



ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**UTILIDAD Y APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CUBA 1988-2011**

Tesis presentada en opción al Grado de Doctor en Ciencias

Silvia Martínez Calvo

La Habana

2012

UN
HOMBRE QUE OCULTA LO QUE PIENSA,

O QUE NO
SE ATREVE A DECIR LO QUE PIENSA,

NO ES UN
HOMBRE HONRADO.

J. Martí

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. Los Usos de la Epidemiología	5
2. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública	7
3. El análisis de situación de salud (ASIS)	9
COMPILACIÓN	11
• Artículo 1: Opción pedagógica para el análisis de situación de salud en pregrado.	14
• Artículo 2: Aspectos generales del Programa Nacional de Formación del especialista en Higiene y Epidemiología de Cuba.	17
• Artículo 3: Una mirada retrospectiva al curso a distancia "Salud de la población".	18
• Artículo 4: El análisis de situación de salud: su historicidad en los servicios.	20
• Artículo 5: Análisis de situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana.	22
• Artículo 6: Equidad y situación de salud.	24
• Artículo 7: Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología.	26
• Libro: El análisis de situación de salud. (2 ediciones)	28
• Artículo 8: Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba.	29

• Resumen de los resultados	29
DISCUSIÓN GENERAL	31
1. Sobre la propuesta para la enseñanza del ASIS en pregrado y en posgrado.	32
2. Sobre la utilización del ASIS en el sistema de salud	37
3. Sobre el enfoque investigativo (integrador) del ASIS	47
4. Sobre los procesos de renovación del ASIS	51
5. Consideraciones finales	61
CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LA COMPILACIÓN	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS GENERALES	66
ANEXO 1	82
ANEXO 2	85

INTRODUCCIÓN

El fundamento de la obra científica que se presenta, lo integran dos importantes elementos. Primero, la aceptación del Análisis de situación de salud (ASIS) como uno de los usos básicos de la Epidemiología y segundo, su reconocimiento como la primera, entre las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública. Con estas bases, eminentemente derivadas de evidencias científicas incuestionables, se desarrollaron los procesos investigativos y las consecuentes publicaciones de la autora, una parte de las cuales conforma la compilación que se presenta como tesis doctoral. Seguidamente, se reseñan los elementos que sustentan esa fundamentación científica del tema y se sintetiza el problema científico a resolver al desarrollarse los procesos investigativos:

1. Los Usos de la Epidemiología

Desde sus orígenes en el siglo XIX -como reconocida disciplina científica- hasta nuestros días, el propósito de la Epidemiología ha sido indagar las causas suficientes, necesarias, las asociaciones causales, los determinantes y los factores condicionantes de los problemas de salud de las poblaciones. Sea cual fuesen los intentos para definirla, está totalmente vinculada con la salud y los problemas de salud en cualquier población.

En el año 2007 se cumplieron 50 años de la publicación del clásico libro de Morris titulado Usos de la Epidemiología (1) y sería sorprendente, que un profesional dedicado al quehacer epidemiológico, careciera de una mínima noción acerca de estos usos aunque, de otro lado, no es infrecuente el desconocimiento sobre las bases teóricas que sustentaron los criterios, valoraciones y definitivos presupuestos de Morris para proponerlos. Resulta interesante al leer su documento original, el que elaboró hace 55 años, hallar consideraciones como:

"La Salud Pública necesita más Epidemiología- es la base intelectual más obvia para su futuro avance....una de las más urgentes necesidades sociales de hoy, es identificar reglas de vida saludable que puedan hacer por nosotros, lo que Snow y otros hicieron para los victorianos y ayudar a reducir la carga de enfermedad en la mediana edad y la vejez, grupos que caracterizan el perfil de nuestra sociedad". (2)

Aunque introdujo enfoques sociales en sus valoraciones, su posicionamiento filosófico-científico respondía casi totalmente al positivismo aún prevaleciente, *"con una visión anticipada de los grandes desarrollos que ocurrirían en los próximos 50 años, como el surgimiento de la medicina basada en la evidencia clínica". (3)*. Al respecto, no existen discrepancias en reconocer que: *"la epidemiología tradicional es irremediamente positivista, por su vinculación-sujeción al método inductivo, eligiendo la observación como característica que la distingue de otras disciplinas básicas del área, que dependen de la experimentación para la producción del dato científico."* (4)

Entre los Usos de Morris aparece el que denominó "diagnóstico comunitario", en cuya descripción menciona que: *"la Epidemiología proporciona los hechos relacionados con la salud de la comunidad; describe la naturaleza y el tamaño relativo de los problemas a tratar.....los resultados son sorprendentes y contrastan con el tipo de problemas acerca de los cuales existe conocimiento general y que concierne al movimiento de la salud pública"*. (5) Como se evidencia, desde ya se establece el reconocido vínculo entre la Epidemiología y la Salud Pública, reforzado mediante ese "diagnóstico comunitario". Si se revisan los presupuestos teóricos y los elementos o componentes del Análisis de Situación de Salud que se realiza actualmente, no existen dudas que se fundamenta en lo establecido por Morris para el "diagnóstico comunitario", sin obviar la distancia geográfica y temporal 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 en estudio.

Lo interesante es que -con mayor o menor ajuste- esos usos de la Epidemiología propuestos por Morris mantuvieron su vigencia en tal magnitud, que estimularon su revitalización como respuesta a las distorsiones que sobre el desempeño del epidemiólogo, se identificaron en las décadas del 70 y 80 en toda la Región. Durante el Seminario de Buenos Aires -referente obligado en el tema- ese desempeño epidemiológico se agrupó en cuatro abarcadores usos: el análisis de situación de salud (ASIS), la investigación causal, la vigilancia epidemiológica (vigilancia en salud) y la evaluación de programas, servicios y tecnología (6)(7). Se promovieron sólidas recomendaciones con relación a estos usos y nuevas valoraciones para mejorar el quehacer epidemiológico, dentro y fuera de la Región. Por ejemplo, el Informe Pemberton para la Comunidad Europea en 1986 (8), la reunión de Taxco en 1987 (9) ,la reunión de Itapará, Brasil en 1988 (10) y la reunión de Ginebra en ese mismo año (11)

Como respuesta a todo este movimiento renovador del quehacer epidemiológico, promovido en el Seminario de Buenos Aires, en la década de los 80, en Cuba se realizó un importante Taller Metodológico sobre los Usos de la Epidemiología en el año 1985, conducido por dos expertos OPS/OMS. Fue muy pertinente a los fines de esta tesis, el reconocimiento por los 38 epidemiólogos participantes que: *"el diagnóstico de la situación de salud es el instrumento fundamental para las decisiones y acciones de salud y una de las tareas básicas de los servicios de epidemiología. Para su perfeccionamiento progresivo se deben incluir procedimientos de análisis de mortalidad tales como años de vida potencial perdidos según causa y, la agrupación de las causas de muerte según los criterios o listas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)"*. (12) El cumplimiento de las recomendaciones y acuerdos de este Taller, constituyen una buena parte de las valoraciones sobre los procesos de renovación del ASIS, que se incluyen en la tesis.

Acerca de los usos en sí, la secuencia en que se presentan no traduce ningún nivel de prioridad, pues todos son necesarios para el desempeño exitoso de quienes desarrollan el trabajo epidemiológico; es el enfoque del sistema de salud y la implementación de los modelos

de atención, entre otros elementos, lo que orienta para su aplicación. Al respecto, es tiempo de comprobar si actualmente el sistema de salud cubano está o no orientado epidemiológicamente, tema que se analizó hace unos años en un artículo de publicación internacional. (13)

Indudablemente, cada uno de los usos de la Epidemiología se renueva como consecuencia de los avances del conocimiento científico y así, se ajustan o adaptan a las circunstancias cambiantes del espacio donde se aplican. De esos cuatro usos -todos con total vigencia- la producción científica de la autora descansa en el ASIS que, como los otros tres usos, también requiere de permanente renovación.

2. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública

El otro pilar que sustenta la trayectoria investigativa que se muestra y siempre orientada al ASIS, se relaciona con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). A inicios del presente siglo surgen procesos de reforma en varios países de la Región, promovidos básicamente por los cuestionamientos sobre la Salud Pública y sus funciones (14)(15), que alarmaron a unos cuantos y verdaderamente estimularon la revisión de conceptos, principios y procedimientos de esa disciplina. En un orientador documento se consignó sobre el tema lo siguiente:

“La organización, las políticas y estrategias, la conducción, la financiación, el aprovisionamiento y la gestión de los sistemas de atención a la salud constituyen aspectos de interés público y, por lo tanto, son desafíos también para la salud pública. El carácter público exige que se constituyan sistemas de salud socialmente eficaces —capaces de producir salud— y que generen satisfacción social, bajo la orientación de principios estructuralmente básicos, ética, política y racionalmente establecidos. Entre esos principios se pueden destacar como consensuales en América Latina y en el Caribe (y se puede decir que en toda la región) la igualdad para la universalidad de la atención, la participación social, una financiación solidaria, la eficiencia y la descentralización. Otro desafío relativo al sistema de salud, es el de la utilización de las posibilidades ofrecidas por la ciencia y por la técnica, de tal forma que se aproveche al máximo la capacidad de solución de los problemas en cada situación, aunque subordinados a los principios éticos de respeto a la dignidad del ser humano y a sus derechos fundamentales”. (16)

En Cuba, estudiosos del tema consideraron que no era necesario en esos momentos reformar el sistema de salud, criterio sustentado en los resultados obtenidos y la presencia de una permanente voluntad política, manifestada fehacientemente en los servicios de salud o, se asumieron posiciones de críticas hacia los países que reformaron sus sistemas de salud, con argumentos cuestionables. (17) (18). A mi juicio, esas opiniones propiciaban cierto grado de “inmovilismo”, que limitaba el avance a etapas cualitativamente superiores en el desarrollo de la Salud Pública y retardaban los cambios que ahora -11 años después- aparecen como

“transformaciones necesarias” bien integradas a los objetivos del sistema de salud. (19). Sea cual fuese la posición asumida en el país en aquella etapa, regionalmente se inició un proceso de renovación de la Salud Pública y así se definieron, ejecutaron y evaluaron, las denominadas Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), en cuya definición se expresa:

“Las FESP son aquellos procesos y movimientos de la sociedad y del Estado, que constituyen condiciones sine qua non para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una Sociedad dada”.(20) En otra concisa definición, las FESP se han definido como *“las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública”.*(21). Se enfatizó en que la Salud Pública había sido descuidada como una responsabilidad social y estatal, por tanto, debían replantearse las funciones de la autoridad sanitaria y evaluar su desempeño.

Las FESP enunciadas fueron 11 y se consideró como Función Esencial No. 1: el monitoreo y análisis de la situación de salud de la población, para cuyo desarrollo es preciso realizar las acciones siguientes:

- Evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- Identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda de servicios de salud.
- Manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
- Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- Identificación de recursos extra-sectoriales que contribuyen a la promoción de la salud y al mejoramiento de la calidad de vida.
- Desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluyendo actores extra-sectoriales, proveedores y ciudadanos).
- Definición y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

Indudablemente, si se cumplían correctamente estas acciones, se reafirmaba la utilidad y aplicación del ASIS en los servicios. Desde que se establecieron las FESP, se precisó que varios de los componentes de esta Función Esencial 1 se integraban en las otras y se

estableció un proceso evaluativo, cuyo objetivo fundamental era: *“que cada país lo utilice como un instrumento de auto-valoración del estado de la práctica de la salud pública, como una herramienta de diagnóstico que sea comparable entre todos los países y como un vehículo para incentivar el desarrollo de planes nacionales de mejoramiento de la práctica de la salud pública”*. (22).

En ese sentido resultó propicia -a los fines de la investigación- la participación de la autora en el Ejercicio Nacional convocado por el organismo regional OPS/OMS y realizado en el año 2001 en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), con el objetivo de evaluar todas las FESP; en ese momento se reconoció por los directivos y autoridades participantes, la pertinencia y utilización del ASIS en los servicios a través del desempeño del médico familiar, lo que contribuyó a elevar la puntuación final obtenida. Este ejercicio evaluativo se realizó en otros países, antes y después del ejercicio efectuado en Cuba. (23)

Se utilizaron cinco grandes indicadores evaluativos:

1. Guías de monitoreo y evaluación del estado de salud.
2. Evaluación de la calidad de la información.
3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud.
4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública.

Los resultados del ejercicio evaluativo fueron ampliamente divulgados entre todos los países de la Región, por supuesto, con el reconocimiento al trabajo realizado en el país. En resumen, haber reconocido el ASIS como la primera Función Esencial de la Salud Pública (FESP) dentro del área de competencia técnica directa de las Oficinas de Epidemiología de la Autoridad Sanitaria Nacional (24), revela la importancia y obligatoriedad de su ejecución, para entender la situación de salud de la población en cualquier país o territorio. Después de ciertos cuestionamientos y críticas relacionadas con su aplicación –favorables unas y desfavorables otras- existe consenso en reconocer el ASIS como un instrumento útil para el buen desempeño de los sistemas de salud. Ahora bien, ¿qué es el ASIS?, ¿por qué el interés en el tema?.

1. El análisis de situación de salud (ASIS)

Como consecuencia del mencionado Seminario sobre los Usos y Perspectivas de la Epidemiología, se estimuló el estudio sistemático sobre el ASIS, tanto en quienes debían desarrollar los procesos formativos, como en sus ejecutores directos y los investigadores en servicios de salud. Ese análisis de la situación de salud que, según Castellanos *“tuvo poca repercusión en los servicios en la mayoría de los países”* (25), inició sus desarrollos en nuestro

país en la década de los 80 y entre las propuestas de la autora, destacan las valoraciones sobre las bases teóricas del ASIS, así como su necesaria aplicación para contribuir a reforzar y renovar el vínculo docencia-servicios. En ese propio campo teórico se provocaba el debate – ignorado o rechazado por algunos y enriquecido por otros- al precisarse la diferencia entre el “diagnóstico de salud” y el ASIS, al mismo tiempo que se proponía un ordenamiento metodológico para su elaboración y una primera aproximación a los criterios para evaluar el Informe del ASIS que se confeccionaba y aún se confecciona, como memoria escrita. (26)

En varios de los artículos de esta compilación y en los artículos revisados para argumentar los resultados, se transcribe la definición que sobre el ASIS elaboró la autora y que aún mantiene su vigencia: “*es el instrumento científico metodológico y aplicativo que permite identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios*”. Es pertinente esclarecer que la propia autora, consideró necesario suprimir el término "aplicativo" en la definición, pues se reconoció que es consustancial a todo instrumento o herramienta y sería redundante su utilización. Además, sobre el enfoque metodológico recomendó que: “*no deben dictarse «recetas» para confeccionar el ASIS*” y el esquema que propuso con ese propósito, se conformaba por 8 etapas.(27) Esa secuencia no se ha modificado hasta el momento, aunque sí en algunas de estas etapas, se han establecido cambios en los contenidos.

Con relación a la práctica cotidiana de los servicios, surgieron varias oportunidades para impulsar el desarrollo del ASIS y su generalización; así ocurrió, al introducirse el nuevo modelo de atención del médico y enfermera de la familia, que propició la total reinserción del ASIS en el sistema de salud, al considerarse su elaboración como una habilidad singular de este especialista; el desarrollo de esta habilidad constituyó un nuevo reto para los servicios, la docencia y la investigación. Sería inadmisibles, no reconocer los intentos iniciales para la utilización del ASIS en los servicios, que fueron estimulados y mantenidos consecuentemente por el prof. Ordoñez mediante el diagnóstico de salud –instrumento precursor del ASIS- en los diferentes modelos de atención que precedieron a la Medicina Familiar (28). Estos “diagnósticos de salud”, desarrollados en las unidades del nivel primario, definitivamente sirvieron de base para la posterior propuesta elaborada por la autora.

Cuando se revisa la evolución histórica del ASIS en nuestro país -tal como se muestra en el artículo 4 de esta Compilación- se reconoce la carencia de orientación metodológica para su utilización correcta; la endeble sustentación teórica, más allá de la elaboración de una Guía no original para su confección, y las imprecisiones sobre los procedimientos metodológicos para utilizar el ASIS en los convencionales niveles de servicios, docencia e investigación. La conjunción de todos esos elementos, hizo surgir un problema práctico de ineludible solución.

Si enjuiciamos el problema en la dimensión docente, durante décadas no hubo respuesta inmediata para desarrollar contenidos sobre este uso de la Epidemiología en la formación de pregrado en las carreras de Ciencias Médicas y, en cuanto a la formación de posgrado, los

residentes de las disciplinas básicas del área clínica, en el primer año de trabajo en la comunidad, realizaban un Diagnóstico de Salud del Sector (29) y los residentes de Administración de Salud -en consecuencia con los objetivos de su especialización- desarrollaban un ejercicio evaluativo de terreno sobre el diagnóstico de salud, aunque el esquema metodológico era poco flexible, reducido a la aplicación de una Guía extensa y transcrita, casi totalmente, de la guía propuesta desde el antiguo organismo CENDES/OPS y orientado más al perfil administrativo del residente, que al enfoque epidemiológico requerido para el sistema de salud. (30) Paradójicamente, en esa etapa los residentes de Epidemiología -considerada disciplina básica de la Salud Pública- no adquirieron conocimientos y habilidades para confeccionar el denominado “diagnóstico de salud” porque, durante 15 ediciones, en sus programas de residencia no se incluyeron esos contenidos¹.

Esas inconsistencias en la formación y la capacitación; la obsolescencia en los procedimientos metodológicos para elaborar los denominados “diagnósticos de salud”; su limitado fundamento en enfoques teóricos avanzados; su inconsecuencia con las propuestas regionales y con los retos del nuevo modelo de atención iniciado en el país a mediados de los 80, constituían un problema a solucionar mediante procesos investigativos cuyos resultados se transformarían en aportes sobre el ASIS, para su posterior utilidad y aplicación en los servicios de salud, definitivamente sustentados en la estrategia de Atención Primaria de Salud que desarrollan los médicos y enfermeras de la familia y que se ha reconocido, como la base del sistema nacional de salud. Una gran parte de la producción científica que se muestra, estuvo vinculada a esos procesos investigativos, cuyos resultados ahora integran el contenido de este Compendio.

COMPILACIÓN

Antes de mostrar los resultados de la Compilación que, como se mencionó antes, está conformada por nueve publicaciones, son obligadas algunas precisiones:

- De las 22 publicaciones de la autora sobre el tema ASIS², se seleccionaron las que contribuyen a lograr el objetivo de la compilación: mostrar la evolución, utilidad y aplicación del ASIS dentro del sistema nacional de salud en sus tres dimensiones básicas: docente, investigativa y de servicio. Se escogieron ocho artículos y un libro, que fueron comentados según la secuencia de contenido y no por la fecha de publicación. Por ejemplo, en el artículo 1 se resume una parte de la investigación que se consideró seminal en esa producción científica sobre el tema, sin embargo, el artículo 2 fue publicado antes, como informe parcial de esa misma investigación.

¹ Para elaborar la tesis doctoral en 1995, la optante revisó los programas de la residencia de Higiene y Epidemiología de los años precedentes y, además, recibió información personal del prof. Gabriel Toledo sobre esa situación.

² Síntesis Obra Científica en el Expediente para el proceso del Doctorado en Ciencias

- Todas las publicaciones compiladas, derivaron de otros documentos y ponencias elaborados previamente. El primer artículo comentado, se sustentó básicamente en cuatro documentos esenciales:
 - a) Dos documentos docentes, el Plan de Estudio de la carrera de Medicina, diseñado y ejecutado en la década de los 80 (31) y rediseñado en los 90 (32) y el programa de Especialización de Medicina General Integral, cuyo proceso de diseño se inició en 1987 y concluyó en 1990 (33); tanto en el Plan de estudio, como en el programa de especialización, se incluyeron contenidos del tema ASIS.
 - b) El tercer documento, corresponde a un capítulo en el libro Sociedad y Salud, con cuyo contenido se iniciaba el perfeccionamiento del diagnóstico de salud, al incorporarse la Historia de Salud Familiar como medio de enseñanza que contribuyó establecer el enfoque integrador que se promueve con el ASIS.(34)
 - c) El cuarto documento, es la tesis doctoral defendida por la autora en 1995, denominada "Modelo formativo-capacitante para el Análisis de la Situación de Salud" y cuyo contenido resume sus aportes sobre el ASIS en etapas previas. (35)
- El diseño del plan de estudio, el programa y el libro mencionados, resultaron de una labor profesoral colectiva pero, en el caso de la asignatura Epidemiología incluida en el Plan de Estudio de Medicina, la conducción del colectivo correspondió a la autora y los contenidos del tema ASIS, derivaron de sus propuestas. Lo mismo sucedió al diseñarse el Programa de la Especialidad Medicina General Integral, con la elaboración de los tres módulos relacionados con el ASIS, que contribuyeron a desarrollar una de las habilidades distintivas de este especialista. (36)
- Los procesos de diseño del plan y el programa de estudio, se acompañaron de seminarios y talleres con la participación de los colectivos docentes de los Institutos y Facultades en todo el país. Los debates sobre los nuevos enfoques para la enseñanza del ASIS fueron dirigidos por la autora, quién también elaboró el material actualizado y entregado a los profesores participantes que se encargarían de desarrollar los contenidos.
- Con esos antecedentes, en 1995, se defiende la tesis doctoral ya mencionada y desde esa fecha, se continúa la producción científica sobre el tema, lo que ha permitido desarrollar la Compilación que aquí se presenta.

