posterior desempeño. *Aprender a aprender, saber hacer, saber vivir juntos y saber ser*, es parte del nuevo paradigma educativo en el que se sustenta el modelo de formación de recursos humanos en salud. Esto unido a las necesidades del mundo del trabajo, del desarrollo científico tecnológico y de las demandas sociales, permite orientar las acciones a la solución de problemas. (Perdomo, 2010)

La competencia profesional en esencia se ha definido como “el conjunto de las habilidades, destrezas, actitudes, valores y conocimientos teórico-prácticos que requiere un profesional de cualquier disciplina” (Irigoin y Vargas, 2002). Para el médico de la familia y la enfermera que conforman el equipo básico de salud del consultorio, el ASIS y la dispensarización (término que aún permanece a pesar de su inadecuación), son las competencias que de manera esencial lo diferencian de los profesionales más vinculados a la biomedicina y la clínica, pues su actividad se desarrolla directamente en la comunidad, donde debe identificar y contribuir a la solución de los principales problemas de salud. Por ello, el ASIS se convierte en el instrumento idóneo para tal propósito y, en consecuencia con el tema, surge una interrogante: ¿cuál ha sido la preparación de los integrantes del equipo básico de salud para elaborar el ASIS?

## **Competencias para realizar el análisis de situación de salud**

Son escasos los diseños curriculares que aseguren la formación del equipo básico de salud para realizar el ASIS, o sea, la capacitación simultánea del médico de la familia y la enfermera. Es legítimo que en la formación de pregrado no se diseñe este tipo de *curriculum*, pero es curioso que en la formación posgraduada (especialidad, diplomados, maestrías) tampoco se haya tenido en consideración la necesidad de integrar el EBS en ese importante momento. Por ejemplo, en la matrícula para ingresar a esos programas en la Escuela Nacional de Salud Pública, se admite a todo tipo de profesional de la salud y en el momento de desarrollar los contenidos, la visión integradora necesaria para el ASIS se difumina o se concentra en una o dos actividades con participación de diversas profesiones.

En ese sentido, un hecho excepcional que alude a la formación de equipos, fue el desarrollo de un curso de actualización en una universidad brasileña para los médicos de familia cubanos que estuvieron incorporados al programa *Mais Médicos* en el período 2013-2017. El curso incluyó en el diseño un tronco común para todas las profesiones y áreas específicas para cada una, con diferencias en el total de horas: 390 para médicos y enfermeros y 580 para odontólogos. (Opas, 2015)

Sin dudas, el médico de la familia y su enfermera pueden realizar de conjunto una práctica o un ejercicio de terreno, pero esto no significa que

exista integración para esa capacitación y mucho menos, que se desarrollen adiestramientos en servicio que los beneficie. Ambos han sido formados y capacitados de manera independiente, mediante *curriculums* no integrados, lo que ha representado una enorme barrera para su posterior desempeño en el consultorio.

Con esta insuficiencia docente, era de esperar que en el momento de realizar el ASIS existan ciertos vacíos de conocimiento acerca de las tareas y actividades que corresponden a cada miembro del equipo básico de salud, o que como sucede con frecuencia, surjan las discrepancias que favorecen la distribución indebida de tareas, cuando ambos poseen las habilidades intelectuales para cumplir con los objetivos y propósitos del ASIS.

No resulta adecuado elaborar una extensa secuencia sobre la adquisición de competencias por ambos miembros del equipo, pero sería inapropiado no reconocer que, durante la década de los años 70 del siglo xx, durante la formación de pregrado y posgrado en Cuba, aunque de forma individual, siempre han existido espacios para la enseñanza del ASIS y en los planes de estudio respectivos se diseñaron las competencias para su correcta realización.

En la etapa de formación de pregrado del médico de la familia, se incluyeron algunas habilidades en el denominado Nuevo Plan de Estudio (Ilizástigui, 1984); (Ilizástigui y Douglas, 1993). Con posterioridad, se perfeccionan esas habilidades con el diseño de una estancia integrada denominada Salud Pública, cuya estrategia docente debía proporcionarle una visión integradora que facilitara su posterior desempeño profesional. (Vela, 2015)

En cuanto a la formación posgraduada, en el capítulo 10 se sintetizó la evolución de los diferentes programas de especialidad en medicina general integral, por tanto, es impropio reproducir esos contenidos en este capítulo y sí, priorizar la aplicación de las competencias del médico de la familia como integrante del EBS y del epidemiólogo para realizar el ASIS.

En el actual programa formativo del médico de la familia (especialista en medicina general integral), se diseñaron cinco funciones para su perfil profesional: función de atención médica integral, docente y educativa, de administración, de investigación y funciones especiales. (Minsap, 2018)

Para cumplir estas funciones se elaboraron las competencias correspondientes y se transcriben seguidamente las que conciernen al contenido de este capítulo:

- Determina el estado de salud de la población a él asignada, familias, grupos y colectivos mediante el ASIS individual, familiar y comunitario.

- Realiza acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano y rehabilitación.
- Mantiene su atención mediante el método clínico epidemiológico con enfoque social.
- Realiza acciones de educación para la salud.
- Realiza acciones integrales de salud en ambientes especiales, con énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
- Capacita a los líderes de la comunidad.
- Coordina el trabajo del equipo básico de salud.
- Realiza coordinaciones intersectoriales para la solución de los problemas de salud identificados en su comunidad.
- Realiza el proceso de ASIS y planifica, de conjunto con la comunidad, las acciones de salud encaminadas a la solución de los problemas de salud identificados como prioritarios en su población.

Para promover las competencias del médico familiar y fortalecer el vínculo medicina general integral-epidemiología, resultó muy beneficioso el taller convocado por el viceministerio de higiene y epidemiología a finales de los años 80 del siglo xx, con la participación de expertos nacionales y de OPS/OMS, del cual derivaron inestimables recomendaciones para el trabajo conjunto del médico de la familia y el epidemiólogo en los servicios de salud. (OPS/OMS, 1988)

Es innegable que en su formación y en su desempeño cotidiano, el médico familiar ha recibido el conocimiento y las habilidades que le permiten desempeñarse con eficiencia para realizar correctamente el ASIS en la población del consultorio, pero eso no significa que asumirá todo el proceso de ejecución. Además, es indispensable la participación de los integrantes del recientemente ampliado grupo básico de trabajo, de los directivos y otros profesionales que se desempeñan a nivel local, como los estomatólogos y bioestadísticos y, por supuesto, el importante aporte que al ASIS hacen los líderes formales e informales de la comunidad. De todo ese conjunto de ejecutores, colaboradores y participantes, es el epidemiólogo quien ha sido formado para desarrollar las competencias más sólidas sobre la visión integradora que se necesita.

## **Competencias del epidemiólogo**

El epidemiólogo es la persona que investiga en la población la ocurrencia de la enfermedad, los daños y otras condiciones o eventos

relacionados con la salud, para describir su distribución, prevenirlos y controlarlos (CSTE, 2004). Para lograr esos propósitos, tal como sucede con cualquier profesional, necesita adquirir las competencias básicas entre las que descuelga la realización del ASIS como función esencial número uno y como uno de los cuatro principales usos de la epidemiología, de ahí, la necesidad de su incorporación al equipo básico de salud en el momento de ejecutarlo y de elaborar el informe técnico correspondiente.

Desde la década de los años 80 del siglo xx, han sido numerosos los encuentros en la región de Las Américas para debatir acerca de esas competencias y contribuir a una práctica epidemiológica consecuente con las funciones esenciales de la salud pública.(OPS, 1984)

En la primera década del siglo xxi, continúan estas actividades patrocinadas por las oficinas OPS/OMS de República Dominicana (2000); Bolivia y Brasil (2002) y Brasil (2007); con posterioridad se efectuó una convocatoria regional realizada en México en 2008, que contribuyó a un valioso intercambio Norte-Sur y cuyas recomendaciones aún mantienen su vigencia (OPS, 2008). En esa reunión se consideró que el epidemiólogo debe adquirir y desarrollar 12 competencias epidemiológicas básicas, recopiladas de la consulta Delphi con todos los epidemiólogos nacionales efectuada en el año 2007 y sustentada en dos preguntas clave: *¿qué se debería hacer?* y *¿qué se hace ahora?* (Mujica, 2008). Estas competencias se relacionan a continuación:

- Utilizar la vigilancia para detectar problemas.
- Conducir una investigación de campo.
- Hacer análisis epidemiológico de datos.
- Montar y evaluar sistemas de vigilancia.
- Diseñar estudios epidemiológicos.
- Analizar determinantes de la salud.
- Analizar bases inmunobiológicas y psicosociales.
- Alerta y respuestas inmediatas.
- Vigilar la mortalidad.
- Supervisar normas de control.
- Priorizar temas, áreas y poblaciones.
- Monitoreo y evaluación.

Como demostración del compromiso del epidemiólogo en la realización del ASIS, hace un quinquenio se efectuó una nueva reunión promovida por el Área de Vigilancia en Salud, Prevención y Control de

Enfermedades (OPS/OMS, 2011). A propósito de las recomendaciones emitidas en esa reunión, es oportuno reconocer que en la formación de posgrado es frecuente la inclusión de competencias para realizar el ASIS, particularmente en los programas de especialidad y maestrías de enfoque epidemiológico, tanto en Cuba como en varios países de Latinoamérica. (Arteaga, 2015)

No solamente en América Latina se debate el tema de las competencias de los profesionales de la salud pública, en particular, del epidemiólogo. En un interesante artículo, investigadores españoles concluyen que: “se requieren competencias transversales, en consonancia con un profesional versátil, y competencias específicas según el ámbito de actuación [...] la salud pública es un área de conocimiento multidisciplinario que trabaja estableciendo alianzas y colaboraciones más allá de disciplinas, profesiones y organizaciones” (Rodríguez *et al*, 2013). La reconocida Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, elaboró un manual de competencias para el epidemiólogo (Torres, 2016). Cada una de las competencias está muy bien descrita, se realiza mediante “buenas prácticas” y se evalúa por “evidencias” que permiten comprobar su cumplimiento. Estas competencias resumidas son:

- El ciudadano:
  - Orientación al ciudadano: satisfacción, participación y derecho.
  - Atención sanitaria integral.
  - Promoción de la salud, prevención y atención comunitaria.
  - Atención al individuo y a la familia.
  - Gestión por procesos asistenciales integrados.
- El profesional:
  - Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales.
  - Actitud de progreso y desarrollo profesional.
  - Compromiso con la docencia.
  - Compromiso con la investigación.
- La eficiencia:
  - Uso eficiente de los recursos.
- Los resultados:
  - Orientación a resultados en el desempeño profesional.

Como puede comprobarse, si se cotejan con las 12 competencias transcritas en párrafos anteriores, casi son similares, con la ventaja que se agrupan para su mejor interpretación.

