

Instituto Superior de Ciencias Médicas - Habana

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN CUBA

Félix J. Sansó Soberats¹

RESUMEN: El presente trabajo es un ensayo donde se presenta un resumen de los principales antecedentes en la realización del análisis de la situación de salud en Cuba. En un segundo momento se abordan los aspectos que caracterizan actualmente a este proceso en el nivel primario y más adelante se reflexiona acerca de 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.

DeSC: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD/normas; MEDICINA FAMILIAR/normas; MEDICINA COMUNITARIA/normas; ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD/normas; MÉDICOS DE FAMILIA; ESTADO DE SALUD; DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD; CUBA.

INTRODUCCIÓN

Con la creación y desarrollo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba, se han fortalecido los enfoques caracterizados por la tendencia a la atención médica integral, donde la familia y la comunidad son también consideradas en la evaluación del proceso salud -no salud al nivel individual. Esto responde básicamente a la convicción de que no solo las interacciones familiares, sino también las comunitarias, pueden tener un efecto profundo sobre la condición de salud o enfermedad en una población. Con frecuencia se constatan afecciones que, aparentemente presentes solo al nivel individual, son generadoras o consecuencia de otras al nivel familiar o incluso, comunitario. Definitivamente son muchos los padecimientos que no pueden ser comprendidos cabalmente, a menos que se evalúen simultáneamente en el contexto personal, familiar y social.

Es tradicional el mensaje educativo y práctico de que para abordar la enfermedad al nivel individual el médico debe aplicar el método clínico; de igual manera se ha reiterado que durante su proceso de diagnóstico e intervención ante un problema de salud comunitario, debe recurrir al método epidemiológico.¹ Aunque se ha hecho referencia a que «lo singular de cada método, lo hace específico para su materia y punto menos que inútil para la otra»;² en la prácti-

ca el equipo básico de salud (EBS) en el nivel primario utiliza ambos métodos indistintamente. Mediante ellos busca y encuentra respuestas a los problemas que cotidianamente se le presentan en la comunidad.

No obstante, no debe interpretarse que el método científico que se aplica en el nivel primario es la simple sumatoria del método clínico con el epidemiológico, como tampoco es adecuado considerar a la medicina familiar como la sumatoria de varias especialidades verticales. «Nuestro modo de actuación desborda los principios teóricos del método clínico tradicional y se expresa con cuerpo propio, como un método clínico basado en modelos o como se conoce más comúnmente: método clínico en medicina familiar».³

El método clínico en medicina familiar amplía el objeto de estudio tradicional del profesional de la salud e incorpora a la persona, a la familia y a la comunidad aparentemente sanas. Al incluir el enfoque de riesgo en su concepción y expresión práctica, este método científico condiciona que el EBS atienda no sólo a la demanda de sus pacientes o familias, sino también a su necesidad (no siempre sentida). Al evaluar la situación de salud individual de manera interactiva e integral, con la participación de las propias personas y sus familias, se favorece que éstas se consideren entes activos para su transformación y mejora constantes.

Aun sin proponérselo, los médicos y las enfermeras de la familia que forman parte de la comunidad que atienden,

¹ Médico de la familia. ISCM-H.

incorporan a diario información sobre su situación de salud a partir de las diferentes y sucesivas aproximaciones que a ella realicen. Esta fortaleza, en manos profesionales, constituye una herramienta básica si se pretende identificar problemas y proponer cambios positivos en la situación de salud de la población. A partir de la experiencia, la identificación de los riesgos para la salud en un área será relativamente fácil para un profesional instruido en materia de salud familiar y comunitaria.

Sin embargo, la identificación de los problemas de salud comunitarios realizada por un EBS, no siempre estará en correspondencia con las necesidades sentidas de su población. La comunidad tiene su propia percepción de la realidad que vive y el EBS es sólo una parte de ella. Es por ello que se necesita de la concertación consciente de los esfuerzos y opiniones de todos los implicados para abordar una situación de salud que les es común.