Los ocho artículos y el libro son los siguientes:

- a) Sobre la propuesta para la enseñanza del ASIS a nivel de pregrado y de posgrado:

- **Artículo 1:** Opción pedagógica para el análisis de situación de salud en pregrado.
- **Artículo 2:** Aspectos generales del Programa Nacional de Formación del especialista en Higiene y Epidemiología de Cuba
- **Artículo 3:** Una mirada retrospectiva al curso a distancia "Salud de la población".

b) Sobre la utilización del ASIS en el sistema de salud:

- **Artículo 4:** El análisis de situación de salud: su historicidad en los servicios.
- **Artículo 5:** Análisis de situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana.
- **Artículo 6:** Equidad y situación de salud.
- **Artículo 7:** Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología.

c) Sobre el enfoque integrador del ASIS:

- **Libro de consulta:** El análisis de situación de salud. (2 ediciones)

d) Sobre los procesos de renovación del ASIS:

- **Artículo 8:** Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba.

Seguidamente, se resumen y comentan los contenidos de los ocho artículos y el libro:

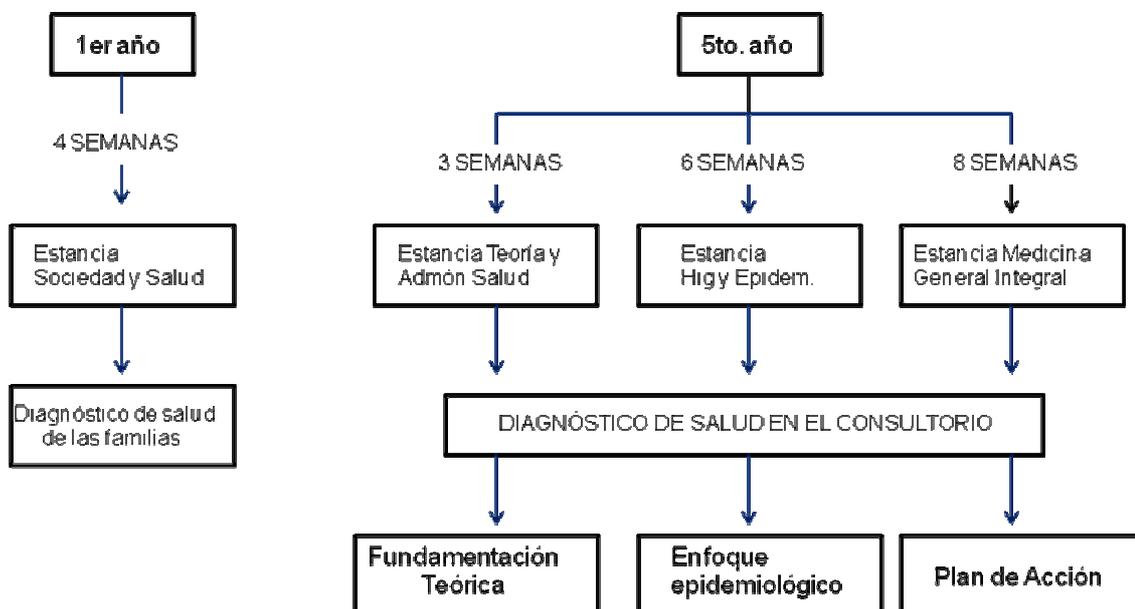
Artículo 1: Opción pedagógica para el análisis de situación de salud en pregrado.

Publicado: Revista Educación Médica Superior

En el contenido del artículo, se describió la opción pedagógica para las asignaturas socio-médicas, propuesta en el diseño del plan de estudio de la carrera de Medicina iniciado en 1982 y ejecutado a partir de 1986. Aunque esa opción se orientaba tanto al pregrado como a posgrado, se presentó la propuesta correspondiente al pregrado que, a su vez, constituía una parte de la investigación realizada por la autora durante siete años, referida a un modelo formativo-capacitante para analizar la situación de salud y presentada como su tesis doctoral en 1995. El propósito del artículo era explicar los fundamentos, el diseño y los resultados de dicha opción, cuya esencia metodológica se centró en un proceso que se iniciaba con el estudiante de medicina y concluía en la realización del ASIS en la comunidad. En aquellos momentos, este proceder pedagógico representó uno de los elementos más novedosos de la propuesta, al desarrollarse un inusual vínculo docencia-servicio ajustado a la etapa final de la formación del futuro médico.

Otro aporte novedoso de esa opción pedagógica –descrito en el artículo- fue la utilización del ASIS como eje conductor de las estancias socio-médicas que, además de las reconocidas Higiene y Epidemiología y Teoría y Administración de salud (TAS), incluyó la Medicina General Integral. Se desarrolló una secuencia pedagógica no diseñada con anterioridad, para aplicar los componentes del ASIS según perfiles específicos, lo que propiciaría la incorporación por el estudiante de nuevos conceptos, presupuestos teóricos, habilidades y procedimientos, aún poco generalizados en los servicios de salud. La secuencia se muestra en el esquema siguiente:

ESQUEMA FORMATIVO PARA EL PREGRADO



Comentario

Solamente cuando el diagnóstico de salud se transforma en requerimiento de los servicios es que aparece la necesidad de su utilización; de ese modo si el sistema de salud lo invalida, su "refugio" exclusivo es el ámbito académico. Al revitalizarse el diagnóstico de salud con el modelo de medicina familiar -posteriormente transformado en ASIS- ¿no era casi imprescindible reformular sus fundamentos teóricos, modernizar sus procedimientos metodológicos y adecuarlo a los requerimientos del modelo de atención vigente?.

Como se vaticinó en las Conclusiones del artículo, aunque con la utilización del modelo a partir de 1988 se inició una nueva etapa para la enseñanza de las ciencias de la salud en la formación de pre-grado, las transgresiones frecuentes en su aplicación no demoraron y es así que surgieron cambios, unos positivos y otros no tanto, por ejemplo: escasa capacitación de los profesores en los Dptos. de Salud, modificaciones en el ASIS a realizar por los estudiantes en los consultorios, variantes en el contenido de la Guía, desintegración de contenidos entre las asignaturas socio-médicas.

Tiene total vigencia el criterio de la autora al expresar: *el mejor modelo pedagógico se deteriora si los ejecutores carecen de la preparación suficiente para su desarrollo* y en ese sentido, resultó alentador por una parte y no muy estimulante por la otra, la modificación de la secuencia formativa propuesta en la opción pedagógica, cuando se rediseñó la estrategia docente de las estancias o asignaturas de las disciplinas de Salud Pública y MGI a mediados de los 90, aunque el ASIS se

mantuvo como una habilidad necesaria para el futuro egresado, con algunos cambios en los procedimientos para la obtención de la información requerida.

Haber participado tanto en la etapa de diseño del nuevo plan de estudio, como en la elaboración del programa de Medicina General Integral y en la reformulación del programa del especialista de Higiene y Epidemiología que se describe en el artículo siguiente, permitió el aporte de enfoques novedosos acerca del ASIS como una habilidad para el egresado, que propiciaron la participación de la autora, como asesora a la reunión sobre el Programa “Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias” efectuado en Brasilia, Brasil en 1989.

Artículo 2: Aspectos generales del Programa Nacional de Formación del especialista en Higiene y Epidemiología de Cuba.

Publicado: Revista Educación Médica y Salud. OPS/OMS.

Este artículo corresponde a una publicación internacional y está referido a la participación de la autora en el diseño y posterior ejecución del programa de Especialidad de Higiene y Epidemiología, totalmente renovado en esa etapa y que también incluía un módulo sobre el ASIS. Es oportuno aclarar la participación simultánea en los colectivos de diseño del programa que se presenta en el artículo y en el equipo de diseño del programa MGI, por ello, este contenido se publicó en 1990 con precedencia al artículo anterior (artículo 1), que se derivó de la tesis doctoral, defendida en 1995.

Comentario

El contenido del artículo traduce con claridad el aporte que, acerca de la formación y capacitación para el ASIS en los futuros especialistas de Higiene y Epidemiología, realizó la autora dentro del colectivo profesoral. La secuencia formativa original -después modificada en ediciones posteriores del programa- consideró el ASIS, a semejanzas de la opción pedagógica de pregrado, como un eje conductor en los tres años de duración del programa y al mismo tiempo, relacionaba a este residente con el residente de Medicina General Integral (MGI), al compartir los mismos espacios-población desde el consultorio, el área de salud y el municipio. Con los cambios en la estrategia sanitaria, se modificaron contenidos y actualmente se realiza el ASIS en este programa, solamente en el área de salud en el primer año del currículum. Como se refirió en la Introducción, después de egresar 15 generaciones de epidemiólogos carentes de capacitación teórico-práctica para realizar el ASIS, con la ejecución de este programa en los 90 se superó esa carencia y se retomó un uso básico de la Epidemiología. El trabajo conjunto con los expertos de OPS/OMS para el diseño del programa, propició el intercambio internacional de la autora sobre el tema ASIS.

Artículo 3: Una mirada retrospectiva al curso a distancia "Salud de la población".

Publicado: Revista Educación Médica Superior

En el artículo se describe el diseño de un Curso a Distancia con el contenido de la unidad modular "Salud de la Población", que se desarrolla en forma semipresencial en la maestría de Informática en Salud, en el Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina (CECAM). Esta Unidad Modular fue elaborada y conducida por la autora desde sus inicios en 1997 hasta el curso 2009-2010 y en la séptima edición (curso 2004-2005) se introdujeron las tecnologías de la información y las comunicaciones, mediante las facilidades que brindan los formatos HTML, con la utilización del correo electrónico.

Con esta modalidad semipresencial, utilizada también para cursos posgrado, se ahorró tiempo para estudiantes y profesores al permanecer en sus puestos de trabajo, crear redes que garantizaban el intercambio entre todos los participantes y propiciaran el debate sobre diferentes temas. Las herramientas tecnológicas utilizadas fueron la Macromedia Dreamweaver 4, debido a las facilidades que nos proporcionaba para diseñar sobre páginas web, en aquella etapa.

Comentario

Al elaborarse la opción pedagógica, la formación académica Maestría no se había establecido para los profesionales cubanos, por tanto, no estuvo incluida en dicha propuesta. El interés mantenido por la autora para continuar el avance en la capacitación relacionada con el ASIS, conjuntamente con la disposición y aceptación de la coordinadora de la Maestría, lograron el diseño de esos contenidos en una Unidad Modular que en sus inicios se desarrollaba con la modalidad presencial y posteriormente, con la modalidad semipresencial y la incorporación de las tecnologías para el aprendizaje a distancia, como un avance para la enseñanza del ASIS.

Resultó muy interesante incluir contenidos sobre el tema en cursistas con diferentes profesiones, aunque todos se desempeñaban en unidades y centros del sector salud. Los informes de ASIS que elaboraron como evaluación final de la Unidad con la novedad de entrevistar a los médicos familiares de sus respectivos consultorios de residencia y su ajuste, según las características profesionales, les propició una nueva visión de la Salud Pública. El intercambio en los debates de los Foros de Discusión sin necesidad de estar presentes en el aula, también resultó muy alentador para los resultados del proceso docente.

Ya en el espacio propiamente relacionado con la formación y la capacitación, se reconoce que el interés y la motivación para desarrollar contenidos sobre el ASIS deberá ser permanente, en aras de su utilización y su aplicación correcta en los servicios de salud, sea cuales fuesen los perfiles del personal de salud. En ese sentido, como se expuso en el contenido de este artículo,

fue valioso el aporte en las variantes de aplicación del ASIS, ajustado a los requerimientos profesionales. Actualmente, se renuevan las tecnologías de aprendizaje en red para esta Unidad Modular, acorde a la modernización de los recursos.

Artículo 4: El análisis de situación de salud: su historicidad en los servicios.

Publicado: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología

En los tres artículos precedentes, se describía la utilidad y aplicación del ASIS en la dimensión docente o formativa de pregrado y posgrado; ya en este artículo - derivado de la investigación mencionada en el artículo 1- se inició una aproximación a la utilidad y aplicación del ASIS en el sistema de salud, aspecto que representa el objetivo básico de esta tesis. Una revisión histórica sobre el ASIS, que permitió entender su evolución en los servicios desde la etapa colonial hasta finales de la década de los 90 del pasado siglo, constituyó el contenido esencial de este artículo 4.

Es reconocida la importancia de fundamentar históricamente la investigación científica y en ese sentido, se tradujo el interés en cumplir con ese requisito investigativo, muy necesario para el tema. Con las dos técnicas cualitativas utilizadas, se identificaron los momentos de mayor desarrollo en los informes que sobre la situación de salud en Cuba, precedieron a la utilización del ASIS. También, en el artículo se expone por primera vez -hecho considerado como otro aporte investigativo-el testimonio resumido de una entrevista a una fuente de información oral en los servicios de salud: un profesional que se desempeñó en el campo de la Salud Pública durante la década de los 40 del pasado siglo, o sea, en la etapa republicana en nuestro país. Con el contenido de esa entrevista se elaboró un testimonio, utilizado para el ingreso de la autora en la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina y del cual, posteriormente, se publicó un artículo en el año 2004. (37)

Además de la entrevista personal con el informante clave, se entrevistaron otros 15 expertos nacionales sobre el tema que se seleccionaron, básicamente, por su calidad profesional y desempeño en el sistema de salud. Un elemento interesante en el artículo fue, que casi la totalidad de los 14 entrevistados, referían conocer antecedentes del ASIS, aunque con diversas denominaciones como: cuadro de salud, estado de salud de la población, cuadro higiénico-epidemiológico. Otra interrogante respondida por esos expertos y muy valiosa para los objetivos del tema, fue su criterio sobre la influencia del entonces denominado “diagnóstico de salud” en los resultados de la política sanitaria cubana y desde cuándo aparecía esa influencia.

De los 15 expertos, siete respondieron que el diagnóstico de salud no se utilizaba por el personal dirigente del sistema nacional de salud, por tanto, no debía tener influencia en la política sanitaria, al no constituirse en su instrumento de trabajo. Resultó estimulante que casi todos coincidieron en las posibilidades de utilización por los servicios, del mencionado “diagnóstico de salud”.

Comentario

Es innegable la vigencia de las conclusiones de este artículo, donde se reconoció que ese “diagnóstico de salud” -hoy ASIS- no resultaba tan novedoso, pues era evidente su utilización antes y después del desarrollo del sistema nacional de salud, aunque con diferentes enfoques y niveles de aplicación. Todos los expertos lo reconocieron como un instrumento útil para desarrollar las estrategias sanitarias, pero debía aplicarse más eficientemente en los servicios. Aunque el artículo fue publicado en 1997, podría repetirse la pregunta que aparece al final, con algunos elementos añadidos: ¿cuántos epidemiólogos cubanos conocen hoy la evolución histórica del ASIS, de tal forma que les permita detectar sus modificaciones en estos años y entender la necesidad de su renovación?.

Artículo 5: Análisis de situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana.

Publicado: Revista Cubana de Salud Pública

Como se confirmó en el artículo anterior, siempre se ha reconocido la utilidad e importancia del ASIS en el sistema de salud y particularmente en los servicios, sea cual fuese la estrategia sanitaria desarrollada. En consecuencia, en este artículo 5, nuevamente se enfatizó en la necesidad de utilizar el ASIS y en esta ocasión se propone como un instrumento útil para desarrollar la denominada estrategia OPD-2000, que la autora consideró como el primer intento de orientar epidemiológicamente el sistema nacional de salud. En el texto expuso cuatro de los principales objetivos de esa estrategia, con el propósito de reforzar la importancia de utilizar el ASIS y desarrollar la esencia del artículo.

Sugirió revisar los conceptos y procedimientos del ASIS antes de su utilización, pues reconoció que existían tres grandes limitaciones para lograrlo. Finalmente, recomendó que ante la retadora situación epidemiológica de la etapa, debía transformarse el ASIS en el eje conductor de los otros elementos propuestos al interior del sistema, al ejecutarse la renovadora estrategia en ejecución durante aquella etapa.

Comentario

El contenido del artículo se había presentado previamente, en un importante evento científico internacional realizado en Cuba y suscitó interesantes críticas. En ese período se desarrollaba la estrategia OPD-2000, considerada por la autora como una de las primeras – si no la primera – que garantizaba la orientación epidemiológica del sistema de salud, al sustentarse en sólidas evidencias científicas relacionadas con la salud de la población cubana. (38) Haber conducido un proyecto capacitante, dirigido a los equipos de dirección locales que desarrollarían esa estrategia en todo el país, desde la antigua Facultad de Salud Pública como centro sede y con la subvención de OPS/OMS (39), permitió revitalizar los fundamentos y procedimientos del ASIS nacionalmente y visualizarlo como el instrumento que se reclamaba en el artículo; simultáneamente, ya en esa misma etapa, se utilizaba el ASIS como una competencia básica del médico familiar y al decir de una colega, esa especialidad se encontraba entonces en su “etapa de oro”.

Como en el artículo anterior, también se intercaló una interrogante clave: ¿sería posible entonces, establecer una nueva estrategia sanitaria sin analizar la situación de salud en todo su desarrollo?. Es oportuno destacar que toda esa etapa previa a la publicación del artículo, correspondió al punto más crítico del denominado período especial y sin embargo, la participación de los equipos de salud, el impulso competente de los médicos y enfermeras de la familia, la decisión y participación de dirigentes y funcionarios en todos los niveles del sistema

de salud y de otros sectores, mostraron que la estrategia ofrecía una tremenda oportunidad para que el ASIS demostrara su utilidad, hecho comprobado en los niveles locales en diferentes provincias del país. (40)

Fue satisfactorio constatar - al menos en esa década- como se superaron dos, de las tres limitantes para la utilización del ASIS que se mencionaron en el artículo, al orientarse epidemiológicamente el sistema de salud con una estrategia pertinente y avanzada. También, resultó muy valioso -en función de los aportes de la producción científica de la autora- que después de 11 años de publicado este artículo, sirviera de referencia para un riguroso ejercicio, orientado a indagar sobre la gestión del conocimiento y su contribución a elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país. (41)

Artículo 6: Equidad y situación de salud.**Publicado:** Revista Cubana de Salud Pública

En este artículo, se ofrece una valoración acerca de la inclusión de las desigualdades en salud como un renovado objeto para el ASIS, en estrecha relación con el principio de equidad y su vínculo con la situación de salud que existía en el país en esos momentos. Se describen sintéticamente, las principales propuestas relacionadas con el estudio de las desigualdades, tanto dentro como fuera del país y se centra la valoración en una interesante y oportuna investigación, cuyos resultados fueron muy valiosos para reconocer la importancia del estudio de las desigualdades dentro del ASIS. Se muestran algunos de los procedimientos metodológicos utilizados para esos estudios enfocados a las desigualdades y se realiza un inusual cotejo entre:

- a) los clásicos elementos del campo de salud de Lalonde, que fueron la base de la propuesta para realizar el ASIS, elaborada por la autora en la década anterior (42) y
- b) las denominadas “modificaciones sustantivas” del sistema de salud que, según los investigadores, fueron originadas por la crisis económica nacional de los 90. (43)

A semejanza de las publicaciones anteriores, se intercalan tres interrogantes, con la intención de provocar debates y respuestas que -en un sencillo ejercicio- se relacionan con los 10 riesgos mundiales para la salud, reconocidos por la OMS en 2002. (44) Tanto el cotejo como el ejercicio, permiten identificar la posición de la autora acerca del tema. Entre sus conclusiones, considera que debían reorientarse los enfoques investigativos existentes hacia niveles macro, abandonar los esquemas convencionales no pertinentes con el hecho que se investiga y enfrentar el resultado que se obtenga. Para ello, debían desarrollarse investigaciones que básicamente detecten inequidades relacionadas con la edad, el color de la piel, las condiciones y el estilo de vida, el acceso y la infraestructura de los servicios de salud y la calidad de la atención.

Comentario

Desde finales de los 90, se inició un proceso de renovación del ASIS, al incorporar el estudio de las desigualdades en salud como uno de sus principales propósitos. (45-47). El artículo que se resume, elaborado en 2006 y publicado en 2007 -casi 10 años después que el artículo anterior- resultó una “puesta al día” de lo ocurrido durante esa década, tanto nacional como internacionalmente.

Como se consignó, apareció la obligada tarea de renovar el ASIS con la incorporación de las desigualdades en salud y la respuesta nacional fue evidente. En el artículo se resume una buena parte de esa respuesta, representada por las investigaciones y estudios más relevantes

del período. No debe soslayarse la influencia que para la realización de estas investigaciones, tuvo la crítica situación económica del país en ese período, cuyos resultados ofrecieron evidencias científicas sólidas a los directivos del sistema de salud, para la posible solución de los problemas de salud que de esa crisis se derivaron.