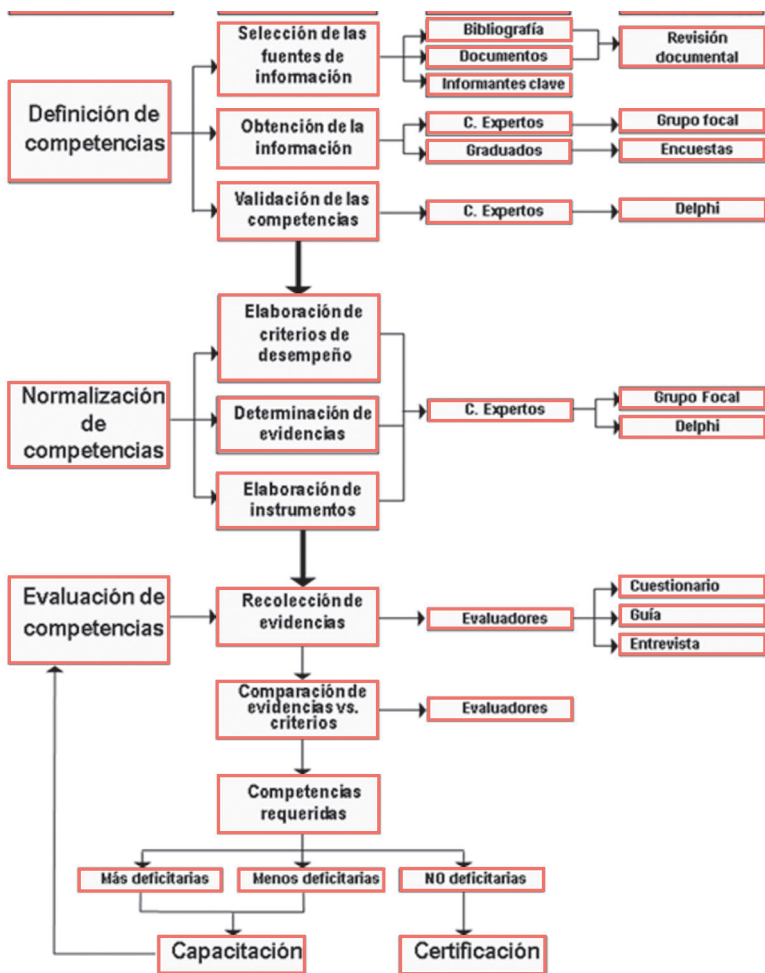
En la formación del epidemiólogo cubano han existido momentos de vacíos en la adquisición de competencias relacionadas con el ASIS, que promovieron acciones bien precisas para modificar ese panorama (Martínez, 2012). Estas acciones estuvieron impulsadas por la implementación del nuevo modelo del médico y enfermera de la familia. (Minsap, 1988); (OPS/OMS, 1988); (Caraballosa *et al*, 1990); (Caraballosa *et al*, 2000)

Surgieron entonces, en la década de los años 90 del siglo xx, oportunidades para desarrollar ejercicios evaluativos sobre las competencias propias del epidemiólogo, al mismo tiempo que se evaluaban otros profesionales de la salud en todo el país. (Salas, 1999)

Después de años de práctica epidemiológica en los servicios de salud en Cuba, era obligado indagar acerca de las competencias de esos profesionales, entre ellas, las relacionadas con el ASIS. En ese sentido, es de destacar el diseño de una estrategia metodológica para evaluar las competencias profesionales de los especialistas cubanos en higiene y epidemiología, en tres provincias del país (Perdomo, 2010). Estas competencias se relacionaron con tres de los cuatro usos básicos de la epidemiología: el ASIS, la investigación epidemiológica y la vigilancia epidemiológica. Se elaboraron los criterios de desempeño y se diseñaron tres instrumentos para recolectar evidencias sobre la adquisición y aplicación de las competencias en los productos del trabajo del especialista en su desempeño profesional, como se esquematiza en la figura 11.1.

La estrategia representó uno de los primeros y rigurosos intentos para obtener evidencias científicas a utilizar en la toma de decisiones y, además, constituyó un nuevo aporte valorativo sobre la utilización del ASIS en los servicios. Como uno de los procedimientos metodológicos, se identificaron las competencias que poseían los especialistas seleccionados mediante muestreo, según una escala integrada por tres categorías: más deficitarias, menos deficitarias y no deficitarias.

De las competencias para realizar el ASIS, entre las *más deficitarias* para confeccionar el informe técnico destacó la capacidad analítica y entre las *no deficitarias*, la capacidad para describir los indicadores y las variables, elementos descritos en el capítulo 13. Como resultados derivados de la investigación, se destacaron la inclusión de nuevas competencias en el plan de estudio de la especialidad de higiene y epidemiología y la utilización de la estrategia para evaluar las competencias profesionales, en otros especialistas del sector de la salud.



C: Experto: Comité de Expertos.

**Fig.11.1.** Metodológico para evaluar las competencias profesionales.

A través de sus procesos formativos, tanto el médico de la familiar como el epidemiólogo, han adquirido las competencias específicas para la realización técnico-metodológica correcta del ASIS, que incluye el desarrollo de un trabajo interdisciplinario en las diferentes etapas de su elaboración con el apoyo de los integrantes de los GBT. No puede

eximirse de esa tarea la incorporación de los profesionales que –según sus disciplinas– contribuyan a asegurar la calidad en la aplicación de este instrumento, útil para comprender donde y como se deben resolver los problemas de salud que afectan a la población.

A propósito de estas valoraciones sobre el trabajo interdisciplinario, es oportuno mencionar que en un importante curso virtual sobre las FESP, se reconoció que para desarrollar la función 1: monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud, en varios países de Latinoamérica (Hernández, 2014), se requiere una acción concertada por parte de los diferentes grupos productores de la información, de aquellos que la analizan y de los encargados de las decisiones, para cumplir con esta relevante función (OPS/OMS, 2009). En cada uno de esos grupos debe existir un conductor debidamente preparado, conocedor de los procesos y procedimientos metodológicos para confeccionar el ASIS. Si, por ejemplo, se necesita utilizar las técnicas de consenso o técnicas participativas, es inadmisibles que no se incorpore a un profesional de las ciencias sociales, experto en realizar observaciones participantes y encuestas en la comunidad, aunque su ubicación física no sea precisamente el consultorio de medicina familiar o el policlínico del área de salud. Sobre la utilización de estas técnicas se hizo mención en el capítulo 6.

Es frecuente que en los ASIS que se realizan a nivel provincial (estatal) o nacional se involucre a estos especialistas, sobre todo cuando la visión investigativa predomina sobre el quehacer cotidiano en los servicios. (Minsalud, 2014); (Instituto de Salud Pública, 2018). Sin embargo, los integrantes del EBS también pueden incorporar de un sociólogo, un demógrafo, un antropólogo, un geógrafo o un psicólogo social, lo que debe convertirse en práctica común en el momento de realizar el ASIS en el consultorio, como una excelente demostración de la voluntad de renovación en la aplicación de ese instrumento.

La facilidad que otorga el uso de las técnicas computacionales para la recogida y procesamiento de la información necesaria para realizar el ASIS, aspecto cargado de rechazo por una parte de los ejecutores, también ha sido objeto de renovadoras propuestas, no obstante, su utilización ha sido bien limitada cuando no ignorada (Paramio *et al*, 2011). No obstante, una herramienta tecnológica (software), acompaña la propuesta del modelo teórico-metodológico según determinantes sociales y equidad en salud, descrito en el capítulo 8.

En síntesis, no puede elaborarse un eficaz y eficiente ASIS, si no existe el conductor idóneo del grupo *ad hoc* para mantener su cohesión en

todas las etapas o fases de ejecución y, específicamente, en la confección del informe técnico, cuyo contenido debe traducir con nitidez la real situación de salud de la población objeto de estudio y facilitar la toma de decisiones. Esos decisores son los mismos que, en su función de autoridades en cada nivel organizativo del sistema de salud, son responsables de garantizar que los ejecutores del ASIS cumplan con los lineamientos metodológicos para su correcta elaboración.

## Consideraciones finales

La realización del ASIS, es una de las actividades del sistema de salud cubano para reconocer con precisión el desempeño de los dos profesionales que más se vinculan al espacio donde surgen los problemas de salud de la población. La aplicación de este instrumento metodológico necesita de la multidisciplinariedad como un elemento esencial e inherente, lo cual resulta difícil si no se dispone de un equipo eficaz con una conducción apropiada.

Sea cual fuese la modalidad del ASIS y el nivel de anclaje donde se realice, se necesita una atinada selección del conductor y una conformación integral del equipo, si se desean obtener los resultados esperados. Al exponer algunos criterios sobre las competencias del médico de la familia y del epidemiólogo, se aportan elementos para aceptar que por su desempeño, ambos profesionales se convierten en los candidatos idóneos para la ejecución del ASIS a nivel local, aunque es incuestionable el nivel de responsabilidad de los decisores en todo el proceso.

No se trata de obligar a nadie, se trata de eliminar barreras y así garantizar la renovación del ASIS sustentada en la actualización de las competencias de los responsables de su ejecución, en los nuevos enfoques del objeto de estudio y en los procedimientos ajustados al espacio donde se ejecuta. El propósito final, es identificar y resolver las necesidades y problemas de salud de la población.

## Referencias bibliográficas

- Arteaga, O. (Ed.) (2015): Competencias en Salud Pública: Síntesis de Dominio y Ámbitos. [Documento final de trabajo]. Red Chilena de Instituciones Formadoras en Salud Pública. En: <https://docplayer.es/13254629-Competencias-en-salud-publica-sintesis-de-dominio-y-ambitos.html>
- Berdasquera, D., Mirabal, M. C., Suárez, C. L. (2001): La integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria: Otro avance de la Salud Pública Cubana.