Dicho de otro modo, los médicos y enfermeras de la familia para conocer de los «síntomas o signos» relacionados con la situación de salud familiar o comunitaria, deben escuchar el parecer de los integrantes de la familia o de la comunidad (según sea el caso), de la misma manera como lo hacen con las personas al evaluar su situación de salud al nivel individual. El abordaje de un problema de salud a estos niveles, también requiere de la observación, del interrogatorio, del examen de la situación y una vez definida una impresión diagnóstica, de una conducta donde sin dudas debe participar la propia familia o comunidad.

En este proceso interactivo se inserta el Análisis de la situación de Salud (ASS) al nivel comunitario. Es importante hacer esta distinción sobre el nivel del análisis; en opinión del profesor Alcidez Lorenzo, cuando se aplica el método clínico en medicina familiar para evaluar a una persona o familia, al considerar no solamente el «problema», sino además teniendo en cuenta los riesgos a los cuales se expone, con un enfoque integral y de manera interactiva, se está realizando también un análisis de la situación de salud, pero a esos niveles -individual o familiar.

PRINCIPALES ANTECEDENTES

El ASS al nivel comunitario en Cuba tiene antecedentes muy interesantes. En 1937, como respuesta a la política sanitaria regional (Oficina Sanitaria Panamericana) dirigida básicamente a controlar la malaria, se creó en Cuba la Unidad Sanitaria de Marianao, lugar que en aquella época constituía un gran foco de esta enfermedad. Las actividades básicas de la unidad estaban dirigidas a: atención materno-infantil, puericultura y saneamiento ambiental y tuvo muy buenos resultados para la salud pública local, pues además de las actividades básicas mencionadas, se estudiaron las enfermedades transmisibles más frecuentes en el territorio, se iniciaron en Cuba las actividades de terreno a partir del trabajo comunitario de enfermería, se creó un servicio de

parasitología y vacunación, se realizaron permanentemente actividades de educación para la salud, desarrollo de relaciones intersectoriales y comunitarias a través del trabajo constante con maestros, vecinos y asociaciones de vecinos y padres. Cada 3 meses se realizaba un staff-meeting de carácter técnico-administrativo con todo el personal de la unidad, para analizar la situación de salud a partir del trabajo epidemiológico que desarrollaban.⁴

Con la llegada del Gobierno Revolucionario, durante la primera década del sistema de salud (1959-1969), se reconoce la realización de análisis de problemas de salud en niveles superiores, intermedios y locales, antes de tomar decisiones, además de la experiencia en el Policlínico «Aleida Fernández Chardiet».⁴ Coincidiendo con el inicio del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba, se utilizó con fines normativos, una guía que facilitaba información sobre la situación de salud en forma bien descriptiva -diagnóstico de salud-, y que fue promovida por el organismo regional CENDES-OPS. Su extensión limitaba la utilidad cotidiana, además que su propósito bien definido se relacionaba con el binomio planificación-recursos, de ahí lo erróneo de trasladar de forma esquemática aquellos indicadores al contexto comunitario.⁵

Desde una etapa tan temprana en el SNS como 1962, se incorporaron los conceptos «cuadro epidemiológico» y «cuadro higiénico», con los que se pretendía caracterizar las áreas, los municipios y provincias e incluso el país. La metodología que debía seguir el equipo de salud que dirigía una unidad básica de salud (policlínico integral) era la siguiente:⁶

- Análisis del cuadro epidemiológico por el director y todo el equipo.
- Análisis de los cuadros higiénicos y su relación con los problemas epidemiológicos existentes.
- Determinación de las tareas prioritarias a realizar por todo el equipo de salud para lograr el mejoramiento del cuadro epidemiológico.
- Programación correcta de la forma donde cada miembro del equipo debía realizar sus actividades y cumplimiento de la programación.
- Supervisión adecuada de las labores durante su ejecución por el nivel superior correspondiente.
- Evaluación periódica cuantitativa y evaluativa de las actividades programadas.
- Evaluación final cualitativa del cumplimiento de los programas.