Con independencia de esta producción científica nacional, en el ASIS que se realizaba y se realiza en los espacios-población de los niveles locales (área y consultorio), se mantuvo el mismo esquema derivado de la Guía elaborada en 1988-89 y casi nunca, se incorporó esta variante de estudiar las desigualdades en salud al realizar el ASIS en dichos espacios, lo que hubiera mostrado un elevado desempeño de los médicos familiares y los epidemiólogos, a cargo de su ejecución. Las excepciones a esta enorme deficiencia, estuvieron y están representadas por los estudios que en esos niveles locales, se diseñan y conducen desde algunos centros nacionales de investigación o niveles organizativos superiores del sistema nacional de salud. En ese sentido, son buenos ejemplos los aportes desde el INHEM (48) (49), la ENSAP(50) y recientemente desde el CIRAH (51). Todas estas investigaciones ofrecieron y ofrecen evidencias valiosas para los servicios de salud.

Finalmente, en este artículo, la autora refirió: *“si durante décadas se ha garantizado la equidad de acceso a los servicios en todos sus componentes, si se es consecuente con el desarrollo dialéctico universal, promotor de cambios, no debe restringirse la divulgación de resultados científicamente relevantes, ni la ejecución de investigaciones esclarecedoras acerca de la inequidad que se vislumbra, como resultado de las transformaciones en los macro-determinantes de la salud, y que, definitivamente, afectan la situación de salud de la población”*. Desafortunadamente, el pronóstico de inequidad que se realizó para los servicios fue atinado pues, aunque no en grado alarmante, existen desigualdades sociales transformadas en desigualdades “para” la salud, más que “en” salud, que estamos en la obligación de eliminar con la mejora del desempeño actual del sistema de salud.

Es oportuno aclarar que la producción científica sobre el tema durante esa década, estuvo representada por las presentaciones de la autora en cuatro eventos nacionales y seis internacionales y en su ininterrumpida actividad docente e investigativa en maestrías y doctorado, que le permitió mantener y divulgar el nivel de actualización que requería el ASIS.

Artículo 7: Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología.

Publicado: Revista Cubana de Salud Pública

En el contenido de este artículo –de autoría compartida- se describe detalladamente el diseño de una estrategia metodológica para evaluar las competencias profesionales de los especialistas de Higiene y Epidemiología, en tres provincias del país. Estas competencias se relacionaron con tres usos de la Epidemiología: el ASIS, la investigación epidemiológica y la vigilancia epidemiológica.

De inicio, en el artículo se expone la evolución en Cuba de los procedimientos para identificar competencias y, seguidamente, se describe la estrategia propuesta que estuvo conformada por 3 etapas, los pasos en cada una y las fuentes y técnicas utilizadas. Para desarrollarla, se elaboraron los criterios de desempeño y tres instrumentos para recolectar evidencias sobre la presencia de las competencias en los productos del trabajo del especialista, en su desempeño profesional. Se intercaló en el texto, una figura que esquematiza la estrategia propuesta.

Al desarrollar la estrategia, se identificaron las competencias que poseían los especialistas, según una escala integrada por tres categorías. Como resultados valiosos destacaron, la utilidad e importancia de aplicar un enfoque cualitativo para elaborar la estrategia, así como, haber obtenido evidencias científicas acerca de las competencias que requiere el epidemiólogo para alcanzar un desempeño laboral exitoso. Entre las conclusiones, se reconoció la posibilidad de aplicar la estrategia elaborada, para evaluar las competencias profesionales en cualquier especialista del sector salud.

Comentario

En este artículo -utilizado con la autorización de la autora principal-se realiza una total aproximación al objetivo de la tesis que se presenta: reconocer la utilidad y aplicación del ASIS en los servicios de salud. Como se menciona en la Introducción de este documento, entre las competencias básicas del médico familiar y del epidemiólogo está la realización del ASIS y, en ese sentido, con la estrategia descrita en el artículo, se obtuvo valiosa información acerca de esa competencia, en este caso, del epidemiólogo.

El contenido de la publicación deriva de una investigación rigurosa realizada por su autora principal -epidemióloga de larga trayectoria laboral- con el propósito de obtener el grado científico de doctor y cuya tutoría fue realizada por la optante. Esa investigación, permitió detectar suficiencias e insuficiencias en el desempeño laboral del especialista, relacionadas

con tres de los cuatro usos de la Epidemiología aunque, a los fines de esta tesis, son muy pertinentes los resultados en la aplicación del ASIS.

Como se consigna en el artículo, el enfoque actual al estudiar las competencias laborales, no considera el puesto de trabajo como la unidad organizativa básica de la organización o empresa. Ahora lo es la persona, quién se evalúa no solo en función de lo que sabe (sus conocimientos) sino, y sobre todo, por lo que sabe hacer (sus habilidades) y por lo que quiere hacer (sus actitudes). Después de años de práctica epidemiológica en los servicios de salud en todo el país, era obligatoria la indagación de las competencias de esos profesionales, entre ellas, las relacionadas con el ASIS. La estrategia que se describe en el artículo, representa uno de los primeros y rigurosos intentos para obtener evidencias científicas incuestionables, que puedan utilizarse en la toma de decisiones y además, constituye un nuevo aporte valorativo sobre la utilización del ASIS en los servicios.

Libro: El análisis de situación de salud.

Publicado: Editorial Ciencias Médicas.

El libro está estructurado en 12 capítulos y tanto la selección de los 11 co-autores, como la propuesta y edición de los temas incluidos, fueron total iniciativa y responsabilidad de la optante. Entre los profesionales que participaron, unos poseían amplia experiencia en los servicios, otros en la docencia y algunos en ambas dimensiones del quehacer salubrista dentro y fuera del país.

Comentario

Como se transcribe en una parte de la dedicatoria, el contenido del libro estuvo dirigido básicamente a los médicos familiares, pues era innegable la necesidad de elevar sus competencias para realizar el ASIS; esa decisión no fue desatinada ya que, hasta la fecha, el libro ha sido ampliamente utilizado en todos los niveles de formación y de servicios, donde el tema ASIS resulta imprescindible. En el contenido del libro se resumieron casi todas las propuestas de la optante sobre el tema y se integraron los diferentes elementos requeridos para desarrollar el ASIS, incluidas sus modalidades y particularmente algunos aspectos bien novedosos, como: un interesante procedimiento estadístico-epidemiológico para elaborar el ASIS a nivel nacional; el testimonio de un médico familiar con 10 años de trabajo permanente en el mismo consultorio y una primera aproximación metodológica, de los criterios para evaluar los informes donde se plasman los resultados al confeccionarse el ASIS.

Aunque ya es necesario actualizar el contenido de algunos capítulos del libro, aún resulta útil para los que desean adquirir conocimientos básicos sobre el tema y, así se demostró, al publicarse una edición en México como material docente para un curso sobre el ASIS y recibirse una solicitud de adquisición desde la representación OPS/OMS en Santo Domingo. Además, este libro recibió Mención en la convocatoria del concurso Premio Anual de la Salud en su edición 2007, fue seleccionado como material de revisión entre los documentos disponibles para la reciente reunión de Consulta Técnica con expertos sobre ASIS, convocada por OPS/OMS en 2011, conjuntamente con el contenido del capítulo elaborado por la optante en co-autoría, para un libro de Epidemiología, actualmente en proceso de terminación.

Artículo 8: Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba.

Publicado: Revista Cubana de Salud Pública (en revisión)

El artículo constituye la más reciente publicación de la optante con relación al tema ASIS, por supuesto, con nuevas propuestas para su renovación, en concordancia con las cambiantes circunstancias del entorno social, económico, cultural y sanitario del país. El contenido cierra un ciclo en la utilidad y aplicación del ASIS en las consabidas dimensiones docente, investigativa y de servicios y responde a las sugerencias regionales para revitalizar tan imprescindible instrumento en la práctica sanitaria contemporánea.

Comentario

Tal como se expone en el contenido del artículo, no se relegan o modifican las bases científicas que sustentan el ASIS y que garantizaron la vigencia de la propuesta inicial, simplemente, el contenido del artículo traduce una intención de perfeccionamiento para las competencias del médico familiar y el epidemiólogo, al priorizarse la ejecución del ASIS en los espacios-población representados por los consultorios y las áreas de salud. Si el eje conductor del sistema de salud es la estrategia APS, es innegable que la renovación del ASIS contribuirá a elevar la calidad de los servicios y pasar a un nivel superior en el desempeño del propio sistema. Por supuesto, las propuestas de renovación reclaman un trabajo multidisciplinario, intersectorial y esencialmente técnico que aseguren su éxito.

Resumen de los Resultados

Indudablemente, la secuencia utilizada para esta Compilación, permite entender la evolución de la producción científica de la optante sobre el tema, así como, la vigencia, utilidad y aplicación de sus contenidos. Como se transcribió en algunos de los comentarios de las publicaciones, en cada uno se presentó una etapa de desarrollo para la aplicación del ASIS en la dimensión docente, investigativa y en los servicios de salud y se comprobaron los aportes, desde la opción pedagógica inicial, la incorporación de técnicas del aprendizaje en red para la enseñanza del ASIS, hasta la publicación de un libro que enriqueció la producción científica e integró contenidos para facilitar la comprensión de sus elementos básicos.

En los contenidos de los artículos publicados, se traduce claramente el resultado del trabajo colectivo con la activa participación de la optante, particularmente en los artículos 1, 2, 3 y 4, enfocados al plan de estudio de Medicina, al programa de la especialidad de Higiene y Epidemiología, a la utilización de tecnologías de la información y la comunicación y al desarrollo de la estrategia OPD/2000 en los servicios de salud. La expresión máxima de esa capacidad para el trabajo en equipo –actitud consecuente con el ASIS- se constata en la publicación del libro con el apoyo de 11 expertos. Concluida la compilación de las nueve publicaciones y, tal como se consignó en la Nota Aclaratoria, a esta modalidad de presentación

de la tesis se agregó un necesario apartado, denominado Discusión General, que aportará elementos para alcanzar el objetivo de la tesis.

DISCUSIÓN GENERAL

En este apartado, se comentan los cuatro elementos referenciales utilizados para la compilación y que permiten valorar los resultados directos e indirectos de la producción científica de la autora, en respuesta a los problemas relacionados con el ASIS y descritos en la Introducción de la tesis. Los elementos referenciales son:

1. Sobre la propuesta para la enseñanza del ASIS en pregrado y en posgrado
2. Sobre la utilización del ASIS en el sistema de salud
3. Sobre el enfoque investigativo (integrador) del ASIS
4. Sobre los procesos de renovación del ASIS

Para desarrollar esta valoración crítica, se utilizaron:

- Las respuestas de 26 expertos que se desempeñan en la docencia, los servicios y la investigación, incluidos dos funcionarios de alto nivel del MINSAP y una funcionaria de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Las encuestas fueron procesadas automáticamente, en el programa Excel Microsoft Office 2010 y los resultados se resumen en un cuadro anexo. (Anexo 1)

La realización de las encuestas permitió obtener una información confiable, sustentada en la experiencia de los encuestados y confirmó la pertinencia de su elección. Al mismo tiempo, mostró como saltar las barreras que podría originar la diversidad de perfiles comprometidos con el ASIS y especialmente, el reconocimiento de cada encuestado ante la posibilidad de enjuiciar la utilidad y aplicación de una herramienta que para los especialistas de MGI y los epidemiólogos, se ha convertido en una de sus competencias básicas, sea reconocida o no, por los decisores en los servicios de salud.

- La información de la revisión de 16 artículos publicados en formato electrónico o digital, en las cinco revistas científicas nacionales que la autora consideró podrían estar directamente vinculadas al tema: Revista Cubana de Salud Pública, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, Revista Cubana de Medicina General Integral, Revista Educación Médica Superior y Revista Habanera de Ciencias Médicas. Los 16 artículos se publicaron a partir de 1995 y correspondieron a:
 - Revista Cubana de Salud Pública: 5 artículos
 - Revista Cubana de Higiene y Epidemiología: 3 artículos
 - Revista Cubana de Medicina General Integral: 3 artículos
 - Revista Educación Médica Superior: 3 artículos
 - Revista Habanera de Ciencias Médicas: 2 artículos

Un interesante hallazgo de esta revisión fue, que los artículos de la autora se habían citado en 20 publicaciones, el libro en 10 y la tesis doctoral en 5. Por otra parte, aunque no publicados en ninguna de las revistas seleccionadas y sí en portales no muy reconocidos científicamente, se hallaron artículos cuyos autores divulgaron contenidos sobre el ASIS en Cuba, que confirman su aplicación en los servicios de salud. (52-55) También se utilizó en este apartado de Discusión General, el contenido de 12 documentos, artículos y capítulos de libros de otros autores sobre el tema. Seguidamente, se realiza la valoración crítica sobre la utilidad y aplicación del ASIS, estructurada según los 4 elementos referenciales:

1. Sobre la propuesta para la enseñanza del ASIS en pregrado y en posgrado

Pregrado

La secuencia formativa descrita en el artículo 1, se aplicó en los cursos 1986- 87 y 1987-1988, con total desarrollo en la estancia integrada de Higiene y Epidemiología en 5to año de la carrera a partir de 1988 y así, se respondía a los principios del nuevo modelo de atención: el médico general integral, hoy médico familiar. En la estancia de Higiene y Epidemiología, la opción se desarrolló tal como se había diseñado, al menos en una buena parte de las Facultades de Medicina del país y en todas las correspondientes al Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. No sucedió igual con la estancia de Medicina General Integral pues, en aquellos momentos, no pudo aplicarse la propuesta que incluía la confección del plan de acción en la estancia de Teoría y Administración de Salud.

El vínculo docencia-servicio transita en ambos carriles y si la propuesta docente no se acepta y desarrolla en los servicios, este vínculo se agota o desaparece. Si se hubiera mantenido el adiestramiento de los estudiantes para realizar el ASIS mediante "ejercicios docentes", que garantizaran futuras investigaciones comunitarias y proyectos en servicios de salud, tal como se logró al iniciarse el modelo, la transformación del ASIS en un instrumento aplicativo útil en los servicios, hubiera sido mucho más aceptada y ágil.

Este instrumento, deberá mantener su utilidad según se adapte a las circunstancias cambiantes del espacio donde se aplica. Si aún más, esta herramienta requiere para su aplicación de conocimientos y habilidades teórico-prácticas, resulta innegable la necesidad de su perfeccionamiento constante, por ello, al diseñarse la opción pedagógica para los diferentes niveles de aprendizaje, se abrió un espacio creativo para su posterior perfeccionamiento, mediante nuevas propuestas docentes derivadas de las modificaciones en el sistema de salud y en la consecuente prestación de servicios.

En ese sentido y después de casi 25 años de elaborada la opción pedagógica, resultaron interesantes –por su intención de cambio- dos nuevas propuestas metodológicas para desarrollar el ASIS en los espacios-población locales. Con antelación a esas propuestas y sustentado en el trabajo previo se habían realizado Talleres Metodológicos en los años 1991-1992, con la participación de directivos de los niveles de servicios, jefes de los Dptos de Salud y un gran

número de profesores de las diferentes Facultades del antiguo ISCMH, cuyo propósito básico, fue *“la confección de una Guía para elaborar el Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) a utilizar en el policlínico, el sector del consultorio del médico y la enfermera y, además, en los consultorios en centros laborales y educacionales”*. (56). Posteriormente, esta y otras Guías, conjuntamente con materiales docentes de apoyo, se incluyeron en un CD entregado a cada profesor principal de las distintas Facultades del ISCMH.³

De las dos propuestas mencionadas antes, una se implementó en 1994, estuvo orientada a la formación de pregrado y se reseñó en un artículo en 2006 (57); la segunda elaborada en 2002 y enfocada al uso del ASIS en los servicios, correspondió a un equipo de investigación dirigido por el recientemente fallecido profesor Pedro Rodríguez Hernández, perteneciente al Dpto. de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas “Salvador Allende”. Esta segunda propuesta no fue publicada, si no presentada en un evento del antiguo ISCMH. (58)

La primera propuesta, a desarrollar en la carrera de Medicina se originó -según refiere el autor en su artículo- por las deficiencias en la confección del ASIS y se denominó DSS-ASIS-PSP, al integrarse el Diagnóstico de Salud (DSS) el Análisis de situación de salud (ASIS) y el método o proceso de solución de problemas (PSP), con un enfoque poblacional. El propósito era *“proponer un procedimiento que facilite su aplicación como método de solución de problemas de salud para mejorar el trabajo del Equipo Básico de Salud (EBS)”*. Metodológicamente, el procedimiento para desarrollar la propuesta tenía 3 etapas y 6 pasos, a utilizarse en los diferentes niveles del sistema: nacional, provincial, municipal y en APS. La información necesaria se obtenía en los consultorios, mediante una encuesta de la Historia de Salud Familiar. También se proponía un proceso secuencial que se iniciaba con alguna actividad de familiarización del procedimiento en el primer año, su profundización en las asignaturas MGI I y II, su aplicación en la estancia de Salud Pública, en MGI III y en el internado, a grupos de familias en el sector del EBS.

También, con relación a la nueva propuesta, el autor reconoció que: *a pesar de lo que se ha avanzado en este proceder, aún existen deficiencias que impiden su correcta aplicación y su posterior utilización. Se puede concluir que se requiere del establecimiento de un procedimiento único, basado en el proceso de solución de problemas de salud*. (59) La propuesta, reconocida como un intento muy positivo para perfeccionar o ajustar el proceso docente del ASIS, no se generalizó a todas las Facultades del antiguo ISCMH, pues solamente se desarrolló en la Facultad Manuel Fajardo y en una de las Facultades del ISCM Santiago de Cuba. Transcurridos 18 años de elaborada y ejecutada, no son alentadores los resultados de su aplicación, debido a cierto desinterés de los directivos en las áreas⁴. Además, la propuesta tampoco se realizó en su totalidad, pues fue escaso el desarrollo del Proceso de Solución de Problema (PSP). (60).

³ Comunicación personal Dra. Dania Betancourt

⁴ Comunicación personal del prof. Benito Narey Ramos

No es propósito en la tesis debatir acerca del desarrollo teórico-práctico de esa propuesta, aunque en el artículo se incluyen algunas definiciones y conceptos totalmente cuestionables y que permiten reiterar el posicionamiento científico de la autora acerca del ASIS. Por ejemplo, la “reaparición” del Diagnóstico de la situación de Salud (DSS) y la incorporación del denominado “proceso de solución de problemas” con un enfoque gerencial, cuando constituía el método sustentador de los planes de estudio de la carrera de Medicina en años anteriores. De otro lado, se reforzaba la vigencia del ASIS como una prioridad docente, más que como una herramienta privilegiada para la toma de decisiones en los servicios.

Desde mediados de la década de los 90, surgieron modificaciones a la propuesta original de la autora en su dimensión del pregrado. Nada menos que la transformación de uno de sus componentes organizativo-docente, representado por la estancia integrada, cuyo objetivo era mantener el ASIS como eje conductor del proceso docente de la estancia, casi como una invariante o estrategia común para las cuatro disciplinas: Epidemiología, Higiene, Administración de Salud y MGI. Este diseño original se mantuvo en algunas Facultades hasta el curso 1996-1997, cuando aparece la “Guía de actividades participativas”. Anteriormente, en 1994, se había desarrollado la mencionada propuesta de la tríada DSS-ASIS-PSP.

En otras Facultades del propio ISCMH, se ejecutaron variantes de la opción pedagógica original, con una total disimilitud para la enseñanza del ASIS y su consiguiente deterioro. Se substituyó el espacio-población seleccionado originalmente para elaborarlo, por su realización en un grupo indistinto de familias. Los datos se obtienen de la Historia de Salud Familiar a través de una encuesta, algo contradictorio, ya que el estudiante dispone del libro de texto, donde aparece una Guía para el ASIS. En cuanto al tiempo para desarrollar los contenidos, permanece el establecido en el diseño original del Plan de Estudio. Por supuesto, era innegable la necesidad de cambios en función de las circunstancias, pero se cambia para mejorar, perfeccionar o innovar y solamente los resultados que se obtengan, confirman el éxito.

Además de estos cambios, en cinco de los artículos revisados, se describen otros aportes relacionados con la opción pedagógica original. Los cinco artículos fueron publicados en la década 2000-2010; uno corresponde a la Facultad de Medicina Manuel Fajardo, dos a la actual Facultad Playa y otro a la Facultad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Conjuntamente con los artículos, se revisó un tema en un libro de texto y los contenidos se enfocaron hacia:

- Las bases teórico-metodológicas y éticas del ASIS
- La inter-relación del ASIS y la asignatura Informática Médica
- La superación profesoral para analizar los problemas de salud

Aunque en uno de los artículos se recrea, más que se aporta sobre las bases teóricas del ASIS, al menos, después de casi 18 años, permitió al autor “refrescar” ese contenido, con

algunas conceptualizaciones más recientes y una precisa valoración pedagógica. (61). Sobre los aspectos éticos del ASIS, fue muy relevante el contenido del tema en el libro de texto de pregrado, elemento no solamente necesario en el espacio docente, si no también, imprescindible en la prestación de servicios del médico familiar (62). En otros dos, se destaca el intento de los autores para establecer un enfoque interdisciplinario e inter-asignaturas (63)(64), sustentado en la propuesta que sobre el ASIS se incluyó en el plan de estudio de pregrado y finalmente, se reconoce en otro artículo, la necesidad e importancia de la preparación profesoral para desarrollar el proceso de identificación de problemas en el currículum de pregrado (65). Además, fue sorprendente el hallazgo de una publicación del ASIS que realizaron dos estudiantes de 5to año de Medicina, en uno de los sitios de Internet que algunos prominentes investigadores no consideran prestigioso. Al menos, reconocieron y divulgaron la importancia que para su formación y posterior desempeño, tuvo este instrumento. (66)

Es oportuno esclarecer que durante los tres primeros años de ejecución de la opción pedagógica en pregrado, se utilizaron procedimientos evaluativos que retroalimentaron a los colectivos profesorales para asegurar su desarrollo, tal como se describió en el artículo 1. Al iniciarse los procesos de cambios, sustituciones y renovaciones, se desconoce si han sido sometidos a esos procesos evaluativos imprescindibles. Antes de concluir la valoración crítica de este primer elemento referencial dentro de la Discusión General de la tesis, es oportuno, reconocer la escasa o limitada reproducción práctica para la adquisición de habilidades sobre la participación comunitaria en la confección del ASIS, aunque fue incluida y descrita en la propuesta original de la optante en la variante de pregrado. Se priorizó el desarrollo de esa cuasi imprescindible habilidad, para la variante de posgrado con algunos resultados positivos sobre la participación comunitaria en el ASIS, al menos desde los centros y unidades docentes donde se desarrolla el programa. Como ha quedado expuesto en los párrafos anteriores, tampoco en ninguno de los cambios, modificaciones o renovaciones de la propuesta, se consideraron esos importantísimos contenidos docentes, en la amplitud y rigor que requieren.