- Rev Cubana Med Gen Integr*;17(1):100-2. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000100014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000100014&lng=es)
- Caraballos, M. (1990): Aspectos generales del Programa Nacional de Formación del Especialista en Higiene y Epidemiología de Cuba. *Educ Med Salud*;24(3).
- Caraballos, M., Gómez de Haz, H., Ramos, I., Fariñas, A. T., Carrasco, C. M. (2000): Servicios y programas de la atención primaria en el proceso docente de higiene y epidemiología. *Rev Cubana Salud Pública*;26(1):17-20. En: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000100003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000100003&lng=es)
- CSTE. (2004): Workforce Summit. En: <https://cdn.ymaws.com/www.cste.../Workforce/AECPowerpoint.ppt>
- Hernández, J. (2014): Reunión Revisión Curso Funciones Esenciales de Salud Pública. Buenos Aires, Argentina. En: <https://slideplayer.es/slide/10314098/>
- Ilizástigui, F. (1984): La elaboración y diseño del nuevo Plan de Estudio (NPE) de Medicina 984. ISCM-H (Eds.), *Educación Méd Salud poblacional*, pp 40-71.
- Ilizástigui, F. y Douglas, R. (1993): La formación del médico general básico en Cuba. *Educ Med Salud*; 27(2),189-205.
- Instituto de Salud Pública (2018): Estudio de Salud de la Comunidad de Madrid. En: <http://madridsalud.es/estudio-de-salud-de-la-ciudad-de-madrid-2018/>
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002): Los procesos de competencia laboral. En: Competencia labora. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en en el sector salud. Montevideo, Cinterfor.
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral] La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Minsalud. (2014): Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Análisis de la Situación de Salud. Colombia, Bogotá, D. C.En: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../VS/.../ASIS\\_2014\\_v11.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../VS/.../ASIS_2014_v11.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (1988): Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Ministerio de Salud Pública. (1997): La Integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria de Salud. [Documento de trabajo]. Cuba, Ciudad de la Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (2006): Dirección Nacional de Epidemiología. Documentos del Taller provincial “Análisis de la Situación de Salud comunitaria”. Cuba, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (2018): Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Plan de Estudio de la Especialidad de Medicina General Integral.
- Mujica, O. (2008): Ponencia en el Taller Regional “Educación en Epidemiología aplicada a los sistemas y servicios de salud”, 17-28 febrero, Ciudad de México.
- OPAS. (2015): Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS,.68p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 1) ISBN: 978-85-7967-105-0

- Organización Panamericana de la Salud. (1984): Usos y perspectivas de la Epidemiología. Documento del Seminario. Buenos Aires, (Argentina), 7-10 noviembre, 1983, Publicación No. PNSP. Washington D.C., pp. 84-47.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1988): Taller Nacional de Epidemiología en los Servicios de Salud y el Médico de la Familia en Cuba. [Informe final]. *Bol Epidemiol*;3) .
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2008): Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Taller Regional "Educación en Epidemiología aplicada a los sistemas y servicios de salud", 17-28 febrero, Ciudad de México.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2009): Curso Virtual "Funciones esenciales de la Salud Pública. En: <https://www.campusvirtualsp.org/.../lanzamiento-del-curso-virtual-funciones-esenciales-de-salud-publica>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2011): Consulta Técnica con expertos sobre ASIS. Revisión de Lineamientos para el ASIS. 7-9 noviembre, Asunción, Paraguay.
- Perdomo, I. (2010): Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología. *Rev Cubana Salud Pública*;36(2):142-7. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200007&lng=es)
- Rodríguez, D., Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Capella, J., Lluís de Peray, J, Roma, J. (2013): Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gacet Sanit*;27(5):388-97.
- Salas, R. (1999): Competencia y desempeño profesionales. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Paramio, A., Oliva, M., Ledesma, M. (2011): Sistema automatizado para el análisis de la situación de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*;27(3):332-43. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300004&lng=es)
- Torres, A. (2016): Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Epidemiólogo/a de Atención Primaria. Manual de Competencias Profesionales 1 66 03.
- Vela, J. (2015): La formación masiva de médicos como factor clave en la cobertura sanitaria universal en Cuba. *Rev Cubana Salud Publica*;41(S1):20-39. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500004&lng=es)

## CAPÍTULO 12

---

# **Análisis de situación de salud y gerencia en salud**

*Carmen Arocha Mariño, Hilda Santos Padrón  
y Benito Pérez Maza*

### **Introducción**

Desde la visión gerencial, el análisis de la situación de salud (ASIS) podría considerarse como una tecnología sanitaria útil para la toma de decisiones, puesto que provee información acerca de los problemas de salud y sus determinantes en la población en un tiempo y un espacio específico. En este capítulo se describe la relación biunívoca entre la gerencia y el ASIS, las particularidades de los sistemas y servicios de salud que confirman su vinculación y las debilidades e insuficiencias que desde la perspectiva gerencial, deben eliminarse para lograr su verdadera utilidad.

Abundan los libros, artículos, informes técnicos y documentos que ilustran sobre la gerencia en general y la gerencia en salud en particular, por tanto, el contenido del capítulo está centrado en hacer patente el vínculo de la gerencia con el ASIS, más que a desarrollar aspectos estrictamente orientados a esa disciplina, que pueden obtenerse de esas innumerables fuentes.

### **Bases conceptuales de la gerencia**

La gerencia, administración, dirección o manejo, denominaciones utilizadas indistintamente, se asocia intrínsecamente con la necesidad

originaria del hombre de alcanzar resultados que excedan su capacidad física o psicológica, que los obligue a tomar decisiones grandes y pequeñas, situación que no ha variado en el tiempo. Como todas las actividades humanas, el proceso evolutivo también es inherente a la gerencia. A criterio de un estudioso del tema:

La gerencia evoluciona al mismo ritmo que los procesos sociales, productivos y de servicios. Esta correlación es imprescindible para que las instituciones puedan mantener su competitividad y cumplir con el viejo principio de convertir recursos en resultados. Durante esa evolución, la mayoría de los principios y paradigmas gerenciales han sufrido grandes transformaciones o han desaparecido. Se buscan nuevas respuestas y no siempre son las mejores [...]. Es notorio que todo grupo humano ha requerido siempre de conducción, de alguien que lo guíe u oriente, que identifique qué debe hacer, que distribuya los roles que a cada quien corresponda y que ordene la sucesión de acciones que intentan alcanzar el producto deseado. El liderazgo se ha convertido en un requisito para ser directivo y, en consecuencia, se ha pasado del liderazgo unipersonal al compartido. (Carnota, 2015).

No es hasta principios del siglo xx, que aparecen los primeros intentos por otorgarle una base teórica y práctica a un modo de hacer donde el talento natural, la espontaneidad y la prueba y error es la norma.

Se hacía necesario aprovechar la experiencia de los precursores como John Snow, citado por Cerda y otros (2007); Nightingale, citada por Amaro, Young y otros (2014); Fayol, por Golden y Taneja (2010). En el propio siglo xx, se destacan quienes se dedicaron a desarrollar temas enfocados a la administración en hospitales, Codman (1914) y a la administración científica, Taylor (1953), pero todos contribuyeron a la creación de un cuerpo disciplinario que pudiera enseñarse y aprenderse, enriquecido en etapas posteriores por otros relevantes promotores de la gerencia de calidad, quienes aportaron elementos como la evaluación de programas para el cuidado médico, Donabedian (1968), el control de la calidad, Ishikawa (1986) y la nueva Economía, Deming (1994).

En resumen, “hay algo así como una especie de *gerencia general o conceptual*, pero el peso mayor recae sobre las específicas, o sea, las que se corresponden con las particularidades de las grandes actividades humanas, como pueden ser la industrial, la comercial, la cultural, la hotelera

o la deportiva. La gerencia de los servicios de salud constituye una de las específicas”. (Carnota, 2019)

## **Información para la gerencia**

Desde el pasado siglo xx, la humanidad asiste a un proceso de cambios en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad; lo que hoy es oportuno y actual, mañana no es válido por obsoleto, de ahí que la información exacta, pertinente, veraz y que satisfaga la demanda de quienes la necesitan, ha emergido como un recurso imprescindible.

A la par de esos cambios en todas las esferas de la sociedad y la vida, también las organizaciones han variado el modo de gestionar sus recursos y en ese sentido, la información en los momentos actuales constituye uno de los recursos de mayor relevancia para garantizar el éxito y la competitividad mediante el aporte de elementos precisos para una acertada toma de decisiones. La decisión no es algo fácil de tomar y si es incorrecta puede entorpecer el quehacer del dirigente y comprometer los resultados en su área de desempeño, por ello, un dirigente capaz de tomar decisiones acertadas tiene gran parte del camino allanado. (Castell-Florit, 2013)

Las decisiones como los resultados, se expresan, se notifican o se dan a conocer en términos informativos, pues la información es una especie de vínculo que establece el modo de manifestarse todos los demás elementos. Otra manera de referirse a la información en el campo de la gerencia, es considerarla como un recurso que permite interconectar el resto de los factores.

Los gerentes en su actuar diario para la toma de decisiones exitosas, deben utilizar constantemente la información precisa y confiable que les asegure el triunfo en su desempeño, aunque en la actualidad mantenerse informado se ha convertido en una tarea complicada, debido a la velocidad de los cambios mencionados y al incremento en el volumen de las fuentes de información. Por ese motivo, es imprescindible que sepan discriminar el contenido de la información, identifiquen la que tiene valor, que sea intercambiable dentro de la organización o fuera de ella, y determinen la frecuencia con que hay que utilizarla para que cumpla su rol como recurso en los procesos gerenciales. (Sánchez y Rodríguez, 2000)

En el desarrollo e implementación de los procesos de gestión, es necesario recordar que un requisito previo para una gestión eficaz, es la claridad de la formalización de los flujos de información ajustados a los objetivos del

sistema, lo cual depende, en primer lugar, de un soporte de información para la gestión bien pensado. El sistema de información gerencial en salud se basa en la recopilación organizada de cualquier noticia o manifestación, obtención de datos (informes), que se compilan en instituciones de nivel inferior y luego se resumen en niveles intermedios y superiores.

Es irrefutable que una acertada toma de decisiones, necesita estar sustentada en datos e información fiable (Rodríguez, 2015), teniendo en cuenta que la secuencia información-decisión-información-resultado-información, resume lo que a nivel de detalles se manifiesta, cualquiera que sea la rama o sector que se dirige, de modo que permita contrastar los efectos con los propósitos o estándares establecidos y completar el ciclo con la puesta en marcha de medidas correctoras. En síntesis, la secuencia de la información-decisión es la siguiente:

- Determinar qué información se requiere para el asunto, la decisión, el problema o el trabajo a realizar.
- Saber qué hacer con la información que se obtiene.
- Generar nuevas informaciones como producto del análisis que se realice.
- Comunicar de la forma adecuada, como puede resolverse el problema planteado.

Es inherente a la gestión el proceso de recopilación, almacenamiento, análisis y uso de la información para lograr los objetivos de cualquier sistema, la efectividad de las decisiones y de las acciones ejecutadas, pues con la información se elimina la incertidumbre y se provee conocimiento. Todo lo expuesto ofrece elementos para una mejor comprensión del tema de la gerencia en salud, que es uno de los contenidos esenciales del capítulo.

## **Gerencia en salud**

El extraordinario desarrollo que ha tenido la gerencia en los últimos 50 años y paralelamente la gerencia en salud, ha sido posible porque ha asimilado los grandes aportes originados en el mundo de los negocios y se han adaptado para la mejoría, desarrollo y sostenibilidad de los sistemas y servicios de salud. Entre las publicaciones significativas al respecto están las de Deming (1994); Ishikawa (1986) y Donabedian (1968). Son importantes también las ideas de Peter Drucker relacionadas con la administración de empresas. (Sánchez, 2006)

Una de las oportunidades para aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios médicos para la población, se encuentra en el componente gerencial del sistema de salud. En el curso de su actividad gerencial cada gerente siempre enfrenta la necesidad de abordar tareas bien precisas, entre las que destaca la toma de decisiones, para lo cual requiere de la necesaria y pertinente información.