Como instrumento epidemiológico de utilización permanente, aparece en el espectro sanitario cubano a partir de la implantación de la medicina comunitaria a mediados de la década del 70. En 1973 se incorporó una nueva «corriente» relacionada con el análisis de la situación de salud: los estudios de morbilidad, orientados en primacía por expertos soviéticos y cuyo resultado más acabado se logró en el

Policlínico «Julián Grimau». En 1974 surgió el modelo de Medicina en la Comunidad en el Policlínico Alamar, que se extendió al año siguiente a 2 policlínicos de Ciudad de La Habana y al resto del país.⁴ En esa época se incluyó la confección del diagnóstico de salud para el residente de las especialidades: pediatría, medicina y ginecoobstetricia.⁵

A principios de la década de los 80 se incorporó el concepto de «estado de salud de la población» (ESP) como consecuencia de la asimilación de la terminología y conceptos elaborados en los países socialistas de Europa por la higiene social. Se insistía en que para la elaboración de un sistema de protección a la salud de la población, es necesario partir de un conocimiento adecuado del ESP, lo que sería la base del plan y organización del sistema. Su estudio comprendía 2 aspectos diferentes:

Medición del nivel de salud, mediante un sistema de indicadores.

Información básica sobre los factores determinantes del estado de salud.⁷

La característica compleja del estado de salud de la población se basa en el estudio y la valoración de los índices demográficos, los datos de la estadística de la morbilidad, la invalidez, el desarrollo físico de los grupos aislados de la población, al tener en cuenta el influjo ejercido por factores del medio ambiente. El estudio y la valoración de la salud de la población son posibles solamente en caso de una estadística organizada y fiable.⁸

Desde los inicios de la medicina familiar, la información sobre la situación de salud del Área era recopilada por el médico de la familia, ayudado por el Departamento de Estadísticas y con ella, se confeccionaba un informe anual. La estructura de estos informes era determinada desde el policlínico y por tanto, tenía una estructura uniforme para todos los consultorios de un área.

En aquella etapa el diagnóstico de salud (denominación inicial del proceso y de su informe final) fue utilizado esencialmente con fines docentes y evaluativos y la participación de la población en ese proceso fue más bien marginal o pasiva.

Desde 1995 se generaliza en el país el término «Análisis de la Situación de Salud», en lugar de «Diagnóstico de Salud». Un año antes, Bergonzoli, había retomado el enfoque sistémico y lanzado su propuesta del análisis de la situación de salud, sustentado en la definición de salud como producto social.⁵ Desde entonces se definen mejor los objetivos y propósitos que se persiguen con su realización, y se aboga por una mayor participación de la población en el proceso de identificación de problemas, propuesta de soluciones y ejecución de acciones. Durante la década de los 90 en algunas comunidades del país se aplicó este proceso con esos enfoques, entre las que se encuentra la experiencia de El Condado en la provincia de Villa Clara -probablemente la más conocida y estable de todas-.

Como se puede apreciar, esta estrategia sanitaria se ha desarrollado con una tendencia al acercamiento del pensamiento epidemiológico al quehacer cotidiano del personal

de salud, especialmente del EBS. Sin embargo, «el grado de obsolescencia metodológica del análisis de la situación de salud limitó su utilización como centro de la estrategia, e impidió alcanzar con un criterio más técnico el resultado esperado; de la misma forma ha sido poca su utilización en la identificación y solución de los reales problemas de salud de la población a nivel local y por ende, se ha carecido de entrenamiento de los equipos locales en las técnicas de trabajo comunitario.⁹

En su desarrollo el ASS no se ha impuesto aún como proceso rector para el desempeño del EBS y son diversas las opiniones en cuanto a la factibilidad y formas de su aplicación, entre quienes deben desarrollarlo. Los conceptos actuales de salud la conciben como «un producto del desarrollo armónico de la sociedad». Aunque se ha planteado que «esta última concepción ha liberado al sector salud de la responsabilidad exclusiva de la producción de salud y se ha trasladado a la sociedad en su conjunto»,¹⁰ en la práctica se aprecia que a pesar de los innegables avances que en esta materia ha tenido la sociedad cubana, aún falta para que los otros sectores se apropien de esta tecnología y la desarrollen con sentido de pertenencia.