Posgrado

Para desarrollar los contenidos sobre el ASIS en la formación de posgrado -uno de los dos componentes de la opción pedagógica original- además de incluirse en los programas de especialización de Higiene y Epidemiología y Medicina General Integral, fue muy oportuno que se iniciaran los programas de Maestría para los profesionales cubanos, en la antigua Facultad de Salud Pública, ya que pudieron diseñarse y ejecutarse los Módulos correspondientes al ASIS.

En la década de los 90 resultó muy renovador para la vinculación docencia-servicios que, al desarrollarse estos módulos, se establecieran convenios entre la institución docente Facultad de Salud Pública y los Consejos de Dirección de los tres municipios colindantes, cuyos resultados fueron publicados.(67) En el programa de la Maestría de Salud Pública desde sus inicios y en el

resto de las Maestrías desde sus comienzos en la década del 90, los contenidos –no solamente del ASIS- se actualizan permanentemente por los integrantes de los respectivos Comités Académicos.

En cuanto a la formación especializada, el proceso evolutivo de la enseñanza del ASIS en las residencias de MGI y de Higiene y Epidemiología, después de casi 25 años de elaborada la opción pedagógica para el posgrado, merece una investigación aparte y, dadas las características de esta tesis, solamente se mencionarán algunos momentos de esa evolución, obtenidos de la revisión que realizó la optante. Como dato a destacar en la formación de posgrado, de 1986 a 2010, se elaboraron por los residentes y los participantes en los programas de Maestrías más de 120 informes de ASIS, con datos obtenidos directamente en los servicios y posteriormente debatidos con los directivos correspondientes, en un excelente ejercicio de vinculación docencia-servicios. (68)(69)

De la revisión, se expone el contenido de seis artículos y un documento de trabajo, cuyos autores reconocen la importancia del ASIS y reafirman su vigencia, básicamente, para el especializado en Medicina Familiar. Acerca de la especialización en Higiene y Epidemiología, de 1995 a 2011, se publicaron solamente tres artículos relacionados con la formación general de ese especialista; dos corresponden al tema de las competencias -uno incluido en la Compilación- y en el tercer artículo, se describe el nuevo programa de la residencia. (70)(71)(72). Por esas razones, los seis artículos escogidos y el documento de trabajo están referidos al especialista de MGI y su contenido transita, desde la valoración de algunos elementos de la opción pedagógica de la autora, la vinculación docencia-servicio en la formación del residente, hasta renovadas propuestas formativas. Los temas se relacionaron con:

- Una metodología para el análisis de la situación de la salud en los Consultorios del Médico y Enfermero de las Familias (73)
- La capacitación del personal comprometido con el ASIS (74)
- El desarrollo del intercambio semanal en el programa del especialista en MGI (75)
- Un análisis de contenido de los documentos rectores del proceso de formación del especialista en Medicina General Integral, que se utilizan tanto en la actividad académica propiamente dicha, como para la atención a la población con énfasis en la dispensarización, el ingreso en el hogar, el Análisis de la situación de salud y la Vigilancia en Atención Primaria de Salud. Se hace referencia a la Carpeta Metodológica de APS y Medicina Familiar. (76)
- La valoración del modelo Medicina Familiar después de 20 años, con una propuesta de etapas evolutivas y sugerencias para su perfeccionamiento. (77)
- Una periodización sobre la formación del especialista MGI, donde se describen 3 momentos que marcaron pauta en el proceso cíclico de la citada especialidad en Cuba,

con 3 respectivas etapas y con especial énfasis en el desarrollo de competencias investigativas. (78)

- La evaluación de los conocimientos y habilidades obtenidos en el módulo de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) por los residentes de MGI del estado Trujillo en Venezuela.(79)

En cuanto a la opinión de los encuestados acerca del ASIS en la dimensión docente, el 57.7% consideró que los conocimientos para realizarlo se adquirirían en la residencia de MGI; seguido del 42% en las Maestrías y el 34.6% en el pregrado. Solamente el 11.5%, respondió que esos conocimientos se adquirirían en todas las formaciones: pregrado, residencias, diplomados y maestrías. Fue alarmante la respuesta sobre el desarrollo de esta competencia después de egresar, ya que el 61.5% de los encuestados consideró que no se desarrollaban conocimientos y habilidades sobre el ASIS en el desempeño cotidiano en los servicios. Este criterio lo sustentan en la calificación al evaluar el ASIS (11.5%) y en la calidad de los informes (3.8%). No obstante, 23.1% respondieron que siempre se desarrollaba esta competencia al egresar de los procesos formativos y 7.7% afirmó que “a veces”. Una interesante pregunta, se relacionó con el material docente disponible para adquirir conocimientos sobre el ASIS. El 73.1% de los encuestados respondió que en los libros; 38.5% en artículos y 11.5% en monografías. (ver Anexo 2)

Es pertinente aclarar, que esta prioridad del ASIS en el espacio docente, no es un hecho exclusivo en la enseñanza de posgrado en Cuba, pues la autora tuvo posibilidad de compartir esos contenidos en un curso para epidemiólogos regionales en Guatemala (1991) en coordinación con OPS/OMS y el CDC y también, en las ediciones internacionales de las Maestrías de Salud Pública y APS en Brasil (2000-2004), Ecuador (1997-1998) y un curso posgrado en México (2007). Actualmente, y como demostración de su vigencia, en otros países latinoamericanos el ASIS está totalmente incorporado a los programas de posgrado, por ejemplo, en Costa Rica (80), Perú (81), México (82), Argentina (83) y Venezuela (84)

2. Sobre la utilización del ASIS en el sistema de salud

Se ha reiterado en los ocho artículos y en el libro, la importancia del ASIS para el buen desempeño de los servicios de salud y en el artículo 4, se describen etapas en su utilización en el sistema de salud. En los niveles locales -área y municipio- esa aplicación se inició como actividad docente en la década de los 80 al desarrollarse el modelo de Medicina en la Comunidad, mediante un ejercicio obligatorio para los residentes de las especialidades básicas: medicina, pediatría y gineco-obstetricia, durante el primer año de trabajo en la comunidad, lo que garantizaba su vinculación directa con los problemas de salud de la población que atendían. (85)

Como un antecedente histórico en el referente y no divulgado en ninguna publicación, es pertinente comentar que a finales de la década de los 70, la autora condujo la elaboración del diagnóstico de salud presentado periódicamente, por cada uno de los 19 directores municipales, ante el Consejo de Dirección del director provincial en la antigua provincia Habana. Para esta presentación, se desarrolló un adiestramiento de esos equipos de dirección municipales con antelación a los desarrollos metodológicos del ASIS y de la estrategia sanitaria nacional OPD/2000. Las recomendaciones derivadas de esos “diagnósticos” sirvieron para elaborar intervenciones con la participación de la comunidad, -coincidentes o no- con las actividades de los programas de control existentes durante la etapa. (86)

En ese mismo período, se desarrollaba la experiencia formativa en el antiguo Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS) que se mencionó sintéticamente en el epígrafe 2 de la Introducción de la tesis; los residentes de Administración de Salud ejecutaban un “diagnóstico de salud” en los espacios-población de varias provincias, como un ejercicio para su evaluación formativa. La sustentación teórica de esa especialización y, de hecho, el diagnóstico de salud con sus “principios metodológicos” –así se denominaron- derivaban del desarrollo de la higiene social marxista, que en aquella etapa tenía en Cuba y, principalmente en aquel centro, su espacio más sólido. (87) (88)

Aunque con ese ejercicio se intentó vincular la propuesta docente con el quehacer de los servicios de salud, no fueron reconocidos –con excepciones- la utilidad y aplicación de esos “diagnósticos” por los directivos donde se realizaban, ya que la permanencia de los residentes en el territorio seleccionado, se relacionó siempre con el desempeño institucional del IDS y con la adquisición de conocimientos, más que como un aporte a los servicios. Resultó históricamente valioso el contenido de los Informes al elaborar ese “diagnóstico de salud” y también contribuyeron –entre otros elementos- a estimular en la autora, su interés para diseñar y promover su renovada propuesta.

Acerca de lo comentado sobre la incompetencia de los epidemiólogos para realizar en esa etapa el “diagnóstico de salud” por carecer de conocimientos, habilidades y valores no incluidos en la residencia, las consecuencias negativas no demoraron en aparecer pues, cuando se modificó el modelo de atención y surgió el modelo del médico y enfermera de la familia, esos epidemiólogos coincidentes en tiempo y espacio con los médicos de familia en la prestación de servicios, no pudieron orientarlos sobre la confección del ASIS, al menos, en la primera década de ejecución del Modelo del Médico y Enfermera de la Familia. (89)

Como se ha expuesto en los párrafos anteriores, es tarea compleja demostrar o comprobar la aplicación del ASIS en los servicios, sin relacionarlo con su enfoque formativo pues, con frecuencia, el intento permanece en el terreno especulativo o anecdótico, o como excepcionales ejemplos en algunos territorios del país. Uno de esos ejemplos, resultó el reconocido y eficaz proyecto de intervención diseñado y ejecutado en la provincia de

Cienfuegos y que, por supuesto, requirió previamente de analizar la situación de salud, identificar los problemas, priorizarlos y ofrecer solución a través del propio proyecto. (90)

Al constituirse el ASIS en una habilidad singular del médico familiar, la obligatoriedad de realizarlo garantizaba su aplicación directa en los servicios pero sabemos que, de la teoría a la práctica, todo puede cambiar voluntaria o involuntariamente. Afortunadamente, aunque con altibajos, el ASIS se ha mantenido como una competencia tanto del médico familiar, como del epidemiólogo, lo cual deberá garantizar su vigencia en los servicios, tal como se establece en la reciente versión del programa. (91) En ese sentido, resulta oportuno transcribir el resumen de una publicación (documento de trabajo) y seis artículos orientados a valorar la utilización del ASIS en los servicios de salud, así como el desempeño de los médicos familiares y los equipos básicos de salud y, sin dudas, los hallazgos confirman la necesidad de la renovación del ASIS con cierta urgencia.

En una de las la publicaciones seleccionadas para esta revisión, se describe "una investigación para evaluar la calidad de los documentos del ASIS de los consultorios médicos de Ciudad Habana y el resto del país durante el año 2002". Se evaluaron cuantitativamente 600 Informes de ASIS de una muestra nacional; para ello, se aplicó un patrón de evaluación y estándares de calidad que abarcaban 6 dimensiones integradas por categorías que según los expertos mejor describen la situación de salud. La calidad de los Informes del ASIS elaborados en los consultorios médicos fue deficiente, al no alcanzar los estándares de calidad establecidos. La identificación de los problemas, riesgos y daños a la salud, obtuvieron los mejores resultados mientras que los servicios de asistencia médica y la caracterización social fueron los aspectos menos descritos. Se hacen cuatro recomendaciones para mejorar la situación descrita. (92)

Para evaluar los Informes de los ASIS en esta investigación, se elaboró una Guía *ad hoc* que derivó de la revisión de las guías existentes y de la consulta a expertos sobre el tema. Con esta nueva Guía, según los autores del artículo, se contribuirá a organizar el proceso de búsqueda de información, a orientar el análisis, la síntesis y a la creación, toda vez que se espera que el equipo de salud elabore, indague, profundice, integre y cree una propuesta de transformación de la situación de salud de su comunidad. El diseño de la Guía, mediante la investigación, se expone en un artículo publicado en 2006 (93). Es pertinente aclarar que con anterioridad a esta propuesta, se habían elaborado guías evaluativas para los Informes ASIS, una bien sencilla original de la autora (94) y otras con un mayor nivel de complejidad y que incluso, fueron utilizadas para algunas investigaciones. (95-97)

El resto de los seis artículos seleccionados y relacionados con la aplicación del ASIS en los servicios, se enfocaron a:

- La evaluación, mediante un test, de los conocimientos y habilidades de los equipos de la APS para el ASIS e identificación de sus necesidades de aprendizaje, así como la determinación del nivel de información y participación de la comunidad, en un policlínico urbano de la ciudad de Holguín en 1996. El test fue aprobado por el 16 % de los participantes y los diagnósticos evaluados mostraron carencia de elementos y enfoques inadecuados. La población mostró poco dominio de conceptos básicos y limitada participación en la planificación de acciones. Como conclusión se señala insuficiencia de conocimientos y habilidades de los equipos para la adecuada construcción, análisis e interpretación de la situación de salud. (98)
- La detección de las principales dificultades, limitaciones y obstáculos que impiden lograr el perfeccionamiento del trabajo del médico de la familia en 5 provincias del país. Para este estudio, se seleccionaron 121 médicos de la familia, 17 dirigentes de salud y 26 dirigentes de los órganos del poder popular en Santiago de Cuba. Entre los principales hallazgos destacó la no utilización en todas sus potencialidades del diagnóstico de salud; no incorporación de la comunidad en la solución de los problemas de salud y deficiente preparación y poca dedicación de las autoridades de salud y del gobierno local para realizar cabalmente la política de salud. (99)
- La interrelación del diagnóstico de salud y el diagnóstico educativo; ambos representan etapas del proceso global de solución de los problemas de la comunidad y los participantes activos en dicho proceso son los médicos y trabajadores de la salud por una parte, y la población por la otra, con sus organizaciones políticas y de masa. El objetivo de la interrelación es lograr con un enfoque integral, biosocial, un programa educativo integrado con el plan de acción del diagnóstico de salud del área.(100)
- La identificación de la percepción sobre el ASIS en un Consejo Popular, para desarrollar un proyecto de planificación participativa en salud. El estudio, se efectuó en 2008. Destacan resultados como: los líderes formales tuvieron una percepción limitada del ASIS y los informales, no tenían información total de lo que significaba; el personal de salud, aunque creía que era una herramienta indispensable y conocía el método, no realizaba un completo proceso de planificación, ni involucraba adecuadamente a la comunidad en este. La participación comunitaria se percibió solamente como colaborativa. Los líderes formales no representantes de salud y los líderes informales de la comunidad, no perciben la necesidad de ser incluidos en el ASIS. (101)
- La elaboración de una propuesta para analizar la situación de salud en una comunidad especial cerrada en Santiago de Cuba, en el año 2010. Se ofrecen aspectos conceptuales generales para la realización del análisis en las comunidades especiales

bajo el liderazgo de los médicos, así como su metodología general para el desarrollo exitoso. (102)

- La caracterización del proceso para realizar el ASIS sus perspectivas de desarrollo en función de mejorar la situación de salud comunitaria. De igual manera se ofrecen lineamientos generales para la realización de este análisis en las comunidades bajo el liderazgo de los médicos y enfermeras de la familia, así como una metodología general para su desarrollo exitoso con la participación activa de la población. Finalmente se presenta un concepto original de este fundamental proceso. (103)

Como se observa en el contenido de los artículos, no existen dudas de las dificultades y limitaciones que ha enfrentado y enfrenta el instrumento ASIS para su total inserción en los servicios de salud, pero también resulta interesante que, en todos se ofrecen recomendaciones o sugerencias para subvertir esas deficiencias. No es menos cierto, que con el ASIS se identifican problemas de salud, pero el objetivo de la tesis que se presenta es confirmar su utilidad y aplicación como instrumento en los servicios y no evaluar el resultado del procedimiento en sí. En ese sentido, en los territorios provinciales, también aparecen informes de ASIS elaborados para su utilización directa en los servicios, como sucedió en el municipio Holguín y en el otro extremo del país, un centro turístico en la Isla de la Juventud. (104)(105)

Ya en el elemento referencial 1 de esta Discusión General sobre el tema de la tesis, se había mencionado una segunda propuesta de perfeccionamiento del ASIS en los servicios, a través de una investigación conducida por el prof. Pedro Rodríguez en la Facultad Salvador Allende en 2002. (106) Los objetivos fueron: actualizar el tema, proponer la adopción de una guía única, analizar los problemas docentes y gerenciales con un enfoque socio político y plantear soluciones. Esta investigación fue originada por lo que el autor consideró un deterioro en la realización del ASIS debido a:

- Deficiencias en confección y empleo.
- Pérdida de la participación comunitaria.
- Insatisfacción de los Médicos de Familia

Tal como sucedió con la propuesta de perfeccionamiento del prof. Ramos, sorprende el renacer del “diagnóstico de salud” al definirse el ASIS como: *“diagnóstico de la situación de salud (D.S.S.), más las necesidades sentidas por esta, la cual participa activamente en la identificación y solución de problemas de salud, a través de acuerdos duraderos entre las partes involucradas en el proceso.”* Además, agrega etapas y usos del ASIS e identifica –mediante la matriz DAFO, las fuerzas internas y externas que inciden en su utilización, un tanto coincidentes con las deficiencias detectadas en otros artículos y documentos. Por ejemplo, se repiten algunas “debilidades” y “amenazas”, entre las que destacan:

- Diferentes teorías y guías sobre el ASIS

- Confusiones entre D.S.S. y ASIS.
- Disociación entre teoría y práctica
- No uso como instrumento de trabajo, por desconocimiento de su valor.
- Falta de control del Plan de Acción.

Algo relevante en el estudio del prof. Rodríguez fue la proposición de un Plan de Intervención para mejorar el ASIS, algo muy positivo con relación al tema y que demostró el interés del autor y su colectivo en renovarlo ya desde esa etapa. Se consideró como principio rector del plan “la motivación”; el objetivo fue *“convertirlo en instrumento vivo y útil, que sea el Plan de Trabajo del Consultorio y que se perfeccione su método de confección y uso”*. También, reformularon la Guía para elaborar el ASIS, con la adición de nuevos indicadores. Entre las conclusiones de la investigación interesa comentar sintéticamente las siguientes:

1. ***Es necesario unificar criterios en la conceptualización del ASIS sus objetivos, etapas y usos.***

Comentario: esta conclusión representó uno de los problemas científicos para que la autora iniciara sus procesos investigativos sobre el tema hace años y aún, espera por un debate científico riguroso, más que leer o escuchar juicios o críticas aisladas y poco beneficiosas para el perfeccionamiento del ASIS.

2. ***Actualmente se emplean numerosas GUIAS para confeccionar el ASIS, que deben uniformarse.***

Comentario: la utilización correcta del ASIS promueve la existencia de esas diversas Guías, en dependencia del espacio-población y el grupo específico a estudiar.

3. ***Considerar el ASIS como la investigación epidemiológica más importante de Medicina General Integral.***

Comentario: tal como se acepta, la investigación epidemiológica de campo más importante a nivel local es el control de una epidemia. Para el especialista de MGI, el ASIS se considera como una de sus competencias básicas.

4. ***Capacitar a dirigentes, profesores y Médicos de Familia en la confección y uso del ASIS.***

Comentario: si alguna actividad relacionada con el ASIS ha sido permanente durante todos estos años, es la formación y capacitación en todos los niveles, por tanto, lo que limita su utilización en los servicios, no es la carencia de capacitación, es la prioridad que en los servicios se ofrece a la ejecución de los programas de salud, cuantitativamente exagerados, obsesivamente controlados y exitosamente cercenadores de la creatividad que origina el ASIS en quienes lo realizan, para contribuir a la solución de los problemas que se identifican y priorizan.

Competencia y desempeño de especialistas

Finalmente y como se constató en los artículos reseñados, la aplicación del ASIS -como toda actividad en los servicios- está totalmente vinculada a la competencia y el desempeño del personal responsable de esa aplicación, hecho incuestionable aunque no siempre logrado. En ese sentido, en el artículo 7 de esta Compilación se mostraron los resultados de una investigación, cuya unidad de análisis fueron los epidemiólogos de varias generaciones que laboraban en 3 provincias del país. En cuanto a los médicos familiares, hace 15 años la autora fue tutora de una tesis de un residente de MGI y al indagar sobre las habilidades relacionadas con el ASIS en los médicos familiares del área de estudio, entre las conclusiones más interesantes se encontró que (107):

- 1) El nivel de conocimiento de los médicos de familia para confeccionar el diagnóstico de salud es insuficiente debido a que:
 - no reconocen el objetivo del ASIS, su importancia y utilización.
 - reducen la aplicación de los indicadores de la Guía Metodológica, a los más convencionales.
 - los métodos de **adiestramiento** no son uniformes, aunque los responsables de realizarlos disponen de elementos para reproducirlos.
 - no aprovechan las potencialidades que alberga la comunidad, por tanto, no se logra el objetivo de la participación comunitaria.
 - no aplican métodos y procedimientos para promover participación comunitaria.