Es frecuente en el sector de la salud, que los gerentes o administradores consideren que la información útil es la que incluye a la población atendida, la que es de rápido acceso, de fácil interpretación y de bajo costo, debido a que tienen una perspectiva más institucional que poblacional. Con esta aseveración no está demás insistir en que, para los gerentes de salud, el análisis de la información estadística es fundamental y constituye una de las etapas del proceso de gestión en salud sobre la que se determina el estado de la salud de la población y la efectividad del sistema de salud. (Dussault, 1995)

La información estadística contribuye a identificar problemas específicos, se priorizan acciones, se establecen las tareas necesarias para un uso más completo y racional de los recursos humanos, financieros, materiales y técnicos dentro del sistema de salud y con ello se mejora la toma de decisiones. Tampoco debe descuidarse la trascendencia de la información epidemiológica, por su valor para gestionar los programas y servicios de salud, siempre que responda a la particularidad de población-territorio-tiempo.

Toda esta información constituye la esencia del ASIS y por supuesto, el tipo y cantidad dependerá del espacio donde se realice. Considerado como una tecnología gerencial de apoyo a la toma de decisiones, el ASIS permite la integración de la información proveniente de las principales fuentes de datos del sector de la salud y de los sectores relacionados, así como del contexto, para ser utilizada en los procesos gerenciales. Si la información es precisa y clara, permite a los gerentes ajustar las estrategias sectoriales e intersectoriales según las necesidades de la población, pues del trabajo integrado de los actores sociales, no solo se obtienen datos, sino que pueden crearse condiciones para apoyar con recursos esas estrategias.

Cuando se desarrolla el vínculo intersectorial para la identificación y solución de los problemas de salud, se obtiene información valiosa para diseñar y desarrollar estrategias conjuntas, encaminadas a convertir los problemas en oportunidades de mejoras y contribuir con la formulación de políticas públicas en materia de salud. Además, si los integrantes de los sectores implicados en los problemas de salud que se identifiquen,

responden por sus responsabilidades y el personal sanitario es competente para gestionar, procesar, integrar y analizar la información y hacerla oportuna, también posibilita a los gerentes el seguimiento de las acciones y la evaluación de los resultados.

El ASIS representa un procedimiento que integra información importante para la gestión de los servicios de salud, de ahí que es necesario reconocer que el contexto es múltiple y dinámico, pero a la vez particular, además, que se transforma por el medio y por el propio sistema de salud. No solo se debe valorar la información tangible que se genera que, en el caso del sector de la salud, pueden ser las tasas de mortalidad y morbilidad, la estructura demográfica y la situación epidemiológica, entre otros, sino también aquella que proviene de fuentes, quizás fuera de los sistemas de información estructurados y que aporta elementos significativos para el buen funcionamiento.

Deben identificarse los problemas que se adicionan generados por otros sectores y que, en muchos casos, son estos sectores los que aportan la solución para varios de esos problemas, lo que incrementa la complejidad en la toma de decisiones. Estas consideraciones reiteran la necesidad de utilizar el ASIS como una herramienta básica para el trabajo gerencial y pierde valor, si quienes requieren de esa información para decidir no lo reconocen.

Una forma hábil para que los tomadores de decisiones estén informados sobre los problemas de salud en el territorio a su cargo, es que esos problemas —mientras se obtiene y analiza la información— no se traten como eventos aislados, más bien, según surge el problema, deben mantenerse informados para involucrarse en su posible solución, al establecerse una retroalimentación mutua entre los responsables de la ejecución del ASIS y los gerentes. Por tanto, la información obtenida no puede ser privativa de los médicos y del personal sanitario, sino que deben acceder todos los implicados, incluidos los integrantes de los otros sectores.

Un aspecto prioritario es tener habilidad para buscar, seleccionar, procesar, gestionar y utilizar la información crítica, para que cumpla con el propósito previsto y que esté integrada y disponible en el momento apropiado para su análisis por los tomadores de decisiones, pues es sabido que la información se multiplica exponencialmente. Es frecuente, que los gerentes rechacen la indagación minuciosa de los resultados obtenidos con los indicadores utilizados en el ASIS, sin embargo, esto constituye uno de los procedimientos para garantizar la adopción de

decisiones informadas, al comparar esos resultados con estándares, con lo ocurrido en períodos anteriores, con promedios sobre el territorio o con los valores óptimos o logrados, y con otras instituciones y servicios de salud. También se determinan tendencias, se identifican relaciones causales y se evalúa el impacto de varios factores y todo eso, contribuye a establecer conclusiones e implementar la tecnología de gestión, o sea, preparación de proyectos de decisiones, tomar medidas e implementarlas y evaluar su efectividad.

Para la realización del ASIS no es suficiente la información procedente de registros y sistemas estadísticos, sino que debe aumentarse la búsqueda de información que revele aspectos esenciales para la salud de la población, o sea, debe ampliarse la mirada hacia el escenario en el cual se producen los eventos. Si esta información se desconoce o se desestima, puede provocar un efecto totalmente contrario al que se pretende, además de tomar decisiones que lejos de facilitar, obstaculizan la gestión de la organización.

Por ejemplo, si se quieren elaborar políticas públicas para reducir en un período de cinco años los factores de riesgo de las enfermedades crónicas en la población cubana, en la medida que falte información se incrementa el nivel de incertidumbre y si ese nivel es muy alto, también se eleva la posibilidad de que las políticas sean erróneas. Por otra parte, si la información es la correcta, pero quién debe decidir y ejecutar no la recibe en tiempo y forma, se afecta la continuidad y también los resultados. Aún más, estos resultados tienen que ser informados de la manera apropiada, para que la secuencia se mantenga mediante la facilidad de acceso a información, la organización de datos, el cribado de información y disponer de técnicas para la transmisión de la información [intranet, tecnologías de la información y las comunicaciones y otras], elementos bien relacionados con una actualizada gestión del conocimiento. (Blázquez, 2013)

Como parte del proceso evaluativo de la gestión en salud, tanto el uso de esas tecnologías modernas de información, de métodos matemáticos de procesamiento de información como la recopilación competente de información primaria sobre el estado de salud de la población y las actividades de los servicios, representan enfoques metodológicos indispensables para evitar la adopción de decisiones de gestión erróneas. Es así, que se reconoce la significación del ASIS como el instrumento idóneo para obtener cada día mejores resultados en la gestión de salud.

## **Gerencia en salud y el análisis de situación de salud**

Las particularidades de los sistemas y servicios de salud constituyen un elemento muy importante del arsenal teórico que sustenta a la gerencia en salud, pues son los rasgos que distinguen al sector sanitario de otros sectores. Estas particularidades están dadas por la participación de los usuarios y prestadores en los procesos de trabajo y la influencia que tienen unos sobre otros, la connotación individual, familiar y social de los resultados del sector; la confluencia de disímiles disciplinas para intervenir en la solución de los problema y la marcada importancia de las evidencias para la toma de decisiones, entre otras (Carnota, 2013). Las particularidades se entienden como características distintivas que ayudan a diferenciar y son además esenciales en los sistemas de salud. (Urrea, 2010)

No es pertinente a los fines del capítulo describir todas las particularidades que deben poseer los sistemas y servicios de salud, más bien precisar las que se consideran vinculadas en mayor medida con el ASIS. Toda gerencia implica el dominio de las peculiaridades del objeto a administrar y cinco de ellas están relacionadas directamente con el ASIS, son las siguientes.

### **Carácter social y cultural de la producción en salud**

En múltiples enfoques sobre la salud se alude implícita o explícitamente, a la influencia que en su adecuado nivel, tienen las condiciones en que viven y se desarrollan las personas, y para lograrlo, sea tan necesaria la participación de todos los sectores gubernamentales y de los actores de la sociedad civil (Bergonzoli, 2013). No es posible que solamente desde el sector sanitario se pueda lograr que las personas, familias y comunidades alcancen y mantengan niveles adecuados de salud (Rojas, 2004), por ejemplo, para diseñar una política pública dirigida a la prevención del tabaquismo, si se involucra solo al sector de la salud, es frecuente que las actividades se dirijan a lograr la deshabituación del hábito de fumar y se relegue el control y reducción de los factores condicionantes de la adicción, por tanto, lo más recomendable es reclamar la participación de diferentes sectores, más que la acción aislada del sector de la salud.

### **Predominio de las variables: población, territorio y tiempo**

Es innegable la influencia del territorio donde se inserta la población en la conservación de su nivel de salud, y en el cual confluyen un cúmulo

de factores históricos, culturales, económicos, políticos, sociales, climáticos y otros, que afectan directa o indirectamente la salud individual de los grupos y de las comunidades. Además, se refuerza la importancia de estas variables en el ASIS cuando se integran la ubicación geográfica, las formas de presentación de los problemas de salud en el tiempo y el comportamiento en salud individual y colectivo. (Ver capítulo 4)

Estas circunstancias históricas, demográficas, epidemiológicas y sociales en el que se da el proceso salud enfermedad de la población de un territorio en un tiempo determinado, demandan una respuesta integral, coherente y sinérgica. Es por eso que debe explicitarse en el informe técnico del ASIS, la necesaria interacción entre la población, el sector de la salud y los actores sociales del territorio donde se realiza, para ilustrar sobre la situación real y la influencia del contexto social más cercano a los individuos y contribuir a la solución de los problemas de salud que se detecten. (Bárcena *et al*, 2012)

### **Multidisciplinaridad, interdisciplinaridad y transdisciplinariedad**

Sin discusión, el ASIS no puede realizarse desde la visión de una disciplina única pues su realización exige la multi- inter- y transdisciplinariedad para la identificación del problema de salud derivado de un riesgo, una afección o daño y también, para las propuestas de estrategias de solución. La identificación del problema y su solución son acciones bien complejas, necesitan de esas diferentes visiones integradoras para facilitar la toma de decisiones y una de las disciplinas de mayor compromiso en la ejecución del ASIS, es la epidemiología.

En la medida en que los servicios tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población, la epidemiología y la gestión son socios, aliados lógicos. Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr, no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo. (Dussault, 1995)

La contribución fundamental de la epidemiología a la identificación de los problemas de salud, a la comprensión de la causa y al conocimiento de la dinámica de su distribución en una población, se reconoce universalmente y sus aportes son inestimables para la gerencia en salud pero, no obstante, en el caso del ASIS se requiere además del concurso de otras importantes disciplinas, particularmente de las ciencias sociales,

para que su realización alcance esa necesaria visión integral, tal como se explicó en el capítulo 11.

## **Alta presión social**

Esta particularidad de los sistemas y servicios de salud surge, básicamente, porque el centro de atención de los servicios de salud está relacionado con el ser humano, casi siempre, una persona enferma o lesionada, y la gran responsabilidad es restablecer su estado de salud hasta donde sea posible. Además, la buena o la mala salud es una cualidad inherente a la vida en cualquier edad, sexo, condición social, país, situación económica, entre otros, por eso, la necesidad común y universal que genera una demanda siempre creciente y nunca satisfecha, requiere de buenos y oportunos servicios de atención.