SITUACIÓN ACTUAL

El ASS al nivel comunitario se realiza anualmente en las áreas de salud del país. Los médicos y enfermeras de la familia confeccionan un informe al final del proceso que se utiliza a su vez por los grupos básicos de trabajo y la dirección del policlínico para confeccionar un informe escrito sobre la situación de salud de sus respectivas áreas.

Este proceso es hoy más bien formal, básicamente burocrático y en él, comúnmente no es efectiva la participación de una representación del resto de la comunidad. De esta manera se limita hoy su función para la identificación y abordaje de cualquier situación comunitaria y su influencia en la modificación de las actitudes de sus propios miembros. No siempre se destina el fondo de tiempo necesario y suficiente para la realización del análisis y la elaboración del informe escrito.

Generalmente a esta importante actividad se le superponen las actividades asistenciales o docentes. El papel del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y de la propia enfermera del EBS en este proceso, es comúnmente marginal. El «apoyo» del resto de los integrantes del GBT consiste en exigir la entrega del informe final en el tiempo establecido desde el policlínico y a su vez exigir el cumplimiento de los compromisos asistenciales al nivel individual. La técnica de estadísticas, como norma, no se considera parte activa y «observa» pasivamente el desenlace. El médico de la familia se encuentra prácticamente solo ante una tarea que supone la participación de muchos.

Existe falta de uniformidad e inconstancia en la recolección y procesamiento de la información para la realización del análisis y posterior elaboración del informe escrito. En un

mismo lugar, de un año a otro, puede que se modifiquen las variables que se deben considerar para el análisis sin una lógica evidente. Esta realidad limita la evaluación continua de los fenómenos que están determinando la expresión del proceso salud-no salud comunitario.

Otro aspecto que se debe considerar es sin dudas, la calidad de los análisis. «Los integrantes de los equipos de atención primaria (...), muestran insuficiencias de conocimientos y habilidades para la construcción, análisis e interpretación de la situación de salud. (...) la información sobre salud a la comunidad es aún insuficiente y poco efectiva, por lo que limita la decisiva participación de la comunidad y otros sectores sociales en el análisis de su propia situación de salud. Las acciones capacitantes brindadas a estos equipos acerca de la temática estudiada, no han sido lo suficientemente eficaces».¹¹ Un factor que ha mermado la calidad de los ASS ha sido la pretensión de que el EBS presente su informe utilizando indicadores aplicables a poblaciones más numerosas o a otros niveles.

A lo anterior se suma el hecho de que el análisis casi siempre es retrospectivo, es decir, acaecido el hecho entonces se presentan descripciones fabulosas que pretenden enaltecer el quehacer epidemiológico, cuando su uso cotidiano hubiera evitado, o al menos disminuido el daño. En otras ocasiones el análisis se realiza como rutina previa a la ejecución de las acciones (...). Esta ausencia o retardo en el uso del carácter predictivo del análisis de situación de salud, es una consecuencia de no hurgar en sus antecedentes históricos y un ejemplo del desconocimiento sobre la conceptualización del binomio investigación-acción que indefectiblemente contribuye a minimizar su «valor de uso».⁴

Como norma, en los informes finales del ASS de los consultorios médicos no se evalúa la modificación de la situación de salud de las comunidades por un período que vaya más allá del año precedente, ni su relación con el trabajo desplegado en etapas anteriores. En la mayoría de ellos la evaluación retrospectiva realizada contempla exclusivamente los datos relativos a los últimos 12 meses y se limita a describir los fenómenos observados -o notificados- sin un análisis estadístico serio. Aunque en algunos consultorios se conservan los informes de los diagnósticos o análisis de la situación de salud desde que fueron fundados hasta la fecha, es realmente raro que estos informes sean archivados a través de los años. Esta tendencia 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.