- 2) Ni los médicos de familia, jefes de Grupos Básicos de Trabajo, y directores de policlínico han sido **adiestrados** en la confección del plan de acción lo cual limita su utilización como uno de los elementos básicos del diagnóstico de salud.

Como se describe seguidamente, no han sido muchos los cambios de estas conclusiones en ese lapso, tal como se muestra en interesantes investigaciones orientadas a indagar sobre la competencia y el desempeño del MF o del EBS, en varios de los artículos reseñados. (108-110). Por ejemplo, un importante resultado de la mencionada investigación del Prof. Rodríguez y su equipo, fueron las opiniones de los médicos familiares al explicar las razones de su incompetencia para realizar el ASIS, las que se transcriben literalmente:

- *Un % elevado desconoce su importancia.*
- *Lo confeccionan porque está establecido.*
- *No se trabaja con los resultados.*
- *Poca motivación para materializar resultados.*
- *Lo hace por obligación.*

- *Los obligan a cumplir una meta.*
- *Muchos desconocen su valor.*
- *No le enseñan a emplearlo.*
- *En las inspecciones lo piden, pero no lo revisan.*

Por supuesto, una buena parte de estas opiniones coinciden con las emitidas en los artículos incluidos en este apartado y son frecuentes, siempre que aparezcan espacios para la confrontación y el debate con relación al ASIS. Por ejemplo, derivada de algunas de esas opiniones, en 1994 surgió una propuesta desde el Vice Ministerio Primero del MINSAP para re-analizar el desempeño del médico familiar, a través de una experiencia circunscrita al Policlínico "1ro de Enero" en el Municipio Playa. Durante el desarrollo de las actividades preliminares, los integrantes de los Grupos Básicos de Trabajo identificaron entre los problemas médico-docente-metodológicos más complejos, la confección y utilización del diagnóstico de salud y como resultado, la autora elaboró un documento orientador, donde se precisaban los procedimientos para lograr esa utilidad y aplicación del ASIS en los servicios de salud. (111)

En uno de los artículos revisados -cuyo autor permaneció durante más de 10 años como médico familiar en un consultorio- se valoró con rigor y objetividad lo ocurrido con la aplicación del ASIS, *"desde la generalización de su denominación en sustitución del "diagnóstico de salud", hasta su exitosa utilización durante la década de los 90 en algunas comunidades del país, entre las que descolló la experiencia de El Condado en la provincia de Villa Clara".*(112) Resultó sumamente agradable y aleccionador haber visitado esa comunidad, intercambiado con el médico familiar y su equipo y comprobar que cuando existe voluntad de trabajo, se eliminan los escollos.

El autor del artículo también consideró que *"el desarrollo del ASIS no se ha impuesto aún como proceso rector para el desempeño del EBS y son diversas las opiniones en cuanto a su factibilidad. A nivel comunitario, se realiza anualmente en las áreas de salud del país, mediante un proceso más bien formal, básicamente burocrático y en él, comúnmente no es efectiva la participación de una representación del resto de la comunidad. Afirmó que la tendencia a no conservar esos informes, rompe la necesaria continuidad en el trabajo de los EBS y favorece la pérdida de información relacionada con la situación de salud de la comunidad en el tiempo".*(113)

Estas consideraciones contribuyen, sin dudas, a entender lo ocurrido sobre la utilidad y aplicación del ASIS y a los fines de la tesis, era obligatorio conocer la opinión de los 26 expertos encuestados quienes, con relación al tema, respondieron lo siguiente: (ver Anexo 2):

El 92.3%, consideró que el ASIS es imprescindible para lograr resultados exitosos en los servicios de salud. Esta respuesta, aunque mayoritariamente suscrita, es totalmente cuestionable porque con el ASIS se pueden obtener buenos resultados en el desempeño de los servicios de salud, pero existen otros elementos que también contribuyen a ese logro, por tanto, no resulta imprescindible. Baste con citar los cuatro elementos conocidos que se utilizan

para evaluar ese desempeño: financiamiento, calidad de la prestación, recursos humanos y materiales y rectoría del sistema. (114)(115).

Otra pregunta con respuesta casi unánime, se relacionaba con la utilización del ASIS para la toma de decisiones en los servicios. Aquí, el 96% de los encuestados, respondió que "a veces" (65.4%) y "nunca" (30.8%), los directivos utilizan el ASIS para tomar decisiones, lo que confirma la elevada sospecha de la ausencia de evidencias científicas para desarrollar estrategias sanitarias ante los problemas de salud.

Acerca de la utilización del ASIS para identificar problemas: 53.8% respondió que ninguno y 26.9%, que era el director del área de salud, quién más lo utilizaba. Muy interesante detectar que, en cuanto a nivel de exigencia para realizar el ASIS, 69.2% respondieron que los integrantes de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) asumían esa tarea, 46.2% identificó a los directores de áreas y 26.9% a los directores de los municipios. Con igual orden, consideraron a los funcionarios a quienes les correspondía el controlar ese cumplimiento: 42.3% a los integrantes de los GBT, 38.5% a los directores del área y 26.9% a los directores del municipio.

No existieron dudas en identificar a los profesionales que deben realizar el ASIS directamente: 80.8% mencionaron a los MF y 46.2% a los Vicedirectores de Área. Asombra que el 38.5% de los encuestados, consideró que eran los epidemiólogos los responsables de su elaboración. Es pertinente aclarar que a partir de 1997, se establecieron directrices para el trabajo higiénico-epidemiológico en los servicios al designarse especialistas de MGI como vicedirectores de Higiene y Epidemiología, en las áreas de salud y los municipios en todo el país. (116) (117). Con esta decisión, se consideró que el ASIS se utilizaría correctamente en la toma de decisiones ante los problemas identificados, pero el resultado no fue el esperado y las respuestas de los encuestados, entre otros elementos, así lo confirman.

En cuanto a la utilidad del ASIS, el 88.5% no tuvieron dudas en reconocerla y de estos, el 96.2% conocen de las críticas que ha recibido este instrumento durante su aplicación. En ese sentido, esta críticas estuvieron relacionadas con la utilidad (69.2%), la frecuencia (34,6%), la extensión (30.8%) y el contenido de la Guía (26.9%). En estas respuestas, se concentra el complicado problema del ASIS para su aceptación y, especialmente, la necesidad de su permanente adaptación a las circunstancias cambiantes en los servicios de salud.

Suscribo el criterio que *"el ASIS al nivel comunitario es una investigación compleja y para su desarrollo el EBS debe conocer aspectos esenciales sobre metodología de la investigación, sobre técnicas participativas y comunicación social"*. (118) Tanto de la frecuencia de ejecución, como de la extensión del Informe y el contenido de la Guía, la autora ha emitido juicios que estimulen los cambios necesarios para que ese instrumento no permanezca estático, obsoleto, inoperante y sea rechazado en lugar de aceptarse totalmente, como se espera de un uso de la Epidemiología y de una Función Esencial de la Salud Pública.

Finalmente, resta una valoración de la aplicación del ASIS en los servicios a nivel nacional e internacional. En el primer caso, además de los históricos cuadros de salud nacionales mencionados en el artículo 4 y al constituirse las Unidades de Análisis de Situación de Salud y sus Tendencias, aparece en la década del 2000, un importante y necesario documento que contiene una "Metodología para el Análisis del Comportamiento Probable de algunos Problemas de Salud seleccionados" que, según sus autores: *"constituye un aporte científico para el análisis en todas las instancias de nuestro Sistema Nacional de Salud por la integración de varias técnicas de predicción y análisis de fenómenos en el tiempo y por la utilización del elemento cualitativo, dado por la opinión de los expertos. Resulta de extraordinaria importancia la utilización sistemática y permanente de este documento, para que realmente se convierta en un instrumento de transformación, preparación y acción en la compleja trama de la Salud Pública"*. (119)

La información ofrecida en esta publicación periódica, fue sumamente valiosa para entender la situación de salud a nivel nacional, aunque se utilizara o no para la toma de decisiones. También, fue útil en el espacio docente pero -sin mediar explicación- se interrumpió su elaboración y divulgación. Actualmente, desde el mismo nivel nacional, se analiza la situación de salud mediante un conjunto de indicadores que conforman el renovado Cuadro de Salud (120), cuyos procedimientos metodológicos se resumirán en el apartado 4 de esta Discusión General.

Es pertinente comentar que en las décadas del 70 y 80 y mediante compromisos gubernamentales, profesionales y expertos cubanos realizaron "diagnósticos de salud" en otros países, aunque esas experiencias internacionales en África y el Caribe, tal vez hayan sido poco divulgadas⁵. Entre estas se destaca -desde el espacio docente- la valiosa colaboración de un grupo de residentes del antiguo IDS en Angola en 1977, para realizar un "diagnóstico de salud" en las 15 provincias que conformaban el país en esas fechas, aunque se orientó más a los aspectos de recursos y planificación de salud, que a la aplicación de indicadores de morbilidad y mortalidad⁶.

En esta vertiente internacional, ya superado el enfoque del "diagnóstico de salud" y desde la dimensión docente, la autora contribuyó a crear o elevar las competencias de los profesionales para realizar el ASIS en varios países. Se desarrollaron módulos sobre el tema, para los programas de postgrado en México, Guatemala, Venezuela, España, Ecuador y Brasil, durante el período 1986-2006⁷

Es innegable que con la realización del Análisis de Situación de Salud (ASIS), se aportan evidencias sólidas para apoyar las decisiones en política sanitaria, incluida la priorización de

⁵ Comunicación personal Prof. Cosme Ordóñez

⁶ Comunicación personal Dr. Luis Suárez Rosas

⁷ Ver Síntesis Biográfica en Anexos

intervenciones. Su utilización en los servicios, constituye una necesaria contribución al desarrollo del sistema nacional de salud aunque como ha sido obvio, en las últimas décadas, se haya relegado un tanto su aplicación al privilegiarse la ejecución de los programas de control, como elemento básico para desarrollar las estrategias sanitarias. En ese sentido, resultó sorprendente que al rediseñarse el programa de Medicina General Integral en su tercera versión, se eliminara el ASIS a realizar en los centros laborales y educacionales cuya metodología se incluyó en la primera versión del programa, lo que redujo las posibilidades para identificar los problemas de salud que afectan a las personas en los lugares donde transcurre una buena parte de su vida. Aún se espera por una explicación convincente sobre esa decisión. (121)

En Cuba, después del reconocido y obligadamente citado Seminario de Buenos Aires (122), se incorporaron los usos de la Epidemiología en mayor o menor medida al trabajo diario de los higienistas y los epidemiólogos, mediante su capacitación directamente en los servicios y en los programas de formación de la especialidad de Higiene y Epidemiología. Posteriormente, al implementarse el nuevo modelo del Médico y la Enfermera de la familia, se diseminan las actividades epidemiológicas en general y el uso del ASIS en los servicios, con los resultados que se mostraron en párrafos anteriores. Entre otras acciones, contribuyó a ese reforzamiento de la actividades epidemiológicas por el médico familiar, los debates que se desarrollaron en dos importantes y oportunos Talleres que con el apoyo OPS/OMS, se realizaron en el INHEM. (123) Se considera que, como procedimiento, aunque en ocasiones el ASIS no siempre se sustentó en un abordaje metodológico riguroso, al menos fue útil como instrumento "orientador" para la solución de problemas emergentes.

3. Sobre el enfoque investigativo (integrador) del ASIS

Los debates acerca de los fundamentos teóricos que ha originado el ASIS en el espacio académico, han sido muy escasos en el espacio docente, particularmente, entre los profesores del nivel de pregrado y algo más frecuentes -aunque no muy divulgados- en el personal docente del nivel de posgrado. Uno de los temas ha sido, la valoración del ASIS como una investigación científica. En ese tenor, el 96.2% de los expertos lo consideró como tal, aunque existió cierta disimilitud al clasificar el tipo de investigación, por ejemplo, 71.4% lo identifica como investigación descriptiva, 64.3% como investigación-acción; 14.3 % lo considera una investigación de sistemas y servicios de salud y 14.3% lo clasificó en "otras" (ver Anexo 2)

En cuanto a la pregunta sobre la elaboración de documentos relacionados con el ASIS, 42.3% respondieron que han realizado investigaciones y 30.8 % no ha realizado ninguna; fungieron como tutores o asesores de tesis relacionadas con el ASIS el 46.2% de los encuestados; 23.1 ha elaborado programas de posgrado y 11.5% ha desarrollado actividades como tutor de trabajos de terminación de Diplomado.

Por otro lado, resultó muy interesante en la revisión de artículos y documentos, la posibilidad de disponer de actualizada información nacional sobre el desarrollo de los procesos investigativos como "generadores de conocimiento", especialmente, cuando se utilizó como "trazador" el ASIS. El trabajo se desarrolló en el año 2009, mediante Talleres en las 14 provincias y el municipio especial. Su propósito era: *"introducir a los participantes en el uso de las metodologías y herramientas de la gestión de la ciencia, la técnica y la innovación para el desarrollo y consolidación de la actividad en todos los niveles de atención desde el nivel municipal."* (124)

Para los talleres se convocó a los profesionales vinculados al proceso de ciencia y técnica en el ámbito municipal, vice-direcciones docentes de los hospitales de los municipios o de la provincia, y en algunas provincias representantes de la docencia de las Direcciones Provinciales de Salud. Se escogió el ASIS como "trazador", pues se reconoció como una tecnología fundamental en toda la estructura del Sistema Nacional de Salud, su metodología de elaboración resulta pertinente y en el proceso de formación docente se adquieren los contenidos para realizarlo. Como resultados principales se transcribe literalmente que:

"En el proceso de la gestión cotidiana a nivel se la atención primaria de salud, se identificaron insuficiencias en la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) que limita su calidad como insumo fundamental del Banco de Problemas para la I+D+I, y como herramienta para la toma de decisiones en otros procesos del Sistema de Salud (SS). Algunas de las causas que se señalan son:

- *En el ámbito de los equipos básicos de trabajo el ASIS no se realiza sistemáticamente sino que, se acumula la información y se precipita su elaboración ante una inspección, una visita, o por la fecha de entrega que pese a que está programada semestral y anualmente, por la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo se elabora a última hora, lo que conspira con la calidad de su elaboración, lo que limita su utilización como herramienta para la toma de decisiones y para la identificación de los problemas de salud.*
- *Aunque se utiliza para la identificación de problemas, las acciones para darle solución no se actualizan y se mantienen estáticas en el tiempo.*

El reordenamiento que en la etapa se había desarrollado en la Atención Primaria de Salud en consultorios tipo I, II y III, no se correspondía con las regulaciones y normativas establecidas por el Sistema, como por ejemplo, la elaboración del ASIS, ni con el desempeño profesional que se exige a los RRHH en las actividades de I+D+I. La superestructura cambió, pero permanecieron inmutables los procesos a desarrollar a nivel local, lo cual disminuye el tiempo y la capacidad para dar respuesta a los requerimientos de la I+D+I, en todas sus áreas.

Resultó muy valioso a los fines de la tesis de la optante, que las autoras del trabajo hicieran referencia al artículo 5 de esta compilación y reconocieran que después de 11 años de su publicación, donde se visibiliza la importancia del ASIS para el Sistema Nacional de Salud, los problemas identificados en el contenido del artículo, lejos de resolverse, continúan como brecha de gestión que debe ser resuelta, pues de ello deriva, que en el Sistema de Salud se exija una política científica que responda a sus necesidades”.

Las autoras también consideraron que:

- *Si el ASIS se hiciera correctamente, sí derivarían problemas de investigación y las pesquisas activas, que agregan nuevas tareas a los recursos humanos locales, ya de por sí sobrecargados por la multiplicidad de roles que asumen en sus funciones, pudieran derivar del propio proceso de I+D+I. Además, se desarrollarían las capacidades metodológicas para el ejercicio investigativo, desde los primeros años de las carreras vinculadas a las Ciencias de la Salud, porque los estudiantes podrían participar desde el primer momento en el levantamiento de la información, todo lo que contribuiría a una transversalización de la Metodología de la Investigación de forma integral en el currículo académico y en la prestación de servicios.*
- *Los directivos tendrían y comprenderían que el proceso de investigación más que una “carga pesada desconocida y poco valorada”, se pudiera convertir en un polo de desarrollo y de arrastre para la actividad docente y de los servicios a nivel local y, para todos los componentes del Sistema, resolviendo el desequilibrio inequitativo que predomina en la tríada Asistencia-Docencia-Investigación.*

Finalmente, recomendaron que *“se trazara una estrategia para dar salida desde el Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en Salud (SCITS), a las debilidades identificadas en la elaboración del Análisis de la Situación de Salud, como elementos sustantivo para la toma de decisiones en el sistema de salud y para la identificación de problemas que requieran respuesta de la I+D+I a nivel local. Así, los resultados que deriven de los mismos, se corresponderían con las necesidades de salud”.*

Entre las áreas de resultados fundamentales del Programa Ramal "Investigación en Sistemas y Servicios de Salud", que se conduce desde la ENSAP como centro rector, se incluyó el estudio de la situación de salud de la población cubana y como investigación derivada se diseñó la línea: "Métodos para el Análisis de la Situación de Salud (ASIS)", dirigida al desarrollo de las metodologías, los procedimientos y técnicas para la ejecución del ASIS en los distintos niveles organizativos del sistema de salud cubano, y su interrelación, desde el consultorio del médico y la enfermera de la familia en la comunidad y centros de trabajo, municipio, provincia y grupos poblacionales específicos. De 2006 a la fecha, se presentaron 11 proyectos de investigación

sobre esta línea y se aprobaron 8, lo que traduce la importancia y vigencia del ASIS en el desarrollo de las investigaciones en el sistema nacional de salud. (125)

En párrafos anteriores, se había comentado que un elevado porcentaje de los expertos entrevistados y encuestados, consideraron al ASIS como una investigación básicamente descriptiva, no obstante, en la revisión se identificaron varios artículos en cuyo contenido se valora el desarrollo de la investigación en el nivel primario de atención, aunque no relacionada con el tema, si no con el desempeño del profesional para realizar las investigaciones en ese nivel. Los artículos se centraron en:

- un estudio descriptivo sobre el Trabajo de Terminación de Residencia del especialista de MGI en el curso 2005-2006 en un municipio, como parte de su proceso formativo en investigación. (126)
- una valoración crítica sobre el desarrollo de las investigaciones en la APS (127) y
- una revisión acerca de la producción científica generada en la Atención Primaria de Salud (APS) cubana durante el trienio 2007-2009, vista a través de la Revista Cubana de Medicina General Integral. (128)

Entre los resultados encontrados por sus autores en el mismo orden se destaca que:

- existe un uso inadecuado de la metodología de la investigación, así como del método científico, según se evidencia en los informes finales y necesidades de aprendizaje en esta disciplina tanto de residentes como de los profesores, falta de preparación científico metodológica de los profesores y falta de tiempo para desarrollar las actividades investigativas.
- se detecta un predominio de las investigaciones de carácter descriptivo sobre las de naturaleza explicativa, aunque el autor del artículo, no lo considera un indicador negativo, pues permite caracterizar de manera exhaustiva los problemas y sirva de base a investigaciones que aporten nuevos conocimientos.
- llama la atención el escaso peso de la investigación en la atención primaria, si tenemos en cuenta que en ese ámbito trabaja un tercio de los profesionales sanitarios, supone una cuarta parte del gasto sanitario y el 90 % de los motivos de consulta de la población se resuelven en este primer nivel de atención. Es responsabilidad de los institutos, las sociedades científicas y los grupos nacionales de las especialidades revertir esta situación.

Después de casi 50 años de ejecutar la estrategia de APS en los servicios y de 22 años del desarrollo de la MGI, asombra el llamado para desarrollar las investigaciones en los niveles locales y no solamente relacionadas con el ASIS, si no con cualquier tipo de estudio, que

ofrezca evidencias científicas para tomar decisiones que eleven el nivel de salud de la población. En ese sentido, en un trabajo de la autora referido al quehacer epidemiológico en los servicios y en función de los usos de la Epidemiología, se recomendaba (129):

- Modificar la deficiente publicación de los resultados, sobre las investigaciones epidemiológicas de campo, prioritariamente desarrolladas en los niveles locales.
- Sustituir la tarea de los integrantes de los Equipos Básicos de Salud como “suministradores” de información y estimular su participación activa en las investigaciones multicéntricas.
- Incorporar a cada CMHE y UMHE, a los programas ramales que establece la dirección nacional de ciencia y técnica.
- Desarrollar líneas de investigación, en dependencia de la situación de salud del territorio que atiende.

4. Sobre los procesos de renovación del ASIS

En el contenido de este cuarto referente de la Discusión General, se describen las diversas sugerencias para renovar el ASIS en el ámbito internacional y nacional; las respuestas nacionales a esas sugerencias en las tres reconocidas dimensiones de docencia, servicios e investigación y la posición de la autora con relación a lo expuesto.