Una fuente de presión social permanente es el nivel de satisfacción de las personas ante los servicios de salud recibidos, que derivan tanto de la atención médica para solucionar problemas individuales, como de la acción dirigida a los problemas de salud colectivos. Ambos tipos de atención se vinculan directa o indirectamente con el acceso a los servicios, que con ingenua euforia se reconoce como acceso universal en un gran número de países, sin sustentar ese criterio en procedimientos rigurosos, que permitan detectar las barreras que lo limitan y que son procedimientos poco utilizados tal vez por desconocimiento de una buena parte de los gerentes de salud (Levesque *et al*, 2013); (Rodríguez, 2017). Estas son razones suficientes para comprender la necesidad del control social y de cómo debe ser gerenciado. En estos momentos de renovación y cambios, esta particularidad representa un punto clave en la prestación de servicios.

Desde esa visión gerencial, la implementación de cambios es toda una tecnología que es necesario conocer y dominar antes de pasar de la idea a su aplicación práctica. De no considerarla así, la probabilidad de que el proceso no salga bien es bastante alta. (Carnota, 2015)

## **Papel significativo de la evidencia**

Toda buena decisión en salud debe estar sustentada en sólidas evidencias (Barends *et al*, 2014), imprescindibles para los sistemas y servicios de salud, desde la correcta aplicación del método clínico en la atención médica individual, hasta una apropiada realización del ASIS en cuanto a la salud de la población. Las decisiones en el sector de la salud se toman basándose en numerosos factores, como las exigencias y

las preferencias de los usuarios, los profesionales y los administradores, aunque no necesariamente en ese orden. Además, entran en juego los intereses políticos y económicos, las relaciones de poder entre los participantes del proceso de la toma de decisiones, los costos, la disponibilidad de los recursos, las necesidades percibidas y las medidas.

Dada la complejidad de la toma de decisiones gerenciales, estas deben estar debidamente fundamentadas y respaldadas por evidencias derivadas de la rigurosidad científica con que se obtienen, por eso, no se concibe que el informe técnico del ASIS carezca del rigor que facilita una acertada decisión para contribuir a solucionar las necesidades y problemas de salud de la población que se estudia y, al mismo tiempo, tendrá mayor valor como evidencia científica para la toma de decisiones gerenciales, en la medida que incorpore las particularidades de los sistemas y servicios de salud.

## **Síntesis del vínculo análisis de la situación de salud-gerencia en salud**

Es innegable la relación entre la gerencia en salud y el ASIS. En la gerencia deben tomarse decisiones fundamentadas a la par de garantizar el aseguramiento técnico, organizativo y humano para el desarrollo de los procesos. Es oportuno reiterar la utilidad de la epidemiología en el proceso de toma de decisiones relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud; uno de los principales usos de esta especialidad es el ASIS, pues la información que ofrece contribuye a una correcta toma de decisiones.

Cuando en los resultados del ASIS, por ejemplo, se detecte la ineficacia de las políticas públicas, puede utilizarse un grupo de tecnologías gerenciales adaptadas para la gerencia en salud, como la introducción del sistema automatizado de historias clínicas en el proceso de atención médica mediante el enfoque Lean sanitario, útil para integrar acciones dispersas que simplifiquen esos procesos (Fernández, 2016). Ante determinados problemas de salud del conjunto de la población, identificados con el ASIS, se justifica la ejecución de estrategias para proyectar soluciones a mediano y largo plazo, por ello, este instrumento se considera como una tecnología gerencial junto a otras también vinculados con el ASIS, como la intersectorialidad y el liderazgo participativo. (Carnota, 2019)

En la práctica sanitaria se necesita del apoyo gerencial para utilizar los resultados que se obtienen con el ASIS, de modo que asegure el diseño

y ejecución de políticas, programas, estrategias y servicios, consecuentes con los problemas de salud identificados y encaminados a direccionar la gestión hacia los cambios organizativos necesarios que benefician a la población. (Martínez, 2018a)

Al mismo tiempo, se precisa disponer de un equipo de dirección que sepa utilizar el ASIS como una herramienta metodológica para la organización de los servicios y cumpla con su función de tecnología gerencial para apoyar la toma de decisiones. Para esto, es imprescindible garantizar la gestión de los recursos humanos con énfasis en las competencias técnicas, y mantener actualizados a los profesionales acerca de las prioridades y asuntos de mayor interés institucional y de la salud pública.

Debe aprovecharse la brecha de oportunidad que representa para Cuba el impulso a los procesos para la autonomía municipal, que enmarca y eleva el deber y las facultades relacionadas con el desarrollo integral en cada municipio y la consiguiente mejora en la calidad de vida de sus habitantes (Asamblea Nacional Poder Popular, 2019). Ese “desarrollo integral”, si bien requiere una base en lo económico, no se limita a esa esfera, pues si se aspira a elevar la calidad de vida de la población, esta se conforma por múltiples y diferenciables factores: salud, educación, cultura, vivienda, recreación, deporte, economía familiar, medio ambiente, medio social y otras.

En ese sentido, se comprueba nuevamente la utilidad del ASIS como una excelente tecnología gerencial para la toma de decisiones oportunas y atinadas y que, correctamente elaborado en cada municipio según sus prioridades específicas, se beneficiará de esa autonomía municipal que, en el sector de la salud, contribuye a incrementar las posibilidades para la mejor atención a la salud de la población.

## **Debilidades e insuficiencias del análisis de la situación de salud en el trabajo gerencial**

Los aportes del ASIS para la gerencia no deben invisibilizar las debilidades e insuficiencias que reducen su nivel de utilidad, a pesar de todas las ventajas que ofrece para la efectividad en la gestión. Es débil el compromiso de los decisores de involucrarse en el ASIS, desde el inicio del proceso de búsqueda de información, hasta que se implementan los planes de acción, no como actores principales en esas etapas, pero sí como controladores para su buen desarrollo.

En cuanto a las insuficiencias del ASIS y no solo en el ámbito nacional, en un estudio realizado en México (López, 2018) y debidamente comentado en el capítulo 2, se hace referencia a que un buen número de análisis no brindan información integrada de las ganancias en salud o salud positiva, ni la realidad de las desigualdades que se expresan en inequidades, lo cual dificulta la ejecución de estrategias bien formuladas.

La observación es válida, porque para prevenir las crisis también es preciso valorar objetivamente la connotación social de los riesgos, las causas de las diferencias entre grupos poblacionales y el análisis de otros factores que, en su conjunto, aportan información útil para la toma de decisiones, tanto en el sector de la salud, como en otros sectores vinculados a la producción social de la salud, entre ellos, educación, trabajo, seguridad social, deportes, cultura y otros.

La información centrada solamente en indicadores tradicionales contribuye a ocultar la situación de salud al interior de los grupos poblacionales, aspecto muy necesario para encontrar las diferencias tanto epidemiológicas como sociales, que determinan el comportamiento de la salud en cada uno de esos grupos. Además, impide la buena organización de los servicios, porque tiende a generalizar la toma de decisiones, sin considerar el perfil diferencial entre los grupos sociales.

En el mencionado estudio (López, 2018), se consideró que muchos de los informes carecen de la falta de información extrasectorial o son fraccionados y, además, desestiman el valor de la contribución de los actores sociales, dado que no tienen en cuenta el carácter social y cultural de la producción en salud. Esos vínculos intersectoriales serían una fortaleza si llegaran a constituirse a partir de vínculos comunitarios, donde los modos de participación social desplieguen el protagonismo hacia las instituciones y los ciudadanos en este proceso. (Castell-Florit, 2010)

En el ámbito nacional, entre las debilidades e insuficiencias del ASIS en las últimas décadas, destaca su escasa utilización para la toma de decisiones en los servicios de salud, de lo cual existen incuestionables evidencias (Martínez, 2012); (Artiles *et al*, 2009); (Minsap, 2006); (Muñoz, 2003) y (Rodríguez *et al*, 2002). En etapas recientes y con el objetivo de confirmar la utilidad de los informes técnicos del ASIS para la toma de decisiones gerenciales y la solución de los problemas identificados, los médicos residentes de las especialidades de organización y administración de salud y de bioestadística de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (Arocha, 2019), realizaron un ejercicio investigativo

en un consultorio del médico y enfermera de familia y en un policlínico, seleccionados en las 14 provincias del país en el año 2019.

La investigación también tuvo como propósito encontrar respuestas para la interrogante siguiente: ¿está el ASIS enfocado a los problemas de salud que se originan por los actuales cambios sociales, económicos, culturales y sanitarios que suceden en la población cubana? Como procedimiento metodológico se utilizó la guía para la elaboración del ASIS en la atención primaria, que incluye 10 componentes (Pría *et al*, 2006). Los hallazgos resultaron interesantes y por su grado de generalización merece comentar algunos.

En correspondencia con el componente gerencial del ASIS, no puede obviarse que en un informe técnico se valoraran los principales problemas relacionados con los programas y servicios de salud, sin embargo, se privilegiaban los datos sobre la productividad médica y se desdeñaban los principales problemas de salud que demandan atención institucional. Tampoco se describió con la rigurosidad necesaria, una actividad imprescindible para la realización del ASIS como es la participación ciudadana en la identificación y solución de problemas de salud, pues aunque se mencionan las quejas de la población, no se transcribe información sobre las situaciones que obstaculizan el empoderamiento comunitario y la participación social en los territorios, ni se intercambia con la población para conocer sus insatisfacciones, ni acerca de las limitaciones o trabas para que la propia comunidad proponga las soluciones a los problemas identificados.

Otra insuficiencia a destacar en los informes técnicos revisados fue el escaso desarrollo de las relaciones intersectoriales, reconocidas como una de las tecnologías gerenciales. Existen ejemplos de la falta de coordinación intersectorial, demostración de que no se tiene en cuenta el concepto de “salud” como producto social y exclusivamente se vinculan los hallazgos del ASIS con las acciones que se realizan desde el sector de la salud, sin traspasar sus límites.

Esto confirma la necesidad de que el informe técnico del ASIS, contenga información pertinente para desarrollar los procesos sectoriales e intersectoriales en la solución de los problemas de la población, y que esa información sea utilizada para la toma de decisiones. Además, el adiestramiento, el control y la supervisión permanente, constituyen herramientas gerenciales idóneas para asegurar que todas esas actividades se ejecuten según lo establecido y se alcancen los objetivos y propósitos del ASIS.

En relación con estas debilidades e insuficiencias en la confección del informe técnico del ASIS, además de los residentes de la especialidad de

organización y administración de salud, también los estudiantes de las maestrías en salud pública, de atención primaria de salud y de psicología de la salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, mientras cursaban el módulo de salud en sus ediciones de 2018, realizaron como ejercicio investigativo la revisión de la calidad del informe técnico para la toma de decisiones (Perdomo, 2019). Se revisaron 90 informes y las conclusiones de los estudiantes de las maestrías coincidieron con lo expuesto por los médicos residentes que participaron en el ejercicio anterior. En ambos grupos, los estudiantes observaron que la tendencia en los informes técnicos revisados era transcribir números y datos resultantes del cálculo de indicadores, más que establecer nexos entre los problemas identificados y la influencia de los determinantes sociales de la salud en su aparición, así como su vinculación con los grupos y familias más afectados y particularmente, su posible solución, como requiere ese instrumento documental.