Los mensajes relativos a la aplicación de este proceso se han dirigido -con un carácter casi exclusivo- hacia el primer nivel de atención y obvia el papel que pudiera desempeñar el resto del sistema de salud. «En sentido general y salvo honrosas excepciones, los hospitales e institutos se desentienden del ASS de las áreas que atienden: los profesionales de aquellos centros no dominan los términos relativos a este proceso, los especialistas del nivel secundario vinculados a las áreas de salud no participan del ASS

de los policlínicos donde trabajan, y por tanto, tienen una visión parcializada y poco objetiva del trabajo que se realiza en la comunidad y de su situación de salud. De la misma forma, tampoco es frecuente que en los policlínicos se conozca y se discuta en relación con la situación de salud hospitalaria».¹²

Llama poderosamente la atención el hecho de que en la literatura médica cubana no se ha publicado ningún ASS -parcial o total- de ningún área de salud o consultorio y su pobre desarrollo teórico por los médicos de la familia.

PERSPECTIVAS

Debido a su valía, el ASS se impondrá como proceso rector en el modo de actuación profesional de los médicos y enfermeras de la familia. El EBS que pretenda ser exitoso en su gestión necesita disponer de información confiable sobre la comunidad, las familias y las personas que atiende y hasta hoy, la mejor manera de obtenerla es aplicando adecuadamente los conceptos relativos al ASS. Existe una lógica sobre la cual se sustenta esta afirmación:

1. El abordaje exclusivo de los problemas de salud con un enfoque curativo al nivel individual, no cambiará por sí solo la situación de salud comunitaria, aunque influya en ello. A ese nivel, limitado a lo individual, se encuentran hoy la consulta médica clásica.
2. Para lograr modificaciones en la situación de salud individual es necesario evaluar la interacción de los individuos con su entorno, a partir de la convicción de que entre ellos existe una interdependencia. Esto implica que además de realizar acciones de educación, promoción de salud o prevención -primaria, secundaria o terciaria- a nivel individual, el EBS debe desarrollar también estrategias de educación, promoción de salud, preventivas, de control permanente y de erradicación a nivel familiar y comunitario.
3. Quien mejor puede definir los problemas que mayor incidencia tienen en la situación de salud de una comunidad es la propia comunidad en la cual se inserta el EBS como asesor técnico. De igual manera las propuestas de solución y su control deben provenir de los integrantes de la comunidad. Al disponer de esa información y del plan de acción propuesto a partir de una discusión colectiva, el EBS tendrá ante sí una información muy confiable representativa de su comunidad.
4. Los problemas de salud de una comunidad no serán, de ninguna manera, la sumatoria de los problemas de salud individuales.
5. No se deben abordar todos los problemas de salud a la vez. Para mejorar la situación de salud de una población se precisa priorizar sus problemas y elaborar estrategias escalonadas para su solución y atender más energicamente aquellos que inciden con más peso en la morbilidad y la mortalidad del área en cuestión. El análisis debe centrarse en los principales problemas, aunque enuncie todos los identificados.

6. Después de escuchar las necesidades sentidas de la comunidad y sus propuestas de solución, el EBS está en mejores condiciones de organizar su propia estrategia para enfrentar como sector salud esos problemas e insertar su estrategia en la comunitaria. Parte de esa estrategia será si dudas definir las necesidades de aprendizaje del EBS y en consecuencia organizar el tipo de superación profesional o comunitaria que se requiera para solucionar los problemas. El mejor médico de la familia será aquel que sepa dar respuesta a los principales problemas de salud que presenta su comunidad y de convocar todos los actores sociales para su abordaje integral. No es pertinente capacitar a un profesional en temas no frecuentes de la población que atiende y esto se evita en parte si se organiza la capacitación a partir de un adecuado proceso de ASS.

Ningún problema de alcance comunitario se resolverá sólo con la conciencia del equipo de salud o incluso de sus líderes; para solucionarlo se precisa que su identificación y estrategia de abordaje sea generada por la propia comunidad. La comunidad no considerará la solución de un problema mientras no tenga conciencia plena de la influencia de los fenómenos (causales), en la aparición de determinado daño o no haya aprendido a identificar a este último como tal.