Para describir lo que se ha denominado "renovación del ASIS", entre las varias acepciones del término *renovar* se escogió la siguiente: "*sustituir una cosa vieja, o que ya ha servido, por otra nueva de la misma clase*". (130). Aunque esa noción está referida a una "cosa", resulta útil si se aplica en función de ampliar el objeto del ASIS y de utilizar nuevas herramientas para su realización, tal como se sugiere desde hace unos años. La renovación también deberá responder a las más recientes y debatidas corrientes del pensamiento filosófico-científico en Epidemiología que, por supuesto, abarcan a todos los usos de esta disciplina, incluido el ASIS como uno de los principales.

¿Cuáles han sido estas corrientes de pensamiento filosófico-científico que refuerzan teóricamente la proposición de renovar el ASIS?. En un sintético comentario, se intentará responder esa interrogante.

Como en toda disciplina científica, las bases teóricas de la Epidemiología se fortalecen desde sus inicios y en consecuencia con los avances filosófico-científicos, siempre ha estado sometida a escrutinios por sus más connotados ejecutores, aunque los resultados de los encuentros y desencuentros que originan los cambios no siempre son aceptados totalmente.

Entre las barreras para la aceptación de estos desarrollos, destaca la posición desdeñosa que hacia los elementos epistemológicos exhiben muchos epidemiólogos, cuando es cuasi obligatorio utilizar enfoques rigurosamente científicos en los procesos investigativos. Al mismo tiempo se suscribe el criterio que, *"la pretensión no es que todo profesional se transforme en un connotado epistemólogo o metodólogo, si no que reconozca la importancia de esos presupuestos en sus investigaciones"*. (131)

Por supuesto, abundan las críticas y cuestionamientos bien pertinentes sobre el quehacer epidemiológico contemporáneo (132)(133)(134) y entre estos, se reconoce *"el fallo en proporcionar conocimiento necesario para una práctica efectiva en salud pública"*. (135). Al decir de Almeida: *"varios elementos epistemológicos y metodológicos han sido propuestos como tendencia alternativa a la ciencia contemporánea..... con categorías epistemológicas propias: la complejidad, nuevos modelos teóricos: la 'teoría del caos' y nuevas formas lógicas de análisis: los modelos matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes"*. (complejidad) Continúa el experto: *"No debe existir un investigador sea cual fuese su disciplina base, que desconozca que ha surgido esa "nueva ciencia" con su estela – como todo lo nuevo- de seguidores y detractores, pero innegablemente con total influencia en el conocimiento científico y así debe reconocerse, aplíquense o no estas categorías, modelos teóricos y formas lógicas de análisis"*.(136)

Como enfatiza el propio autor, esas proposiciones científico-metodológicas no han sido muy bien aceptadas por algunos epidemiólogos dadas sus implicaciones estadístico-matemáticas, así como, tampoco se desarrolla con amplitud la incorporación de los enfoques sociales, que cimentan las teorías que se promueven y aplican en otros latitudes. Por ejemplo, abundan los debates relacionados con la teoría "eco-social" de Krieger, para orientar la investigación epidemiológica hacia los determinantes de la salud de la población (137); el paradigma de la eco-epidemiología que se considera como un sistema en sí que interactúa con los otros por encima y por debajo y establece múltiples niveles: moléculas, tejidos, sistemas fisiológicos, individuos simples, sociedades, poblaciones y medio ambiente (138) y la teoría de "sistemas socio-ecológicos", sustentados en la diada "presente/pasado con tres ejes que se extienden del individuo a la población; de lo proximal a lo distal y de lo estático/modular al curso de la vida (139). Fue satisfactorio que, entre las sugerencias para renovar el ASIS que se exponen más adelante, se mencionara el paradigma del curso de la vida, como otro enfoque teórico-metodológico para el estudio de los problemas de salud de la población.

Todas estas teorías y paradigmas surgieron a mediados de la década de los 90 y ni qué decir, sobre las críticas sólidamente fundamentadas que han recibido, específicamente dirigidas a las técnicas estadístico-matemáticas utilizadas (140) y, por supuesto, la esperada réplica de sus promotores. (141) (142) Como es evidente, la influencia anglosajona predomina en estas proposiciones y parecen relegar las valiosas contribuciones a la Epidemiología Social,

provenientes de los científicos sociales y epidemiólogos latinoamericanos en la etapa del 70 al 2000, con Breihl y Granda a la cabeza. (143) (144) (145). No obstante ese cuasi "olvido", en reciente artículo sobre el tema de las investigaciones epidemiológicas en la región, sus autores afirman que " *a pesar de los limitados recursos, la masa crítica de investigadores en Latinoamérica y el Caribe, han producido importantes contribuciones*" (146).

Sintetizadas algunas de las corrientes filosófico-científicas y metodológicas predominantes, se evidencia el fundamento de la proposición para renovar el ASIS en sus componentes teóricos y prácticos, con el propósito de mantener su total incorporación a las políticas y estrategias sanitarias que correspondan a esa Función Esencial de la Salud Pública, descrita en la Introducción de la tesis.

La renovación en el componente teórico estará relacionada, por una parte, con la promoción y aplicación de esos enfoques resumidos anteriormente, que garanticen el desarrollo de las corrientes socio-epidemiológicas de mayor vigencia -aunque es obvio el retraso en su aplicación y generalización- y por otra parte, con la ejecución de modalidades conocidas pero nada o poco utilizadas, que impidió comprobar su pertinencia para identificar y solucionar los problemas de salud que afectan a la población cubana. El sostén epidemiológico del ASIS, necesita esa renovación para asegurar su "apertura" al mundo científico actual y no solamente desde las ciencias básicas y clínicas, si no desde el amplísimo campo de las ciencias sociales, siempre suspicazmente relegadas por algunos profesionales y directivos de la Salud Pública en nuestro país y cuya asimilación, constituye uno de los retos para la Epidemiología en el siglo XXI: "*Incorporar contextos sociales en nuestra comprensión de la salud de individuos y comunidades*" (147) así como, "*debe reintegrarse a la salud pública y redescubrir la perspectiva poblacional*". (148)

En resumen, ¿cuáles han sido las propuestas y sugerencias para renovar el ASIS?. Desde el organismo regional OPS/OMS, a partir de la década de los 90, se inicia un proceso de renovación del ASIS diseminado a todos los países y territorios a través de documentos (149-151), reuniones de expertos y visitas de intercambio. Las sugerencias, aceptadas o no, para mejorar la confección del ASIS estuvieron referidas a:

- Sintetizar y traducir los análisis a formas accesibles, específicas y más efectivas.
- Elaborar Guías metodológicas para facilitar la confección.
- Utilizar herramientas tecnológicas: redes de comunicación, SIG y sistemas de análisis de datos.
- Priorizar el estudio de desigualdades como objeto del ASIS.

¿Cuál fue la respuesta a esas sugerencias en nuestro país?. Con intención de promoverlas y ajustarlas a nuestras circunstancias, la autora desarrolló dos video-conferencias, ambas divulgadas nacionalmente y una utilizada en un curso regional de OPS/OMS. (152). Se considera que sí hubo respuestas para cada sugerencia, aunque no siempre se aportaron elementos teórico-prácticos convincentes para su aplicación, al menos en los primeros intentos, ni tampoco se desarrollaron simultáneamente. Veamos sintéticamente, las respuestas que para los procesos de renovación se han realizado hasta la fecha en cada una de las tres conocidas dimensiones: docencia, servicios e investigación, obtenidas de la revisión bibliográfica realizada:

Dimensión Docente

Constituye el espacio idóneo para iniciar el proceso de renovación que se requiere, dadas las circunstancias cambiantes en los servicios de salud en el último vicenio. Como se expuso en la Compilación, surgieron modificaciones a la opción pedagógica propuesta por la autora, tanto en el nivel de pregrado como de posgrado, que se consideran aspectos renovadores del ASIS. Los cambios en los planes de estudio de Medicina resultaron los más frecuentes, especialmente, al interior de las asignaturas o estancias de las ciencias socio-médicas, aunque no siempre con resultados exitosos. Destaca por su rigurosidad, una valoración sobre la experiencia de aplicación del plan de estudio de Medicina después de 15 años, cuya principal conclusión fue el reconocimiento que *al "plan de estudio, tan vinculado a las conquistas alcanzadas en salud, aún le quedan potencialidades por desplegar"*. (153), También, en un reciente trabajo sus autores se propusieron *"promover estrategias de cambio necesarias que permitan continuar desarrollando una gestión de calidad del programa de estudio de la carrera de Medicina, en la formación orientada por los principios de una atención primaria de salud renovada y fortalecida"*. (154). Muy interesante y pertinente su propuesta para que en la gestión del cambio:

- se promueva la articulación de los estudios de pre y postgrado
- se fortalezca la participación de la epidemiología y las ciencias sociales en los escenarios de la atención primaria y
- se promueva la coordinación e integración de los contenidos de las diferentes asignaturas.

Estimula que después de 22 años, se retome la articulación de pre y posgrado tal como se propuso en la opción pedagógica de la autora, así como, se regrese a la integración de estancias y al pensamiento epidemiológico social en el desarrollo de la APS.

En cuanto al posgrado -aunque no totalmente generalizada en todos los centros docentes de este nivel- la renovación estuvo centrada en la actualización permanente del contenido de los módulos relacionados con el ASIS, tanto en programas de maestrías y residencias, como en diplomados y cursos cortos, lo cual garantiza una "puesta al día" bien ajustada a los

requerimientos regionales e, incluso, con la incorporación de nuevas tecnologías para el aprendizaje en red y programas computarizados, que facilitan la obtención y procesamiento de la información para el ASIS. (155-158). En uno de los artículos revisados, donde aparece una cita de la investigadora, sus autores reconocen que: *"La realización del ASIS no se considera una herramienta sencilla ni de fácil aplicación por parte de cualquier profesional o técnico, ya que exige conocimientos teóricos sólidos y adiestramiento efectivo para su adecuación permanente, a los cambiantes escenarios de salud y su propuesta contribuye de manera efectiva a facilitar la tarea de nuestros profesionales, en la tabulación y cálculo de los indicadores necesarios, para su realización en el consultorio y en el policlínico".*(159)

Lo expuesto traduce la respuesta a la sugerencia regional sobre "el uso de herramientas tecnológicas" y, en ese sentido, también ha sido muy positiva la aplicación de Sistemas de Información Geográfica (SIG) y los análisis espaciales en la identificación de problemas de salud (160). La introducción de variantes metodológicas en función del objeto del ASIS, también ha ocupado lugar en la formación posgrado, lo que evita en parte, que nos aislemos de las propuestas regionales sobre ese relevante aspecto; estas variantes se relacionan con los determinantes sociales de la salud y la medición de desigualdades en salud. (161-164).

Dimensión servicios

En esta dimensión, las propuestas de renovación estuvieron muy vinculadas a los cambios un poco arbitrarios, en la frecuencia de ejecución del ASIS en los consultorios, al contenido de la Guía Metodológica para su elaboración, particularmente, la incorporación o sustitución de indicadores y a nuevos enfoques para la participación comunitaria. Acerca de la permanente discusión sobre la Guía Metodológica, su contenido y las propuestas de renovación, la autora seleccionó un artículo -donde aparecen 2 citas suyas- y cuyo propósito era la revisión de varias de las guías y orientaciones metodológicas que para confeccionar el Diagnóstico de Salud del Sector, se habían elaborado. Sus autores apreciaron que todas recogen, en lo fundamental, la información necesaria para realizar el análisis y conocer la situación de salud de una comunidad determinada, además, reconocen que el principal problema que afecta la eficiencia de este importante proceder de la Atención Primaria, es la falta de unidad de criterios para su confección y evaluación, en todos los niveles de la organización de la salud pública.

En el artículo mencionado en el párrafo anterior, se presentan los resultados de una investigación realizada en un área de salud a principios del 2001 y se describen los hallazgos más importantes acerca de la utilización de las Guías Metodológicas. Finalmente, sus autores exponen algunas recomendaciones *"para una mejor confección del Diagnóstico de la Situación de Salud del Sector, con el propósito de contribuir a un mayor conocimiento del cuadro epidemiológico y social a nivel local, que permita elaborar un plan de intervención acorde al contexto y las necesidades de esta comunidad"*. (165). Como ha sucedido con otras propuestas, se desconocen los resultados de la aplicación de esta Guía en los servicios,

aunque es meritorio el interés de los investigadores en perfeccionar lo que denominaron "Diagnóstico de Salud del Sector".

Sobre los indicadores -imprescindibles en la Guía- ya desde mediados de los 90 surgió una propuesta regional, derivada de un valioso trabajo de investigadores cubanos que, desafortunadamente, no fueron totalmente incorporados al ejecutarse los ASIS en los diferentes espacios-población (166). Lo mismo ocurrió con los indicadores nacionales, que se construyeron con un enfoque intersectorial y según áreas de intervención, al establecerse el Programa Nacional de Salud y Calidad de Vida por el acuerdo 3790 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. (167). Sea cual fuese el tipo de indicador construido o propuesto, su utilidad para los servicios siempre derivará del enfoque integrador de los resultados de su aplicación, por tanto, si no existe esa conjunción hacia el objeto del ASIS, no se alcanzará su propósito. No es la cuantía de indicadores, es la calidad de lo que mide para identificar correctamente los problemas y, especialmente, su relación con el espacio-población cuya situación de salud se pretende analizar. En ese sentido deben considerarse las sugerencias regionales, para sintetizar los informes de ASIS y elaborar Guías que faciliten su confección y para lograr esos objetivos de renovación, aún se está en los inicios.

Acerca de los indicadores del ASIS -tema controversial- resultó muy pertinente y novedosa la propuesta de indicadores de salud familiar pues su utilización, además de renovar los indicadores convencionales utilizados hasta ahora para realizar el ASIS, facilitaría la aplicación de acciones preventivas dirigidas a los integrantes jóvenes de ese grupo social primario, al control de los enfermos crónicos para evitar las complicaciones, las discapacidades y prolongar su vida. Aunque esta tarea se ha postergado con relación al inicio y desarrollo del modelo asistencial, desde mediados de los 90 se confeccionaron documentos metodológicos que contribuyen a realizar un análisis científicamente riguroso. (168) También, como aspecto novedoso vinculado a los indicadores del ASIS, se propusieron indicadores para la salud bucal (169)(170) . Preocupa que en ninguna de las sugerencias relacionadas con la Guía Metodológica -ni en esta dimensión, ni en la dimensión docente- se incorporaron indicadores tipo QALY o DALYS, como elemento renovador para el contexto nacional donde se realiza el ASIS, aunque no es tanta su novedad internacionalmente, pues su elaboración y aplicación data de los años 90 y, aunque fueron diseñados en correspondencia con los estudios de "carga de enfermedad", podrían haberse utilizado en los espacios-población pertinentes. (171) (172)(173) Esta situación refuerza la importancia de incorporar nuevos enfoques a tan necesaria herramienta para los servicios de salud.

De otro lado y como aspecto a valorar en la prestación de servicios -siempre que el modelo se sustente en la APS- se ha reconocido la participación comunitaria como un elemento imprescindible para la correcta ejecución del ASIS al menos en nuestro país, sin embargo, son frecuentes las incompetencias, obstáculos y dificultades para lograr que la comunidad opine

sobre sus problemas y necesidades de salud y peor aún, que ni ofrezca soluciones. En la década del 80 con el modelo Medicina en la Comunidad -aunque en espacios experimentales-, se desarrollaron procedimientos útiles para lograr esa participación y al aplicarse el modelo de MGI, esta vinculación con la comunidad era casi obligada pero, se cumplió excepcionalmente.

En el años 2008, se realizó una investigación con el objetivo de identificar la percepción sobre el análisis de la situación de salud en un Consejo Popular, con el propósito de ejecutar un proyecto de planificación participativa en salud. Los investigadores hallaron entre los resultados principales, que: *"los líderes formales tuvieron una percepción limitada del análisis. Los informales no tenían información total de lo que significaba y el personal de salud, aunque creía que era una herramienta indispensable y conocía el método, no realizaba un completo proceso de planificación, ni involucraba adecuadamente a la comunidad en este. La participación comunitaria se percibió solamente como colaborativa.* (174). Dadas las actuales circunstancias sociales y económicas prevalecientes, no existen dudas que esta situación se multiplica en cualquier espacio-población en que se realice el ASIS.

A mi juicio, la renovación del ASIS para el nivel nacional se inició y refrendó en el documento "Metodología para el Análisis del Comportamiento Probable de algunos Problemas de Salud seleccionados", mencionado al desarrollar el elemento referencial 2 y que se elaboraba por los funcionarios de la UATS en la década del 2000. Fue un innegable momento renovador, que alejaba la aplicación inflexible de indicadores convencionales a gran escala y que ofreció evidencias científicas para la toma de decisiones en los servicios. (175) Al menos, quedó como una demostración del nivel de actualización en la confección del ASIS en aquella etapa y una parte de las técnicas utilizadas en la atractiva metodología, aparecen en el Libro ASIS que integra esta compilación.

En ese mismo período se promovió en la Región -como aporte para los servicios- una propuesta acerca de la denominada "Sala Situacional" en una primera variante. (176) Posteriormente, se consideró *como: un instrumento para identificar las inequidades en salud y sus determinantes, para que se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad* (177)(178). Esta abarcadora definición, incluía el ASIS como un componente de la vigilancia en salud y los funcionarios de la UATS elaboraron un proyecto nacional en el año 2003 y organizaron un Taller Metodológico con estos fines en el año 2005, del cual derivaron las Salas Situacionales. (179)

Para iniciar el proyecto se escogieron siete municipios en siete provincias que, perspectivamente, aumentarían a 18; en la práctica, las Salas Situacionales se crearon en tres municipios de la provincia Villa Clara: Manicaragua, Sagua la Grande y Villa Clara.(180) Este

empeño, que aportaba un elemento novedoso sobre la utilización del ASIS en los servicios, no recibió el apoyo necesario y se subvaloró en tal forma, que ya desapareció en el municipio cabecera de esa provincia, donde se mantuvo durante cinco años (2005-2010) como un exitoso instrumento para "visualizar" los problemas de salud y desarrollar el trabajo intersectorial⁸. Es oportuno mencionar que en el Taller Metodológico que inició el proyecto, la autora de esta tesis, ofreció una conferencia sobre el ASIS y su vinculación con la Sala Situacional.

Actualmente, también desde el nivel nacional, se desarrolla una nueva versión del Cuadro de Salud, cuyo contenido deberá ser útil a los fines de los servicios. En un documento de trabajo sobre este Cuadro de Salud se consigna:

"La confección del cuadro de salud ha sido una herramienta básica para la planificación y la gestión de los servicios de salud del nivel local y territorial, así como la priorización de los problemas sanitarios y la definición de las estrategias nacionales, territoriales y locales que modifiquen positivamente la situación de salud. El enfoque integral ha facilitado el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que la determinan y la oferta de salud que intenta controlar estos problemas de salud en la población como respuesta del Sistema de Salud a cada nivel".(181)

Acerca de la frecuencia de elaboración, en el mismo documento se establecen los períodos para cada territorio seleccionado: áreas de salud, municipio, provincia y nivel nacional. Según el territorio, se elaborará en el trimestre, semestre y nonestre. Además, servirá de base para el Informe de Balance Anual en cada territorio y deberá discutirse en cada provincia, con los directivos y representantes de otros sectores, aunque el cumplimiento de esta orientación, aún no se ha logrado en su totalidad.⁹ En la entrevista personal con la funcionaria se estableció un valioso y productivo intercambio, que permitió ampliar la información sobre los procedimientos y elaboración del Cuadro de Salud y confirmar que, definitivamente, lo que realizan es un ASIS en ese nivel.

Sea cuales fuesen los resultados de la aplicación del ASIS en los servicios, constituye un logro epidemiológico en los niveles locales y un resultado muy satisfactorio para los convencidos de su necesidad, que más de 20,000 médicos familiares hayan utilizado ese instrumento como parte de su desempeño en los servicios, situación infrecuente o insólita en otros países.

Dimensión investigación

En las entrevistas personales con los expertos, fue interesante la valoración acerca del enfoque investigativo del ASIS y en ese sentido, se suscribe lo consignado por algunos estudiosos del tema: *"la diferencia entre ASIS e investigación no es clara para algunos, así como la diferencia*

⁸ Comunicación personal del Dr. Luis Fonticiella.

⁹ Comunicación personal de la Dra. Ester Payarols, responsable de elaborar el Cuadro de Salud en la Dirección Nacional de Epidemiología del MINSAP.

entre vigilancia epidemiológica y vigilancia de salud pública". (182). Las investigaciones representaron el 42.3% de los documentos derivados del ASIS que elaboraron los expertos y de estos, 46.2% correspondieron a tesis de especialidad y maestría.(Ver cuadro anexo). Es pertinente aclarar que con elevada frecuencia, se aceptó la presentación del ASIS como tesis para la obtención de grado de especialidad de MGI pero, afortunadamente, esa etapa se superó y el ASIS se ha incorporado al examen estatal del residente, como una actividad evaluativa.

Por otro lado, desde que se elaboró la opción pedagógica, son escasos los proyectos y las investigaciones sobre el ASIS que se orienten a su renovación o perfeccionamiento integralmente. Como se transcribió al desarrollar los contenidos del elemento referencial 2, los procesos investigativos se han orientado a:

- confeccionar el ASIS en algún espacio-población,
- proponer modificaciones a la Guía Metodológica,
- indagar sobre las competencias del personal a cargo de su ejecución.