Al contrastar los hallazgos de estos ejercicios investigativos con los resultados del estudio de revisión que se efectuó en México (López, 2018), se concluye que de manera general, aún persiste una brecha importante para que el ASIS sea reconocido como una tecnología gerencial, indispensable para la gestión y la toma de decisiones en salud. Ante este panorama, surge una nueva interrogante: ¿Cuál es la utilidad del ASIS para la gerencia en salud?

Es ineludible en el proceso de renovación del ASIS, establecer los cambios, modificaciones y aportes a su objeto de estudio, además del compromiso de los gerentes de salud en el reconocimiento de su utilidad para la toma de decisiones.

El ASIS se posiciona como un instrumento válido para esa toma de decisiones, cuando su enfoque se orienta a los determinantes sociales de la salud, rebasa así la descripción de un volumen de datos e información sobre los problemas que padece la población (Álvarez, 2009); (Santos, 2011). Este enfoque contribuye a detectar la influencia de esos determinantes sociales en la aparición de los problemas de salud, desde las múltiples dimensiones y factores relacionados con el binomio salud-enfermedad por encima de lo individual, poblacional y sectorial, o sea, en su dimensión holística. (Palma, 2014)

Entre las contribuciones del ASIS para la gerencia en salud, no menos importante que facilitar la toma de decisiones, está su contribución para recuperar el enfoque público de la salud pública. (Granda, 2009)

Esas respuestas diferentes debe proporcionarlas el ASIS mediante la identificación, análisis y expresión clara, detallada, abiertamente y a cualquier nivel poblacional, de todo lo relacionado con la salud, la enfermedad y sus riesgos. Los riesgos pueden tener alcance general (contaminación ambiental) o amenazar a determinados grupos sociales (adicción a sustancias tóxicas), también afectar a cualquier persona como riesgos menores (adopción de posiciones viciosas), aunque no entrañen graves consecuencias (Martínez, 2018). Sea cual fuese el tipo de amenaza derivada de los riesgos, estos deben identificarse con el ASIS para que sean de dominio público y, desde la esfera gerencial, diseñar intervenciones para su control y reducción, con la participación de la población como sujeto comprometido y no solamente como objeto receptor de las acciones.

Otro aporte gerencial del ASIS es que, ante determinadas emergencias sanitarias y por la complejidad de los eventos que se presentan, es imprescindible el análisis de información multidimensional para hacer predicciones y proyecciones, además de tomar decisiones para la implementación de medidas con el fin de prevenir las crisis. (Cortés, 2012)

Sin dudas, para la planificación de intervenciones y la organización de los servicios de salud, además de aportar elementos sobre la población o grupos poblacionales en estudio y de las instituciones o niveles que brindan la atención, en el ASIS se incluyen indicadores de recursos, procesos y resultados que muestran tendencias y criterios factibles para proyectar planes, programas y soluciones; solicitar y distribuir recursos materiales, humanos y financieros; proponer la creación de nuevos servicios e instalaciones o reorganizar los existentes; planificar la formación y desarrollo de profesionales y técnicos, priorizar áreas de especialización y adecuar las estructuras organizativas y funcionales, entre otras, durante el período previsto para las intervenciones. Corresponde a los dirigentes sanitarios la disposición de las condiciones y recursos necesarios para elaborar, divulgar y debatir el informe técnico del ASIS, a fin de crear una cultura corporativa acerca de su importancia y de su condición necesaria para reducir la incertidumbre y tomar mejores decisiones.

## **Consideraciones finales**

En el capítulo se han desarrollado contenidos que permiten entender la relación biunívoca entre el ASIS y la gerencia de salud, vínculo oportuno y necesario para el desarrollo de las políticas y estrategias del sistema de salud, ya que facilita el nexo entre los problemas prioritarios que afectan

a la población y las propuestas de solución pertinentes, elaboradas de conjunto por todos los sectores y actores sociales comprometidos con la salud de la población. La intención al elaborar el texto, es estimular la cultura gerencial no solo en los directivos del sistema, sino en todos los involucrados en la realización del ASIS, como la herramienta que propicia la toma de decisiones, siempre que se realice con el rigor metodológico establecido y que lo convierte en una evidencia científica sólida, con valor práctico para el sistema y los servicios de salud.

## Referencias bibliográficas

- Amaro, M.C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*;20(3). En: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es>
- Álvarez, D. (2008): El papel de la epidemiología en la definición de políticas. Hacia la salud pública que se necesita. *Gacet Sanit*;22(Supl 1):8-13.
- Álvarez L. S. (2009): Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerencia y Políticas de Salud*;8(17):69-79. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005>
- Arocha, C. (2019): Evaluación de informes Técnicos del ASIS. Ejercicio docente. Curso “Salud Pública”. Programas de Maestrías. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Artiles, L., Alvarez, M., Norabuena, M.V. (2009): Proceso de gestión de ciencia, técnica e innovación en salud. Informe Final. La Habana, Minsap.
- Bárcena, A., Prado, A., Jaspers, D. (2012): Población, territorio y desarrollo sostenible. Santiago de Chile, CEPAL.
- Barends, E., Rousseau, D.M., Brinner, R. B. (2014): Evidence-Based Management. The Basic Principles. Amsterdam, Center for Evidence-Based Management.
- Bergonzoli, G. (2013): Análisis de situación de salud y sus tendencias (ASIST), en el paradigma de la producción social de salud (PSS). CEDETES. Colombia, Universidad del Valle,
- Blázquez, A. (2013): La información y comunicación, claves para la gestión del conocimiento empresarial. *Rev Dimensión Empresarial*:11 (1):23-32.
- Carnota, O. (2013): Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. *Rev Cubana Salud Pública*;39(3):501-23. En:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es)
- Carnota, O. (2015): Gerencia sin agobio. Un aporte a la eficiencia personal e institucional. 4ta ed. La Habana, Editora Política.
- Carnota, O. (2019): Calidad con sustentabilidad. Gerencia de las organizaciones sanitarias del sector público. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2010): Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2013): Saber qué hacer en la dirección de Salud Pública. La Habana, Editora Política.

- Cerda, L.J., Valdivia, C.G. (2007): John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Rev Chil infectol*; 24(4):331-4. En: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182007000400014&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000400014&lng=es); <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014>
- Codman, E. (1914): The product of hospitals. *Surg Gynecol Obstet*;18:491-4.
- Cortés M. (2012): Actividades de Inteligencia Epidemiológica. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Asamblea Nacional del Poder Popular. (2019): Proyecto de Constitución de la República de Cuba. Cap. II. Órganos Municipales del Poder Popular. Artículos 185-203. En: <http://www.granma.cu/reforma-constitucional/2019-07-10/en-pdf-nueva-constitucion-de-la-republica-de-cuba>
- Deming, W.E. (1994): La nueva economía. Madrid, Diaz de Santos.
- Donabedian, A. (1968): The evaluation of medical care program. *Bull NY Acad Med*; 44(2):117-24. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1750027/>
- Dussault, D. (1995): La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. *Bol Epidemiol*;16(2).
- Fernández M.I. (2016): Aplicación del método Lean Healthcare en un servicio de Ginecología y Obstetricia. *Metas Enferm*;19(1):21-6.
- Golden, M. y Taneja, S. (2010): Henri Fayol, practitioner and theoretician-revered and reviled. *J Managem Hist*;16(4):489-503. doi: 10.1108/17511341011073960
- Granda E. (2009): Perspectivas de la Salud Pública para el siglo XXI. En: Betancourt, Hermida, Noboa y Rodríguez, (Eds.). La salud y la vida. Vol 1. Quito, Ecuador.
- Ishikawa, K. (1986): *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Bogotá, Norma.
- Levesque, J.F., Harris, F., Russell, G. (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- López, R. (2018): El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Rev Fac Nac Salud Pública*;36(3):18-30. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03.
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral] La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Martínez, S. (2018): Comentarios acerca de la percepción de riesgo en la población cubana. *Rev Cubana Salud Pública*;44(2):426-30. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000200426&lng=es.384-7](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200426&lng=es.384-7)
- Martínez, S. (2018a): Acerca del artículo publicado que se refiere al análisis de situación de la salud bucal. *Rev Cubana Salud Pública*;44(1):184-6. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000100184&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000100184&lng=es)
- Ministerio de Salud Pública. (2006): Taller Provincial “Análisis de Situación de Salud Comunitaria”. Dirección Nacional de Epidemiología.
- Muñoz, R. (2003): El análisis de la situación de salud de la comunidad. *Rev Habanera Ciencias Médicas*; 2(6). En: [http://www.bbs.sld.cu/rev/hab/articulo\\_rev6.htm](http://www.bbs.sld.cu/rev/hab/articulo_rev6.htm)

- Palma, H. (2014): El análisis de situación de salud regional: una contribución para la identificación de los determinantes sociales de la salud. *Rev Peruana Epidemiol*; 18(S1):e08. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677008>
- Perdomo, I. (2019): Utilización de los criterios evaluativos para el Informe Técnico del ASIS. Ejercicio en el Curso de ASIS del programa de la Maestría Atención Primaria de Salud. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Pría, M.C., Louro, I., Gómez, H. (2006): Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Interg*; 22(3). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es)
- Rodríguez, P., Mukodsi, M., Serrano, M.M., Reyes, M., González, J.L., Díaz-Canel, A.M., et al. (2002). El Análisis de la Situación de Salud. [Informe técnico]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Rodríguez, Y. (2015): Gestión de Información y del Conocimiento para la toma de decisiones organizacionales. *Biblioteca An Investigac*; 11:150-63.
- Rodríguez, T., Fabelo, J.R., Iglesias, S. (2017): Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. *Rev Cubana Salud Pública*; 43 (1):16-26. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100003&lng=es&tlng=es)
- Rojas, F. (2004): El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública*; 30(3). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)
- Sánchez, A. J. (2006): Peter Drucker, Innovador Maestro de la Administración de Empresas. *Cuad Latinoam Administr*; 2(2):69-89. Bogotá, Colombia, Universidad El Bosque. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409634344005>
- Sánchez, B. S., Rodríguez, J. V. (2000): La información como recurso en el desarrollo de las organizaciones de las administraciones públicas. *An Document*; 3:155-65.
- Santos, H. (2011): Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública*; 37(2). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es)
- Taylor, F. (1953): Principios de administración científica. Buenos Aires, Ateneo, p.148.
- Urra, P.A. (2010). Los sitios web especializados de Infomed en la estrategia para la comunicación e información científico-técnica en salud [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Young, P., Amarillo, H.A., Emery, J. (2014): Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico. *Rev SACP*; 25(1/70). En: <http://sacp.org.ar/revista/14-numeros-anteriores/volumen-25-numero-1/70-florence-nightingale-y-la-enfermeria-en-el-hospital-britanico>

## CAPÍTULO 13

---

# Informe técnico del análisis de situación de salud

*Irene Perdomo Victoria y Silvia Martínez Calvo*

### Introducción

La confección del informe técnico del análisis de situación de salud (ASIS) representa un momento reflexivo para la búsqueda, recolección y posterior análisis de los datos. Como se enfatizó en el capítulo anterior, este informe debe elaborarse como un documento de amena lectura, que avive el interés de los decisores y demuestre su utilidad para el buen desempeño de los servicios de salud.

El contenido de este capítulo se considera muy conveniente, pues se examina con visión crítica ese esencial documento y se incluyen sugerencias para desarrollar un sistema de evaluación del informe técnico del ASIS que eleve la calidad de su contenido, con especial enfoque para el que se elabora en los niveles locales (consultorio del médico de la familia, área de salud y municipio).

Con la renovación que se promueve en el Sistema Nacional de Salud para la atención primaria de salud y la especialidad en medicina general integral, surgió la oportunidad de proponer un sistema evaluativo en interés del indispensable perfeccionamiento metodológico del ASIS, muy necesario para los servicios de salud en los ámbitos investigativos y docentes.

## Breve descripción del informe técnico sobre el análisis de situación de salud

Es conocido que por su extensión, el informe técnico sobre el ASIS siempre ha sido blanco de numerosas críticas y con ese pretexto, se han beneficiado quienes no lo revisan ni utilizan adecuadamente. No es menos cierto que su elaboración es compleja y se requieren ciertas habilidades para sintetizar el cúmulo de información que, según sus propósitos, debe obtenerse en los espacios seleccionados. Es oportuno aclarar que el contenido de este informe, siempre responde al esquema o guía utilizada para elaborar el ASIS, que a su vez se sustenta en el modelo seleccionado, como se explica en el anexo 5.2.

La elaboración del informe técnico debe ser una tarea en la que participan los diferentes responsables de su ejecución, al menos en su revisión final, para que su contenido permita desarrollar una evaluación precisa y objetiva. Resulta obvio que ese instrumento documental, deriva de las actividades que se realizan en las dos etapas del ASIS, las que deben supervisarse con rigor para que la transcripción de los resultados durante su redacción, sea consecuente con la información recopilada.

Los problemas derivados de la confección del informe técnico del ASIS no es una insuficiencia que compete solamente a sus ejecutores, ejemplo de ello es el estudio presentado en el capítulo 2 donde se revisaron 67 publicaciones relacionadas con el ASIS en 12 países de América Latina y el Caribe, con el hallazgo del predominio en los informes técnicos de la descripción demográfica y epidemiológica de los riesgos y daños basada en los datos estadísticos, pero carentes de un enfoque integral como requiere su fase analítica. (López, 2018)

A grandes rasgos, la elaboración del informe técnico debe incluir las fuentes de información de los datos, las técnicas utilizadas, la influencia de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud en la aparición de los problemas identificados; los aspectos relevantes para los tomadores de decisiones, como son los grupos de población más afectados por el problema que se consideró prioritario, la opinión de la población y los actores sociales sobre el problema y su posible solución, los objetivos del plan de acción y la propuesta de intervención debidamente aprobada por todos los involucrados en el ASIS. Todo este contenido debe redactarse con claridad y acompañarse de una síntesis ejecutiva, para estimular su lectura por los decisores.

## Procedimiento evaluativo para el informe técnico del análisis de situación de salud

Como en toda evaluación, en la propuesta evaluativa del ASIS se utilizan criterios explícitos y homogéneos, lo que reduce el grado de subjetividad del evaluador casi siempre influido por sus propias experiencias y conocimientos. Son escasas las referencias sobre la evaluación del ASIS, pues con frecuencia se prioriza su elaboración y ejecución sin considerar el procedimiento evaluativo del informe técnico.

En Cuba, este procedimiento evaluativo se utiliza en la esfera investigativa y como ejercicio docente que realizan profesores seleccionados, responsables de evaluar no solo el contenido del ASIS en cuanto a modelos y técnicas, sino también de identificar el enfoque metodológico utilizado, lo que contribuye a la adquisición de esta competencia para el posterior desempeño de los egresados. Por ejemplo, en fecha reciente se encuestaron 32 estudiantes de la maestría en atención primaria de salud (especialistas de medicina general integral que refirieron que no evalúan el informe técnico del ASIS que confeccionan en sus respectivos consultorios (Perdomo, 2019). Este resultado, confirma el predominio del procedimiento evaluativo del informe técnico en los ámbitos académico e investigativo, por eso, las propuestas para diseñarlo se elaboraron en esos espacios.

Sobre la evaluación del ASIS, en uno de los primeros planteamientos se expresa que “El ASIS debe acompañarse de un sistema de evaluación y monitoreo exhaustivo, así como de validaciones que permitan reforzar su científicidad metodológica y sus resultados” (Martínez, 1996). En etapas posteriores a esta recomendación, se consideró como propuesta evaluativa inicial la incluida en la edición provisional del programa para la formación del especialista en medicina general integral en 1990, sustentada en criterios evaluativos sencillos, con una secuencia a desarrollar en seis momentos y que sugiere el orden de presentación del ASIS (Minsap, 1990). Tanto con esta propuesta como las posteriores, se evaluaron

Las propuestas evaluativas posteriores, procedían de dos investigaciones sobre el ASIS. En la primera, publicada hace más de 20 años (Gómez 1999), se utilizó una guía para evaluar el informe técnico denominada *guía de revisión*, que cuantificaba la capacidad descriptiva y analítica desarrollada por los ejecutores del ASIS, mediante una escala con distribución porcentual, que otorgaba 40 % de los puntos a la descripción

de indicadores y 60 % al análisis de la información. Esta guía se aplicó a 20 informes técnicos que habían elaborado los profesionales que entonces cursaban la maestría en salud pública y atención primaria de salud en la antigua Facultad de Salud Pública, durante tres cursos académicos consecutivos. Para elaborar esos informes los maestrantes utilizaron la guía metodológica estructurada según los elementos del campo de salud de Lalonde.

Los resultados evaluativos fueron satisfactorios para la etapa descriptiva y deficientes para la etapa de análisis, según el puntaje obtenido con la escala de calificación siguiente:

- Menos de 70 puntos: desaprobado.
- De 70 a 79 puntos: aprobado.
- De 80 a 89 puntos: bien.
- De 90 a 100 puntos: excelente.

En la segunda investigación, también realizada hace casi dos décadas en la misma institución docente (Ramos 2000), se diseñó una nueva alternativa metodológica que incluyó una Guía de Revisión Modificada para evaluar también la capacidad descriptiva y analítica de 19 informes técnicos del ASIS y cuyos ejecutores eran los médicos residentes de higiene y epidemiología, de cuatro cursos académicos consecutivos. De estos informes técnicos, 15 provenían de ASIS realizados en áreas de salud y cuatro en municipios. La evaluación integral de los informes escritos, también se sintetizó en una escala cuantitativa y cualitativa:

- Menos de 70 puntos: desaprobado.
- De 70 a 79 puntos: aprobado.
- De 80 a 89 puntos: bien.
- De 90 a 100 puntos: excelente.

Es importante precisar que los indicadores incluidos en ambas guías de revisión, no representan un patrón para evaluar cualquier análisis, pues la selección de los indicadores depende de su modelo, del espacio estudiado y del nivel organizativo de los servicios, como se describe en el capítulo 6.

## **Utilización de los procedimientos evaluativos**

Como se expuso en el apartado anterior, las experiencias en la aplicación del procedimiento evaluativo del informe técnico del ASIS se

concentraron en el ámbito docente y, a pesar del tiempo transcurrido, casi no se utilizó en los servicios de salud, situación que debe modificarse si ciertamente se renueva el ASIS, por eso se recomienda revisar con minuciosidad estos procedimientos en su versión original, que forma parte del contenido de un libro de consulta sobre el ASIS. (Ramos, 2004)

El procedimiento aportado por Ramos fue abarcador, al proponer la evaluación no solamente para los informes de ASIS derivados del modelo campo de salud, sino para utilizarse en los modelos según grupos específicos de población y en la metodología del ASIS enfocado a las condiciones de vida, (Anexo 13.1). Se reconoce la vigencia y pertinencia del esquema propuesto para evaluar el informe técnico derivado de esta metodología, pues se considera como una aproximación avanzada para desarrollar el enfoque de los determinantes sociales de la salud en el ASIS descrito en el capítulo 7.

Transcurridas más de tres décadas de elaborar informes técnicos del ASIS por los EBS, aún es bien limitada su utilización en los procedimientos evaluativos para detectar su calidad, con las consecuencias esperadas de que en su confección abunden debilidades e insuficiencias que podían haberse evitado. A continuación, se transcriben algunas de las más frecuentes.

## **Debilidades e insuficiencias de los informes técnicos del análisis de situación de salud**

Acerca de las debilidades e insuficiencias en los informes técnicos del ASIS, dan cuenta algunas investigaciones realizadas en la última década (Martínez, 2000); (Rodríguez *et al*, 2002); (Pariente, 2010); (Martínez,2012); (Perdomo, 2019), donde se destaca:

- La información reiterada sobre las características históricas, geográficas, demográficas y político-administrativas en el espacio estudiado, sin tener en cuenta los cambios surgidos, ni su influencia en la situación de salud de esa población.
- La escasa información consignada en la historia familiar, que limitan el análisis de los problemas que se presentan en este grupo social primario.
- El énfasis en indicadores de morbilidad y mortalidad, sin aportar sus variantes como serían los indicadores para medir la carga de la enfermedad.
- La no aplicación de técnicas cualitativas o participativas, que no permite incorporar información relevante.

- El reducido enfoque clínico-epidemiológico y social, cuando se analizan los problemas identificados sin indagar su interrelación con los determinantes sociales de la salud.

Se añaden a estas debilidades e insuficiencias, otros resultados de estudios recientes como el descrito en el capítulo 10,<sup>2</sup> en el cual se solicitó opinión a los Jefes de los GBT sobre la aplicación y utilidad del ASIS, dada su posición clave como tutores y asesores de los médicos de familia. Aunque no habían utilizado ningún procedimiento evaluativo para los informes técnicos del ASIS, 36,9 % de los 178 entrevistados (66), opinaron que tenían buena calidad, algo contradictorio pues no se incluía la participación comunitaria ni la intersectorialidad, que constituyen elementos imprescindibles para realizarlo. Además de entrevistarlos, se visitaron 78 consultorios de medicina familiar y se revisaron 52 informes técnicos de ASIS, de los cuales 30 se habían elaborado en el 2017. Fue revelador que en 22 de los informes de 2018, se mantenían problemas de salud similares al año precedente, o sea, esos problemas no fueron solucionados.