En la revisión, se consideró como un buen ejemplo de investigaciones al "interior" del ASIS: a) la utilización como tesis de residencia, en la década de los 90, de la modalidad "ASIS según condiciones de vida". (183); b) la metodología para el "ASIS en las familias" (184) y c) la metodología para el "ASIS en áreas pequeñas" a inicios del 2000. (185) Los resultados de estas esclarecedoras investigaciones, se han utilizado muy poco en los servicios.

El proyecto más reciente sobre el ASIS -consultado a la autora- responde a una prioridad nacional, referida a una "Metodología para el perfeccionamiento del análisis de la situación de salud (ASIS)" y clasificada como una Investigación de Sistemas y Servicios de Salud a ejecutarse en el período 2011-2013. Los autores consideraron entre las fundamentaciones que *El análisis de la situación de salud (ASIS), ha dejado de ser la herramienta fundamental del médico de familia para su quehacer diario y se ha convertido en algo mecánico y no ajustado a la estricta realidad de la salud de la población. Además que el médico enfrenta numerosos retos al desarrollar el ASIS.* (186) Aunque el propósito final de la investigación es elevar la calidad de los servicios de salud y mejorar la situación de salud de la población atendida en los consultorios, según sus objetivos, el proyecto parece corresponder más a una investigación educativa que a una investigación de sistemas y servicios de salud, algo que deberá precisar el equipo de investigación.¹⁰

¹⁰ En una entrevista personal, la optante valoró este criterio con la autora y al asesor del proyecto.

Sugerencias para la renovación del ASIS

Durante el proceso de revisión documental, entrevistas a expertos y debates, se establecieron valiosos intercambios acerca de las diversas variantes que se han utilizado para elaborar el ASIS, algunas sustentadas en modalidades y procedimientos ya conocidos en otros países como:

- la modalidad según grupos de población,
- la metodología para el ASIS en áreas pequeñas,
- la utilización de indicadores específicos para la salud familiar y
- el uso de softwares como herramientas tecnológicas.

En cuanto a la renovación que se propone, las sugerencias más novedosas -al menos para Cuba- estuvieron orientadas a:

- Desarrollar nuevos enfoques relacionados con algunas de las corrientes filosófico-científicas y metodológicas resumidas al inicio de este apartado cuatro.
- Ajustar las Guías Metodológicas según espacios-población y con indicadores que permitan medir el objeto ampliado del ASIS.
- Rescatar el trabajo multidisciplinario e intersectorial que contribuya a:
 - identificar **necesidades** de salud
 - detectar **desigualdades** en salud
 - privilegiar los estudios de **mortalidad** a nivel local
- Diseñar y utilizar programas de aprendizaje en red para elevar competencias sobre el ASIS, así como, herramientas computacionales para procesar la información requerida para su elaboración.

Todas las sugerencias -excepto el paradigma del curso de la vida- constituyen una renovación para el ASIS que desde hace años realizan los médicos familiares y los epidemiólogos en los servicios ya que, la aplicación de ese paradigma, parece corresponder más a una innovación que a una renovación. Algunos investigadores consideran que "*this life course approach will not be without its difficulties*" (187) y en nuestro caso, es pertinente esa consideración ya que la aplicación de este paradigma o corriente para ejecutar el ASIS, requiere la participación de varias disciplinas y de profesionales expertos para desarrollarlo correctamente. Además, su utilización se limita por cierto grado de incertidumbre que originan las condiciones actuales de los servicios de salud y que conciernen, básicamente, a su posible generalización y a la necesidad de establecer un imprescindible trabajo multidisciplinario.

El paradigma surgió 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, incluso, se ha establecido una red de investigadores sobre el tema. (188)(189)(190) 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".*(191). Indudablemente, siempre ha sido difícil en el campo científico de cualquier disciplina descubrir aspectos totalmente novedosos, sin antecedentes, aunque casi siempre sean preliminares y este paradigma científico no constituye ninguna excepción. Por último, 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.

Además, resulta imprescindible la decisión administrativa que impulse esta renovación pues, aunque las sugerencias sean compatibles con los desarrollos y avances para realizar el ASIS y que se sustentan en los sólidos argumentos científico-técnicos y metodológicos descritos, su ejecución depende casi totalmente de esa decisión. En esa vertiente y como colofón de este importante elemento referencial y de la Discusión General, se transcribe un párrafo tomado del Editorial, en una de las publicaciones revisadas y en que textualmente se consigna:

"En el transcurso del año 2011, se revisa e implementa el Programa del Médico y Enfermera de la Familia. En este proceso de transformaciones, se retoma la concepción inicial de la medicina familiar en Cuba, y se identifican los consultorios necesarios, es decir, que el equipo básico de salud esté conformado por un médico y una enfermera que atienda una población no mayor de 1 500 habitantes, con el objetivo de que se cumplan los principios de la medicina familiar, bien definidos desde su creación". (192)

Es de suponer que entre los principios de la medicina familiar que deberán cumplirse, el desempeño de los médicos familiares debe hallarse entre los más sólidos y si la ejecución del ASIS continúa como una de sus competencias más distintivas, la renovación de este instrumento científico-metodológico alcanzará una elevada prioridad a cumplir a corto plazo si, además, se reconoce y acepta su utilidad para los servicios de salud.

5. Consideraciones finales

Estas valoraciones críticas, sustentadas en los contenidos de los artículos de la autora y otros investigadores que reconocieron sus aportes, sirven de escenario o plataforma para que surjan interrogantes que justifiquen la propuesta de renovación del ASIS. En ese sentido, tanto los ejecutores directos del ASIS, como los responsables de su control podrían preguntarse:

- ¿Cuál fue la utilidad del ASIS para detectar las diferencias en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población cubana en los últimos 15 años?.
- ¿Se ofreció solución a los problemas identificados en cada espacio-población, según su nivel de prioridad?
- ¿Contribuyeron los líderes comunitarios o los miembros de la comunidad abierta en las acciones para solucionar esos problemas?
- ¿Se continúa con la nefasta creencia que los espacios-población son homogéneos y los problemas de salud que se detecten, son similares para todos los cubanos?
- ¿Se mantendrá el privilegio para la atención de las frecuentes "urgencias epidemiológicas", antes que solucionar los problemas que se detectan con el ASIS y que, definitivamente, su no atención origina las urgencias?
- ¿Resultará pertinente y oportuno, desarrollar un proceso de renovación del ASIS, si se desea modificar el perfil de salud-enfermedad de nuestra población?

Las respuestas a estas interrogante dependerá -entre otros elementos- del conocimiento científicamente fundamentado que sobre el tema posean los decisores, ejecutores y controladores del ASIS; de la convicción sobre la necesidad de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en la población, no en el discurso, si no en la práctica y del compromiso que debe adquirirse internacionalmente, para aplicar las sugerencias de los organismos regionales a los cambios que se requieren en ese instrumento y lograr buenos resultados en el sistema de salud. Por supuesto, los elementos de la propuesta derivados de esas sugerencias regionales y de la experiencia nacional, deberán ampliarse y ajustarse para su desarrollo. En síntesis, el ajuste global estaría referido a:

- incorporar necesidades y prioridades en salud.
- privilegiar indicadores de mortalidad y carga de enfermedad.
- utilizar en los ASIS, enfoques de territorialidad y gestión.

Las prioridades nacionales para la renovación del ASIS, estarían referidas territorialmente al espacio local -consultorio y área de salud- y enfocadas a la:

- priorización en los consultorios, de la modalidad del ASIS en grupos de población y en las áreas la metodología para el ASIS en áreas pequeñas.
- incorporación en el análisis de:
 - la identificación de las necesidades de salud, con la participación de la comunidad.
 - la detección de las desigualdades en salud, relacionadas con los problemas identificados en el ASIS.

- las principales causas de mortalidad en todos sus componentes.
- impulsar la creación, en un nuevo nivel de desarrollo, de las salas de situación.

El desarrollo de estas prioridades no resultará difícil, pues existen propuestas metodológicas derivadas de rigurosas investigaciones, que aportarán la instrumentación idónea para aproximarnos a la real situación de salud de la población, básicamente, la población atendida en cada consultorio de Medicina Familiar.

CONCLUSIONES

- Con la compilación se confirmó que la producción científica de la autora, estuvo totalmente enfocada al tema Análisis de Situación de Salud (ASIS) desde los inicios de su quehacer profesional, investigativo y docente y que, mediante un proceso secuencialmente demostrado, se han realizado aportes para el desarrollo y actualización del tema.
- La utilidad y aplicación del ASIS para el buen desempeño de los servicios de salud y por ende, del sistema, es un hecho incuestionable, aunque no siempre se haya realizado correctamente.
- Aunque se describieron diversos ejemplos de buen uso y aplicación del ASIS, por varias de las razones expuestas y otras aún no bien comprendidas, las críticas sobre el deterioro en su confección y la no utilización para la toma de decisiones por una gran parte de los directivos en todos los niveles del sistema de salud, particularmente el nivel local, debilitará la ejecución de las estrategias sanitarias que se establezcan, con el propósito de elevar el nivel de salud de la población cubana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS PARA LA COMPILACIÓN

1. Opción pedagógica para el análisis de situación de salud en pregrado. Rev Educ Médica Sup Vol.11, No.2, Julio-Diciembre 1997.
2. Aspectos generales del Programa Nacional de Formación del especialista en Higiene y Epidemiología de Cuba. Rev. Educ. Med. Salud, Vol.24, No.3, Julio-Sept.1990.
3. Una mirada retrospectiva al curso a distancia "Salud de la población". Educ Med Super vol.25 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011. (co-autora)
4. El análisis de situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Hig y Epidem, Vol.35, No.2, Julio-Diciembre 1997.
5. Análisis de situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. RevCub Salud Pública. Vol 24, No.1, enero-junio 1998.
6. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. V.33, n.3. Ciudad de la Habana, julio-sept 2007.
7. Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología. Revista Cubana de Salud Pública. Vol 36, No. 2., 2010. (co-autora)
8. El análisis de situación de salud. ECIMED. La Habana, 2005.
9. Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública (en revisión)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS GENERALES

1. Oakley A. Fifty years of JN Morris's Uses of Epidemiology. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2007; 36 (6):1184–1185. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org> Acceso el 20 de junio de 2012.
2. Morris JN. Uses of epidemiology. Reprints and Reflections. *International Journal of Epidemiology* [Internet] 2007; 36 (6):1165–1172. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org> Acceso el 20 de junio de 2012.
3. Porter D. Calculating health and social change: an essay on Jerry Morris and Late-modernist epidemiology. *International Journal of Epidemiology* [Internet] 2007; (6):36. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org> Acceso el 20 de junio de 2012.
4. Almeida N de. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Edit. Lugar Editorial S. A. Buenos Aires. 2000.
5. Ob.cit. 2: pág 1166-1167
6. Organización Panamericana de la Salud. Usos y perspectivas de la Epidemiología. Documento del Seminario. Buenos Aires, (Argentina) 7-10 noviembre,1983. Publicación No. PNSP. Washington D.C.: OPS; 1984.p. 84-47.
7. Usos de la Epidemiología en apoyo de las estrategias de salud para todos. *Bol Epid.* 1989; 10 (1): 15-16.
8. Fortalecimiento de la práctica de la epidemiología en la comunidad europea. *Bol Epid* 1987; 8: 10-14.
9. Oficina Sanitaria Panamericana. La formación en Epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington D.C.: OPS; 1987.
10. Diagnóstico de la situación de salud en Brasil: Conclusiones del Seminario sobre las perspectivas de la epidemiología frente a la reorganización de los servicios de salud. *Bol Epid.* 1987; 8: 6-9.
11. Ob. Cit. 7
12. Organización Panamericana de la Salud. Actividades de epidemiología en los países. Taller nacional de epidemiología en Cuba. *Bol Epid.* 1986; 9 (3): 3.
13. Martínez Calvo S. La orientación epidemiológica del sistema de salud de Cuba. *Rev. Brasileira Epidemiología.* 1999; 2, No.1 y 2: 19-33
14. Cardona J. La salud pública en período de crisis. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14 (3):286-294.

15. Organización Panamericana de la Salud. La Crisis de la salud pública: una reflexión. Publicación Científica; No. 540. Washington, D.C.: OPS; 1991.
16. Organización Panamericana de la Salud. 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; 2002.
17. Suárez J. Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1996; 22 (1):7-8.
18. López C. La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1997; 23(1-2):17-31. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 20 de junio de 2012.
19. Ministerio de Salud Pública. El Sistema Nacional de Salud de Cuba: evolución y transformaciones. La Habana: 2010. Documento de trabajo.
20. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa para la Salud Pública en las Américas. Resolución CD42R14, (2000).
21. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000; 8(1/2)
22. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud-Centro para el Control de Enfermedades. Instrumentos para la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. En: Iniciativa la salud pública en Las Américas. CLAISS. Washington, D.C.: OPS; 2000.
23. Organización Panamericana de la Salud. Resultados de la Medición de las funciones esenciales en las Américas. En: La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2002.
24. Ob. Cit. 21
25. Ob.Cit. 6
26. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud. Teoría y práctica. En: Martínez, Calvo. (Editora). Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.3-14.
27. Ob. Cit. 26: pág 10-11
28. Ordóñez Carceller C. El DSS del sector, enfoque conceptual y operacional. Rev Cubana Admon Salud. 1981;7(1):54-61

29. Ordoñez Carceller C. Diagnóstico de salud en la comunidad. Rev Cubana Med Gen Integr 1988;4 (4):54.
30. Benítez G y Monzón L. Diagnóstico de la situación de salud en el municipio Ciego de Ávila al cierre de 1983. Rev Cub Adm Salud 1985; 11:153-159.
31. Ilizástigui F. La elaboración y diseño del nuevo Plan de Estudio (NPE) de Medicina 1984. En: Educación Médica y salud poblacional. ISCM-H (editores) s/f. p. 40-71.
32. Ilizástigui F. y Douglas R. La formación del médico general básico en Cuba. Educ Med Salud 1993; 27(2):189-205.
33. Ministerio de Salud Pública. Programa de especialización en Medicina General Integral. (Tomo 1). Edición Provisional. La Habana: MINSAP; 1990.
34. Martínez S, Fernández O. Factores de riesgo y promoción de salud. En: Sociedad y Salud. Ciudad Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1989.p. 291-297
35. Martínez Calvo, S. Modelo formativo-capacitante para el análisis de situación de salud [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;1995.
36. Ob. Cit. 33
37. Martínez Calvo S. Testimonio sobre el Dr. Pedro Nogueira Rivera. Rev Cub Salud Pública 2004; 30 (2):
38. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000. La Habana: MINSAP; 1992.
39. Martínez S. Proyecto de superación a equipos de dirección. En: Márquez M. (editor). La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Cuba. (1989-1996). Ecuador: Ediciones Universidad de Cuenca; 2002
40. Martínez S, Medina R, Calzadilla L, Castañeda I, Fariñas AT, Barroso Z et al. Proyecto "Superación a Equipos de Dirección". Fascículo 4. Espacios de ejecución: Municipios Centinelas y Áreas Experimentales. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1996.
41. Artilés L, Álvarez M y Norabuena MV. Proceso de gestión de ciencia, técnica e innovación en salud. Informe Final. La Habana, MINSAP; 2009.
42. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A Working Document. OPS, Washington D.C.; 1974.
43. Ramírez Márquez A. Indicadores para evaluar equidad en el sistema nacional de salud [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.

44. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
45. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Bol Epid 1999; 20(3):1-16
46. Castillo-Salgado C, Schneider C, Loyola E, Mujica O, Roca A, Yerg T. Medición de Desigualdades en Salud: Coeficiente de Gini e Índice de Concentración. Boletín Epidemiológico 2001; 22 (1):3-4.
47. Alleyne G, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E y Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Pública. 2002;12 (6):388-97.
48. Álvarez AG, Alegret M, Luis IP, Leyva A, Rodríguez A, Bonet M et al. 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 [Internet]. 2011;49 (2):202-217. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>. Acceso el 23 de julio de 2012.
49. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet M, de Vos P, Van Der Stuyft P. Algunas evidencias cualitativas acerca de la determinación de la salud en Cuba (1989 a 2000). Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009; 47(1): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>. Acceso 23 de julio de 2012.
50. Pría Barros MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
51. Díaz-Perera G. 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; 2011.
52. Kindelán FM y León O. Análisis de la Situación de Salud en Cuba. Una Guía para su ejecución. **Disponible en URL:** <http://www.ilustrados.com/tema/10409/Análisis-situación-salud-Cuba-Guía-para.html> Acceso el 26 de junio de 2012.
53. Maceo B. Análisis de la Situación de Salud. CMF. Policlínico Docente. Luis Pasteur. 2010 Revista Electrónica de Portalesmedicos. com. Disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com> Acceso el 26 de junio de 2012.
54. Piquero ME y Fernández N. Análisis de la situación de Salud. Municipio Cotorro. La Habana. Cuba. 2006 UMHE Cotorro. Fac. Miguel Enríquez. Disponible: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZVEAEyuVsdQIJbMF.php> Acceso el 26 de junio de 2012

55. Carmouze Y. El dilema del Análisis de la Situación de Salud en la Atención Primaria de Salud Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones>. Acceso el 25 de junio de 2012.
56. Muñoz R. El análisis de la situación de salud de la comunidad. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2003; 2(6). Disponible en: http://www.bbs.sld.cu/rev/hab/articulo_rev6.htm Acceso el 25 de junio de 2012.
57. Ramos BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(2):164-70.
58. Rodríguez P, Mukodsi M, Serrano MM, Reyes M, González JL, Díaz-Canel AM et al. El Análisis de la Situación de Salud. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; octubre 2002. Informe Técnico.
59. Ob. Cit. 57: pág 1-2
60. Ob. Cit. 56: pág 6
61. González AL. Análisis de la situación de salud de la comunidad: Su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Educ Med Super [Internet]. 2006; 20(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
62. Amaro MC. Ética, bioética y salud. En: Fundamentos de Salud Pública Tomo I. Toledo G (editor). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. 61-68.
63. Blanco O, Díaz L, Cárdenas M. El método científico y la interdisciplinariedad en el abordaje del Análisis de la Situación de Salud. Educ Med Super [Internet]. 2011; 25(2):29-39. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
64. Blanco O, Díaz L. Informática Médica y Policlínico Universitario, vinculados al Análisis de la Situación de Salud en la carrera de Medicina. Educ Med Super [Internet]. 2010; 24(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
65. Rodríguez M, Marques P, Romero RE, Castellanos C. Caracterización de la preparación del docente en el análisis de un problema de salud. Educ Med Super [Internet]. 2003; 17(1):14-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 26 de junio de 2012.
66. Cosme E y Cruz B. Análisis de la situación de salud de 60 familias del consultorio médico número 3 del Policlínico Aballí en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del 2010. Disponible URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Salud-Pública-en-Cuba/1337000.html> Acceso el 26 de junio de 2012.
67. Martínez S, Cabrera J, Fariñas AT y Jiménez L. Los convenios municipales en la relación docencia-servicio-investigación. Rev Cub Salud Pública. 2000; 26 (1) 2000.

68. Ob. Cit. 26: pág 10
69. Rojo N, Silva LC. Maestría en Salud Pública de Cuba: Una experiencia en la educación avanzada en salud. *Educ. Med Salud*. 1995;29(4):
70. Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología. *Rev Cub Salud Pública*. 2010; 36 (2): 142-147
71. Carabaloso M, Gómez H, Ramos I, Fariñas AT, Carrasco CM. Servicios y programas de la atención primaria en el proceso docente de higiene y epidemiología. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2000; 26(1):17-20. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 19 de junio de 2012.
72. Noriega V. Un nuevo reto en la formación del especialista en Higiene y Epidemiología. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2008; 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
73. Hernández N, Gómez R, Acosta Y. Metodología para el análisis de la situación de la salud en los Consultorios del Médico y Enfermero de las Familias. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas;1998.Informe Técnico
74. Martínez AI. Alternativas de capacitación para el Análisis de la Situación de Salud en la atención primaria de salud. Municipio Lisa. Año 2001. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. (Internet). 2002; 3(2), 2002. Disponible en: <http://www.bbs.sld.cu> Acceso el 19 de junio de 2012
75. Arteaga R, Díaz G, Padrón C. Intercambio semanal sobre el desarrollo de la atención médica integral a la comunidad. *Educ Med Super* [Internet]. 2003; 17(2) Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
76. Alemañy EJ, Otero J, Borroto R, Díaz-Perera GM. Documentos rectores del proceso de formación y el modelo del Especialista en Medicina General Integral. *Educ Med Super* [Internet]. 2002; 16(2):164-183. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
77. Sansó FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2005; 31(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
78. Escobar NV, Almaguer Delgado A, Plasencia C. Periodización de la formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral: dimensiones, variables y claves hermenéuticas. *MEDISAN* (Internet). 2010; 14 (2) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu> Acceso el 19 de junio de 2012

79. García RP, Nolla N, Rivera N, Bringas Y. Evaluación del módulo de Análisis de la situación de Salud de la especialidad en Medicina General Integral para venezolanos. *Educ Med Super* [Internet]. 2010; 24(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
80. Castillo A. Análisis de situación de salud con enfoque de espacio-población para el nivel local. Curso especial de posgrado en Gestión Local de Salud. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 2004
81. Martínez CE, Valdez W y Miranda J. Metodología para el Análisis de Situación de Salud. Documento Técnico. Ministerio de Salud del Perú. 2008
82. Diagnostico Municipal Sectorial de Salud. Huixquilucan. Estado de México.1999.
83. Argentina. Instituto Nacional de Epidemiología. Curso de Epidemiología General. Módulo 8: Análisis de Situación de Salud. Mar del Plata Argentina, 2000
84. Heredia H, Artmann E, López N y Useche J. Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela. *Ciencia & Saúde Colectiva* 2011; 16 (3): 1887-1898.
85. Ob. Cit. 28
86. Ministerio de Salud Pública. Programas Básicos del Área de Salud. 1972
87. Ob. Cit. 30
88. Aldereguía J. Hacia un enfoque socio-higiénico del estado de salud de la población. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud;1986.
89. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia en el policlínico y el hospital. La Habana:1988
90. Espinosa A, Ordúñez P. El proyecto global de Cienfuegos. Nuevas perspectivas para la salud de los cienfuegueros. *Revista Finlay* 1991; 5(4).
91. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia.. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
92. Pría MC, Louro I, Fariñas AT, Gómez H, Lorenzo A, Segredo A, et al. Evaluación de los informes de análisis de la situación de salud a nivel de los consultorios médicos en el país. Informe final. Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.

93. Pría MC, Louro I, Fariñas AT, Gómez H, Segredo A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006; 22(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
94. Ob. Cit. 26: pág 149-170
95. Martínez Ana I. Limitaciones y necesidades de aprendizaje para el análisis de situación de salud Municipio Marianao. [tesis]. La Habana: Facultad Salud Pública; 2000.
96. Garib R. Evaluación crítica del Análisis de Situación de Salud. Policlínico Universitario "Julio Grave de Peralta". Holguín. [tesina]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales". CPENSAP; 2010.
97. Tamayo N. Evaluación crítica del Análisis de Situación de Salud. Policlínico Universitario "Pedro Díaz Coello". [tesina]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales". CPENSAP; 2010.
98. Ochoa A, Selva L, Rodríguez E. El análisis de la situación de salud: Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996; 12(4):349-355. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
99. Rodríguez F y Zayas M. Estudios para el perfeccionamiento del plan del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13 (1)
100. Cruz P, Donato A. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo: Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1996; 22(2):1-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
101. Sosa I, Rodríguez A, Abreu I, Guerra M, Lefevre P, De Vos Pol. Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana. Rev Cub Hig Epidemiol [Internet]. 2011; 49(2):183-190. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
102. Velázquez A, Rodríguez H, Sánchez E. Duconger M, Benítez E. Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. MEDISAN (Internet). 2010; 14(2) .Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu> Acceso el 19 de junio de 2012.
103. Sansó FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(3): 260-267.
104. Análisis de la situación de salud. Municipio Holguín, 2004.
105. Silvera I, Rosales E, Domínguez R, Rivera, Martínez G. Análisis de la situación de salud en Cayo Largo del Sur, 2005–2006. Informe Final. Clínica Internacional Cayo Largo del Sur. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; 2007.

106. Ob.Cit. 58
107. Díaz W. Utilización del diagnóstico de salud en el Municipio Playa. 1994. [tesis] La Habana: Facultad de Salud Pública;1995.
108. Ob. Cit. 92.
109. Ob. Cit. 98: pág 349-355
110. Ob. Cit. 103: pág 262-263
111. Martínez S. Sugerencias para la confección del Diagnóstico de Salud. Informe Técnico. La Habana: Facultad de Salud Pública;1995
112. Ob. Cit. 77: 164-183
113. Ob. Cit. 77: 164-183
114. Frenk, J. "Desempeño del Sistema Nacional de Salud". Gaceta Médica de México. 2005;137 (5): 421-424.
115. Murray, CJL, Evans, D. Health Systems Performance Assesment. Debates, Methods and Empiricism. (Foreword). Geneva: World Health Organization;2003.
116. Ministerio de Salud Pública. Cuba. La Integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana;1997.
117. Berdasquera D, Mirabal MC, Suárez CL. La integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria: Otro avance de la Salud Pública Cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001;17(1):100-102. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012
118. Ob. Cit. 77
119. Ministerio de Salud Pública. Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados. Resumen Ejecutivo. La Habana: Unidad de Análisis y Tendencias de la Salud; 2006.

120. Ministerio de Salud Pública. Evaluación de indicadores seleccionados y otras herramientas para el análisis del cuadro de salud. Informe Técnico. La Habana: Dirección de Organización; 2011.
121. Ministerio de Salud Pública. Análisis del Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral: las principales deficiencias del proceso docente educativo. Informe Técnico. Ciudad Habana: Viceministerio Docencia;2003.
122. Ob. Cit. 6:
123. Organización Panamericana de la Salud. Taller Nacional de Epidemiología en los Servicios de Salud y el Médico de la Familia en Cuba. Informe Final. Bol Epid 1988; (3)
124. Ob.Cit. 41
125. Rojo N, Caraballoso M, Martínez S, Pérez B, Pérez J, Resik P, Rojas F Laria S. Programa Ramal "Investigación en Sistemas y Servicios de Salud" Documento Base. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
126. Quintana G, Moreno M. Perfil investigativo durante la residencia de MGI en Habana del Este. Educ Med Super [Internet]. 2010; 24(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
127. Rodríguez A. Investigar en el nivel primario de atención, ¿mito o realidad?. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2012; 50(1):1-3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
128. Bayarre H. Estado actual y perspectivas de la investigación científica en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010; 26(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
129. Martínez S. Valoración crítica del quehacer epidemiológico en los servicios de salud. X Jornada de Profesores Consultantes; Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez" [CD-ROM], La Habana; 2010
130. Diccionario Real Academia Española de la Lengua. Edición XX. País: editores; año. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

131. Santos H. La filosofía de la ciencia y su aplicación en el área de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2011;10(4)521-531. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 18 de agosto de 2012.
132. Pierce N. Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology and Public Health. *American Journal of Public Health* Vol. 86 No.5 May 1996; 678-682.
133. Ebrahim Sh. Uses of Epidemiology, ways of living and dying. *International Journal of Epidemiology* 2007; 36:1159–1160. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org>
134. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59: 350–355. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/59/5.toc>
135. Gordis L. Challenges to Epidemiology in the next decade *Am. J. Epidemiol.* 1988; 128(1): 1-9
136. Almeida de, N. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a03.pdf> Acceso el 20 de marzo de 2010)
137. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiology* (internet). 2001; 30(4): 668-677. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org>
138. Susser, M., Susser, E. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. *Am J of Public Health*. 1996; 86(5): 668-72.
139. McMichael AJ. Prisoners of the Proximate: Loosening the Constraints on Epidemiology in an Age of Change. *Am. J. Epidemiol.* 1999; 149 (10): 887-897. Disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org>
140. Oakes M. Individual, ecological and multilevel fallacies. epidemiologists should consider contexts and multilevel phenomena.(Commentary) *International Journal of Epidemiology*. 2009; 38 (2); 361–368. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org>
141. Susser M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52:608–611. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/52/10.toc>

142. Krieger N. Why Epidemiologists Cannot Afford to Ignore Poverty. *Epidemiology* 2007;18: 658–663. Disponible en: <http://journals.lww.com/epidem/toc>
143. Breihl J, Granda E. Deterioro de la Vida. Quito: CEAS; 1990
144. Breihl J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. 1ra edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
145. Granda E. La salud y la vida. Volumen 1. Quito, 2009. OPS/OMS
146. Barreto SM, Miranda J, Figueroa P, Schmidt MI, Munoz S, Kuri-Morales PP y Silva Jr JB. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International Journal of Epidemiology* 2012; 41:557–571. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org>
147. Ob.Cit.136
148. Ob.Cit. 133
149. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas. Washington, D.C.: OPS, 2004. (Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial, N° 9)
150. Organización Panamericana de la Salud Programa Especial de Análisis de Salud (SHA). Documento de Trabajo 1999-2002. Washington, D.C.: OPS, 1999
151. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de salud. En *Informe Anual del Director-2000*. Washington, D.C.: OPS; 2000.
152. Organización Panamericana de la Salud. Curso Especialización a distancia "Gerencia de salud para personas mayores". OPS-CIESS. 2011-2012.
153. Pernas M, Arencibia L, Ortíz M. El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. *Educ Med Super* [Internet]. 2001; 15(1):9-21. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
154. Alemañy EJ, Segredo AM, Presno MC, de la Torre GM. Aproximación de la universidad, a la situación de salud de la población y a los servicios de salud en Cuba. *Rev Cubana Med*

- Gen Integr [Internet]. 2011; 27(4): 528-542. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
155. Pría MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba.[tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
156. Llera de la CL, Martínez S, Garriga E. Una mirada retrospectiva al curso a distancia "Salud de la población". Educ Med Super [Internet]. 2011; 25(3): 217-227. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
157. Louro I. Funciones esenciales de la Salud Pública en programas de maestrías de la Escuela Nacional de Salud Pública. Año 2001. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2002; 28(1):46-53. Disponible en:<http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
158. González E, Armas L, Cantelar B, Cantelar N. Bases para la valoración del impacto social de un programa de Maestría en Epidemiología. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2008; 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
159. Paramio A, Oliva M, Ledesma M. Sistema automatizado para el análisis de la situación de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011; 27(3):332-343. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
160. Alegret M. Alternativa metodológica en el análisis de datos espaciales para la investigación, la vigilancia y la gerencia en salud. [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.
161. Organización Mundial de la Salud. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Geneva: OMS; 2004.
162. Álvarez AG, García A, Bonet M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2007; 33(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
163. Bacallao J, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Mujica O et al. Índice para medir las desigualdades de salud de carácter social basados en la noción de entropía. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 112 (6), 2002.
164. Ob. Cit. 51
165. Ob. Cit. 56:

166. Rojas F, López C, Silva LC. Indicadores de Salud y Bienestar en Municipios Saludables. La Habana: ISCM-H-OPS;1994:56-81
167. García RM, Pérez R, Landrove O. Calidad de vida e indicadores de salud: Cuba, 2001-2002. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2004; 42(3):Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
168. Louro I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2004; 20(3): . Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
169. Alfonso N. Metodología para el Análisis de la situación de salud bucal familiar. [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 2000.
170. Sosa M, Mojáiber A. Análisis de la situación de salud en las comunidades: "componente bucal". Una Guía para su ejecución. Informe Técnico: Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP; s/f
171. Murray CJL, López AD. On the comparable quantification of Health Risks: Lessons from the Global Burden of Disease Study. Epidemiology 1999;10 (5): 594-605. Disponible en: <http://journals.lww.com/epidem> Acceso el 20 de agosto de 2012.
172. Seuc A, Domínguez E y Díaz O. Introducción a los DALYs. Rev Cub Hig Epidemiol (internet) 2000; 38 (2): 92-101. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 20 de agosto de 2012.
173. Almeida Fihlo N de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. Rev. Bras. Epidemiol. 2000; 3 (1-3):4-20
174. Op. Cit. 101
175. Ob. Cit. 119
176. Bergonzoli G, Victoria DM. Rectoría y Vigilancia en Salud. 94-01. Costa Rica:OPS; 1994.
177. Bergonzoli, G. Sala situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública. 1ra edición, marzo 2006. IAESP "Dr. Arnoldo Gabaldón". Versión digital.

178. Herrmann, JM. Salas de situación. Disponible en: http://200.47.45.37/siteint/capacitasalud/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=58&Itemid=33. Acceso el 18 de diciembre de 2011
179. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Proyecto "Salas de Análisis de Situación de Salud y Calidad de Vida" 2003-2005. Ciudad Habana: 2003
180. Rodríguez A. Implementación de la Sala de Análisis de la calidad de vida en la Gestión de Gobierno. Informe Técnico. Municipio Manicaragua; 2006
181. Ministerio de Salud Pública. Propuesta de Indicaciones del Ministro de Salud Pública para la realización del análisis de los indicadores seleccionados del Cuadro de Salud en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Informe Técnico. La Habana: Dirección de Organización; 2012.
182. Ob. Cit. 177: pág 25
183. Astraín ME. Situación de salud según condiciones de vida. En: Martínez S (editora). Análisis de la situación de salud. 1ra edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004, pág: 85-104.
184. Louro I. Enfoque familiar en el análisis de la situación de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011; 49(2):151-153. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.
185. Pría MC. Análisis de situación de salud en áreas pequeñas. En: Martínez S, (editora). Análisis de la situación de salud. 1ra edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004, pág: 105-122.
186. Pariente T. "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. 2010.
187. Scally G. Recent advances: Public health. BMJ (Internet). 1998; 317: 584-586. Disponible en: <http://www.bmj.com> Acceso el 15 de agosto de 2012.
188. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población. 2011; 5 (8)

189. Concha V, Guichard E y Henríquez G. Memoria histórica y paradigma del curso de vida. Investigación CEVI- Chile1. Sociedad Hoy. 2009; 17: 51-61, 2do Sem. Disponible en: <http://affective-sciences.academia.edu/> Acceso el 18 de agosto de 2012.
190. Ben-Shlomo y Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int. J. Epidemiol.* 2002; 31(2):285-293 Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org> Acceso el 18 de agosto de 2012.
191. 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, 2000.
192. Muñiz AM. La medicina familiar cubana en nuestros días. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2012; 28(1):1-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Acceso el 25 de junio de 2012.

ANEXO 1

UTILIDAD Y APLICACIÓN DEL ASIS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE CUBA. 1988-2011.

CUESTIONARIO A EXPERTOS

A) Dimensión servicios

1. ¿Podría prescindirse del ASIS en los servicios de salud y alcanzar resultados exitosos?.:
 - 1.1 sí_____
 - 1.2.no_____.

2. ¿Considera que el ASIS se utiliza en la toma de decisiones por los directivos del sistema de salud?:
 - 2.1.Nunca _____
 - 2.2.A veces _____.
 - 2.3.Siempre _____

3. Si la respuesta es positiva. ¿Cuáles directivos lo utilizan frecuentemente?:
 - 3.1.nacionales____
 - 3.2.provinciales____
 - 3.3.municipales____
 - 3.4.área de salud____
 - 3.5.todos _____
 - 3.6.ninguno _____

4. ¿En cuáles niveles de servicios se exige realizar el ASIS?:
 - 4.1.país__
 - 4.2.provincia____
 - 4.3.municipio____
 - 4.4.área de salud____
 - 4.5.consultorio____
 - 4.6.GBT____
 - 4.7.Todos _____

5. ¿Quiénes controlan su ejecución en esos niveles?:
 - 5.1.país_____
 - 5.2.provincia_____
 - 5.3.municipio_____
 - 5.4.área de salud_____
 - 5.5.consultorio_____
 - 5.6.GBT_____
 - 5.7.Todos _____

6. ¿Quién o quiénes son lo profesionales que lo realizan directamente?:
 - 6.1.MF _____
 - 6.2.epidemiólogo____
 - 6.3.vicedirectores de área____
 - 6.4.directores_____
 - 6.5.Otro personal _____

7. ¿Fue o es útil su aplicación por los médicos familiares?:
 - 7.1.sí_____
 - 7.2.no____

8. ¿Conoce de críticas relativas al ASIS y su ejecución?:
 - 8.1. sí _____
 - 8.2. no _____
9. Si la respuesta anterior es positiva, ¿cuál es el blanco de la crítica?:
 - 9.1. Frecuencia del ASIS _____
 - 9.2. Contenido de la Guía _____
 - 9.3. Número y tipo de indicadores _____
 - 9.4. Extensión del Informe ASIS _____
 - 9.5. Utilidad de su aplicación _____.
 - 9.6. Todos _____

B) Dimensión docente

1. ¿En qué tipo de formación docente se adquieren conocimientos y habilidades para realizar el ASIS:
 - 1.1 pregrado _____
 - 1.2 curso corto _____
 - 1.3 residencia _____
 - 1.4 diplomado _____
 - 1.5 maestría _____
 - 1.6 adiestramiento en servicios _____
 - 1.7 Todos _____
2. ¿Ha elaborado alguno de estos documentos relacionados con el ASIS?
 - 2.1. Tesis _____
 - 2.2. Trabajo de diploma _____
 - 2.3. Programa formativo _____
 - 2.4. Investigación _____
 - 2.5. Ninguno _____
3. ¿Ha realizado la tutoría o asesoría relacionados con el ASIS? de:
 - 3.1. Tesis _____
 - 3.2. Trabajo de Diploma _____
 - 3.3. Ejercicios evaluativos finales _____
 - 3.4. Investigación _____
 - 3.5. Ninguno _____
4. ¿Considera que esos conocimientos y habilidades se utilizan en la práctica después de egresar?:
 - 4.1. Nunca _____
 - 4.2. A veces _____
 - 4.3. Siempre _____
5. Si la respuesta es positiva, mencione cómo lo confirma:
 - 5.1. Calidad de los informes ASIS _____
 - 5.2. Cumplimiento del Plan de Acción _____
 - 5.3. Investigaciones derivadas del ASIS _____
 - 5.4. Evaluación de residentes _____
 - 5.5. Otros _____
6. ¿Conoce de propuestas de modificación o cambios en la Guía para realizar el ASIS?:
 - 6.1. sí _____
 - 6.2. no _____.

7. Si la respuesta anterior es positiva, mencione cuáles han sido esas propuestas:
 - 7.1. Aplicar la Guía en todos los niveles de servicios _____
 - 7.2. Eliminar algunos indicadores _____
 - 7.3. Agregar nuevos indicadores _____
 - 7.4. Incorporar nuevo contenido a la Guía _____
 - 7.5. Propuesta nueva Guía _____
8. ¿Cuántas de esas propuestas se utilizan por los ejecutores del ASIS en cualquier nivel de los servicios?:
 - 8.1. Aplicar la Guía en todos los niveles de servicios _____
 - 8.2. Eliminar algunos indicadores _____
 - 8.3. Agregar nuevos indicadores _____
 - 8.4. Incorporar nuevo contenido a la Guía _____
 - 8.5. Propuesta de nueva Guía _____
 - 8.6. Todas _____
 - 8.7. Desconoce _____
9. ¿Puede mencionar algún material docente, que apoyen el conocimiento sobre el ASIS?:
 - 9.1. Folletos _____
 - 9.2. Monografías _____
 - 9.3. Artículos de revistas _____
 - 9.4. Libros _____
 - 9.5. Otros _____

C) Dimensión investigativa

1. ¿Considera al ASIS como una investigación científica?:
 - 1.1. sí _____
 - 1.2. no _____
2. Si la respuesta anterior es positiva, ¿cómo la clasifica?
 - 2.2. Descriptiva _____
 - 2.3. Analítica _____
 - 2.4. Investigación-acción _____
 - 2.5. ISSS _____
 - 2.6. Evaluativa _____
 - 2.7. Otra _____
3. ¿Cuántas investigaciones derivadas del ASIS conoce?:
 - 3.1. una _____
 - 3.2. dos _____
 - 3.3. tres _____
 - 3.4. más de tres _____
4. ¿Quiénes son los investigadores principales?:
 - 4.1. MF Y ENF _____
 - 4.2. epidemiólogos _____
 - 4.3. directivos _____
 - 4.4. Otros _____
5. ¿Se han aplicado los resultados en la práctica?:
 - 5.1. Nunca _____
 - 5.2. A veces _____
 - 5.3. Siempre _____

ANEXO 2

CUADRO A. Criterios más frecuentes de los expertos entrevistados según Dimensión estudiada

	Criterios más frecuentes	% n=26
	Dimensión servicios	
1	Considera que no puede prescindirse del ASIS para los resultados exitosos en los servicios.	92.3
2	Los directivos "a veces" utilizan el ASIS para tomar decisiones.	65.4
3	En ningún nivel de dirección se utiliza el ASIS para informarse sobre la situación de salud.	53.8
4	Se exige realizar el ASIS en los consultorios de medicina familiar.	69.2
5	La ejecución del ASIS se controla por los GBT	42.3
6	Los médicos familiares son los encargados de realizar el ASIS	80.8
7	Considera útil la realización del ASIS para los servicios.	88.5
8	Conoce de críticas al ASIS	96.2
9	Las críticas se refieren a la utilidad del ASIS	69.2
	Dimensión Docente	
1	En la residencia se adquieren conocimientos para realizar el ASIS, básicamente, la residencia de MGI.	57.7
2	Han elaborado investigaciones relacionadas con el ASIS	42.3
3	Ha realizado tutorías de tesis sobre ASIS.	46.2
4	Considera que "nunca" se utilizan conocimientos y habilidades después de egresar como especialista.	61.5
5	Menciona "otros" como las formas para confirmar la utilización de conocimientos y habilidades al egreso.	15.4
6	Considera que debe utilizarse una nueva Guía para elaborar el ASIS	19.7
7	Ha adquirido conocimientos sobre el ASIS en libros.	73.1
8	En la residencia se adquieren conocimientos para realizar el ASIS, básicamente, la residencia de MGI.	57.7
	Dimensión Investigativa	
1	Afirma que el ASIS es una investigación.	96.1
2	Clasifica el ASIS como una investigación descriptiva	71.4
3	Estima que el médico de familia es el profesional que realiza el ASIS.	84.6
4	Consideran que "nunca" se aplica el ASIS en los servicios	53.5
5	De los que consideran que se aplica el ASIS en los servicios, respondieron que la aplicación es "regular".	23.1