En el otro ejercicio investigativo mencionado en el capítulo 12, y realizado por médicos residentes de la Escuela Nacional de Salud Pública, se obtuvieron importantes evidencias acerca de las debilidades e insuficiencias en el informe técnico del ASIS. Resultó curioso que como procedimiento metodológico para la revisión, no se utilizaron los criterios evaluativos ya descritos (Gómez, 1998); (Ramos, 2004), sino una guía para elaborar el ASIS, propuesta por Pría, Louro y Gómez que incluye 10 componentes. (Pría *et al*, 2006)

Los residentes consideraron que en los informes técnicos seleccionados del ASIS, en la etapa descriptiva se priorizó la información numérica, por ejemplo, se transcribieron las actividades realizadas comparadas con las metas establecidas en los planes y programas de control, sin desarrollar la etapa de análisis integral para relacionar la información obtenida con el contexto en que se producen los problemas de salud y tampoco se vincularon con los criterios de la población, ni con los servicios de salud.

Además, en los 90 informes técnicos revisados por los estudiantes de cuatro maestrías de la Escuela Nacional de Salud Pública en un ejercicio investigativo, mencionado ante, se detectaron debilidades e insuficiencias que

---

<sup>2</sup> El informe final de esta investigación está en ejecución y derivó de una tarea conjunta OPS/OMS, Minsap y la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

confirman el escaso valor que se otorga a este documento y no solamente para la toma de decisiones. Estos hechos demuestran la impostergable necesidad de actualizar el proceso de realización del ASIS y, particularmente, de perfeccionar las competencias que requieren sus principales ejecutores.

## **Procedimientos evaluativos renovados**

Si se desarrolla un proceso de renovación del ASIS, no es posible que permanezcan los mismos procedimientos evaluativos del informe técnico y en consecuencia con esos cambios, deben ofrecerse las propuestas en todo lo relacionado con ese indispensable instrumento, sobre todo, capacitar a sus principales ejecutores en los nuevos aportes que incluye el proceso evaluativo del informe técnico, para lograr su confección idónea y la confiabilidad del contenido.

La capacitación para la utilización del procedimiento evaluativo del ASIS, es una de las principales actividades para quienes lo ejecutan y asesoran actualmente en los servicios, básicamente los integrantes de los EBS, los jefes de los GBT y los epidemiólogos a nivel local. La redacción del informe técnico requiere de habilidad para transformarlo en un documento de fácil comprensión y amena lectura, que contenga la carga numérica imprescindible para avivar el interés de los obligados lectores, casi siempre ocupados en tareas administrativas engorrosas que les impide reconocer su utilidad. Al respecto se considera que: “[...] necesidad de hacer el ASIS más amigable, lo que va de la mano con lograr un documento que no sea innecesariamente voluminoso, que tenga una presentación dinámica que permita una lectura más ágil, pero sin perder la calidad técnica. Ello implica también lograr una redacción que no sea enrevesada y que evite el uso de tecnicismos [...]” (Palma, 2014)

Cumplir con esos requisitos, significa no solamente capacitar a los ejecutores del ASIS, sino también deben capacitarse los evaluadores del informe técnico, a los fines de entender muy bien los fundamentos de los criterios evaluativos y su aplicación. Se espera que el evaluador, mientras se realiza el ASIS, controle o supervise una o las dos etapas, lo que facilitaría la posterior evaluación del Informe.

La capacitación es impostergable para que se reduzcan o eliminen las debilidades, limitaciones, insuficiencias y deficiencias del informe técnico, aspecto no atribuible solamente a lo que ocurre en Cuba y que

se comprobó mediante la revisión de los resultados de la investigación realizaba en la Universidad de Antioquia, Colombia (López, 2018). Con un adecuado adiestramiento en los servicios, otro elemento de obligado cumplimiento tanto para la realización del ASIS como para la elaboración del informe técnico y su evaluación, estas deficiencias e insuficiencias no debían presentarse, porque transforman el dominio teórico en una verdadera práctica de servicios.

Más que un procedimiento basado en criterios evaluativos, es momento de establecer un sistema de evaluación para el ASIS, dada su ejecución en todos los niveles organizativos de los servicios de salud, es decir, elaborar un conjunto de orientaciones técnicas que permitan controlar, supervisar y evaluar las actividades en cada una de sus etapas, totalmente adecuado al modelo y los espacios donde se realiza y en particular, la confección del informe técnico. Debe evitarse la tendencia a convertir ese sistema en un conjunto de directrices y esquemas, que impiden la creatividad de quienes ejecutan el ASIS y su respectivo instrumento documental.

Es momento propicio para cumplir con el objetivo del Ministerio de Salud Pública planteado para todos los niveles del sistema de salud referido a: “rescatar el ASIS como concepto fundacional del programa del médico y la enfermera de la familia desde un enfoque de determinantes, con intersectorialidad y participación social, para tomar decisiones que impacten positivamente en el estado de salud de la población” (Minsap, 2019). Sin dudas, la incorporación de nuevas miradas a lo realizado durante años como rutina, no debe permanecer como enunciado, si no como reconocimiento al valor del ASIS como un instrumento indispensable para los sistemas y servicios de salud.

## **Consideraciones finales**

Se ha ofrecido una visión crítica a la confección y evaluación del informe técnico del ASIS, instrumento documental para la toma de decisiones en los servicios de salud. No se concibe que el informe carezca de un procedimiento evaluativo que permita comprobar su calidad y aún se fue más allá, puesto que sugiere un sistema de evaluación de todo el proceso desarrollado en la confección del ASIS.

Si como se explicó en el texto, se ha reconocido la relevancia del ASIS en los objetivos del Ministerio de Salud Pública de Cuba, es momento de

que el procedimiento evaluativo del informe técnico, no permanezca solo como una actividad propia del campo académico y sea utilizado en todos los espacios donde se realiza, con máxima prioridad en los consultorios del médico de familia, las áreas de salud y los municipios, lo que también sería un incuestionable paso de avance en el proceso de renovación de la atención primaria de salud y la medicina general integral en Cuba.

## Referencias bibliográficas

- Gómez, H. (1999): Evaluación metodológica del análisis de la situación de salud [tesis]. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.
- López, R. (2018): El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. Colombia, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. En <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/330061>
- Martínez, S. (1996): Modelo formativo-capacitante para el Análisis de Situación de Salud [tesis]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública
- Martínez, S. (2012): Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. [Tesis doctoral]. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública.
- Martínez, A. I. (2000): Limitaciones y necesidades de aprendizaje para el análisis de situación de salud Municipio Marianao. [Tesis]. La Habana, Facultad Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública (2019): Retos y Prioridades. En: <http://www.infomed.sld.cu/anuncio/2019/01/29/objetivos-de-trabajo-del-ministerio-de-salud-publica-para-el-ano-2019>
- Ministerio de Salud Pública. (1990): Programa de especialización en Medicina General Integral. T 1. La Habana, Edición Provisional.
- Palma, H. (2014): El análisis de situación de salud regional: una contribución para la identificación de los determinantes sociales de la salud. *Rev Peruana Epidemiol*; 18(S1):e08. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20313267700>
- Pariante, T. (2010): Metodología para el perfeccionamiento del análisis de la situación de salud (ASS). Proyecto de investigación 2011-2013. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Instituto de Ciencias Básicas y Pre-Clínicas (ICBP) “Victoria de Girón”, Facultad Playa.
- Perdomo, I. (2019): Utilización de los criterios evaluativos para el Informe Técnico del ASIS. Ejercicio en el Curso de ASIS del programa de la Maestría Atención Primaria de Salud. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Pría, M.C., Louro, I., Gómez, H. (2006): Guía para la elaboración del ASIS en la atención primaria. Cuba. 2005. *Rev Cubana Med Gen Int*; 22(3). En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000300002&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&Ing=es)

- Ramos, I. (2004): Criterios evaluativos para el ASIS. En: Martínez, S., editor. Análisis de Situación de Salud. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Ramos, I. (2000): Evaluación docente-metodológica del Análisis de situación de salud en la Residencia de Higiene y Epidemiología. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez, P., Mukodsi, M., Serrano, M.M., Reyes, M., González, J.L., Díaz-Canel, A.M., *et al.* (2002): El Análisis de la Situación de Salud. [Informe técnico]. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas

## Anexo 13.1

### Criterios para evaluar el análisis de situación de salud enfocado a las condiciones de vida

| Criterios de capacidad descriptiva                  | Total de puntos | Operacionalización                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Situación de salud del municipio                    | 20              | Descripción de la situación de salud según sus determinantes básicos. Se hace una valoración del último análisis de situación de salud realizado en el municipio |
| Caracterización del grupo poblacional               | 20              | Caracterización del grupo poblacional<br>Objeto de estudio según los indicadores que lo definen                                                                  |
| Total                                               | 40              | -                                                                                                                                                                |
| Criterios de capacidad analítica                    | Total de puntos | Operacionalización                                                                                                                                               |
| Utilización de técnicas y procedimientos            | 12              | Utilización de técnicas y procedimientos cualitativos y cuantitativos para la búsqueda y análisis de la información                                              |
| Formación de dimensiones                            | 12              | Definición y operacionalización de las variables en las 4 dimensiones del concepto condición de vida                                                             |
| Clasificación de asentamientos poblacionales        | 15              | Clasificación de los asentamientos poblacionales según condiciones de vida.<br>Aplicación del algoritmo para el cálculo del índice de desarrollo                 |
| Fundamentación epidemiológica de problemas de salud | 12              | Identificación y utilización del enfoque en los principales problemas de salud en los espacios poblacionales identificados                                       |

**Anexo 13.1** (Continuación)

| <b>Criterios de capacidad descriptiva</b>                                       | <b>Total de puntos</b> | <b>Operacionalización</b>                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carácter multidisciplinario e intersectorial del análisis de situación de salud | 5                      | Participación de los actores sociales de la comunidad para la identificación, priorización y solución de los problemas identificados para el grupo en cuestión |
| Organización del informe                                                        | 4                      | Estructura, coherencia y secuencia lógica del documento                                                                                                        |
| Total                                                                           | 60                     | -                                                                                                                                                              |

Este libro constituye una edición actualizada de *Análisis de situación de salud*, obra escrita por un colectivo de autores coordinado por la Dra. C. Silvia Martínez Calvo, publicado en Cuba por la Editorial Ciencias Médicas en 2004 y reeditada en México por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, en 2006.

En esta ocasión, los autores ofrecen una nueva mirada sobre el Análisis de Situación de Salud (ASIS), en 12 capítulos, en los que examinan con una óptica renovada la conceptualización, modelos, métodos y técnicas y su aplicación en el primer nivel de atención. Se amplía el enfoque teórico-práctico de la participación comunitaria y se incluyen nuevos temas relacionados con la utilización del ASIS en diferentes países de América Latina, los responsables de su ejecución, espacio y territorio, su importancia para la toma de decisiones en el campo de la gerencia en salud y el informe técnico final.

*Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada*, es una interesante obra de consulta dirigida a los profesionales del sector de la salud y otros sectores sociales comprometidos con mantener el nivel de salud de la población, siempre desde el enfoque renovado de la estrategia de atención primaria de salud y mediante sus actividades de atención, docencia e investigación.

Silvia Martínez Calvo es Doctor en Ciencias, Especialista de II Grado en Epidemiología, Profesor de Mérito, Profesor Consultante e Investigador de Mérito.