El EBS debe trabajar con la población para involucrarla en valederos y profundos análisis de los problemas percibidos y en las propuestas y ejecución responsable de las soluciones. Este empeño no es utópico y la práctica ha demostrado su validez y factibilidad.

Será responsabilidad de los docentes y especialistas de los grupos básicos de trabajo que laboran vinculados a las comunidades, apropiarse de esta tecnología y velar porque de igual manera sus educandos y colegas la incorporen adecuadamente en su modo de actuación profesional.

¿CÓMO REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD CON LA COMUNIDAD?

El ASS no es un momento en el año, es un proceso. Si consideramos que ante cada paciente que atendemos o ante cada familia que se evalúa, se está realizando también un análisis de su situación de salud, será fácil advertir que la identificación de problemas comienza desde ese mismo momento que se está ante ellos. Cada aproximación a las personas que atendemos debe convertirse en escenario para el abordaje de sus problemas de salud, con un enfoque preventivo y en el contexto familiar y comunitario. Cada encuentro debe tener un carácter bidireccional e integral.

El ASS 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.

En la práctica se trata de ofrecer una consulta médica integral y mantener un seguimiento, pero al nivel comunita-

rio. Para ello se requiere que el EBS no asuma un papel totalitario en este proceso y que favorezca la creación de un espacio donde intercambiar sobre los factores de riesgo, síntomas o signos que la comunidad percibe como problemas de salud. Un problema de salud comunitario puede ser identificado y tener prioridad en la población a partir de la aplicación de técnicas participativas en medio de una reunión con los líderes formales e informales de la comunidad; pero también puede ser identificado después de una entrevista a la familia e incluso al nivel individual. Esto puede ocurrir meses antes del momento anual «establecido» para la realización del análisis y en ese caso no se debe esperar para su abordaje.

Como investigación requiere de tiempo y este debe planificarse dentro de la propia jornada laboral. No debe limitarse a enunciar fríamente la situación de salud comunitaria en el año recién concluido, sino que debe considerar la información de los años anteriores y realizar comparaciones de esos datos con indicadores del policlínico o de otros niveles del SNS, cuando se estime pertinente. Este proceso es clave para proveer al EBS y a la propia comunidad de una valiosa información que facilite el diseño de estrategias sanitarias que se ajusten a las necesidades de salud en su entorno, con un carácter básicamente preventivo. A su vez debe contribuir a la acumulación de evidencias acerca de la forma en que actúa el EBS en la APS y los beneficios que se obtienen producto de su trabajo.

El ASS comunitario no es concebible sin la participación de sus líderes o representantes de todos los sectores. En la mayoría de los casos se debe trabajar previamente en la capacitación a las personas involucradas; sin embargo la práctica de este ejercicio y la confianza que genera ver solucionar los problemas mediante este proceso, son el mejor entrenamiento que puede recibir cualquier persona con deseos de modificar la situación de salud de su entorno. Para su desarrollo exitoso debe garantizarse un clima adecuado y un espacio y tiempo acordes, en torno a los cuales desarrollar este especie de «consulta médica al nivel comunitario».

El principal objetivo del EBS con la realización del ASS debe ser entonces:

- Caracterizar la situación de salud de la comunidad a la que se pertenece para definir, enfrentar y modificar positivamente los principales problemas que la afectan como tal.

Para ello se debe, al menos:

- Identificar los cambios demográficos en la población del consultorio durante el período estudiado (fecundidad, migraciones, mortalidad).
- Definir el comportamiento de las más importantes variables relacionadas con la situación de salud de la comunidad.

- Caracterizar el papel del EBS en la gestión sanitaria y la participación comunitaria en el proceso.
- Identificar, priorizar y solucionar sus problemas de salud con el concurso de todos.

No se debe pretender aplicar el mismo esquema para todos los lugares, no obstante, existen variables que pudieran ser consideradas de manera uniforme al analizar la situación de salud en la mayoría de las áreas (anexo). Esta uniformidad condiciona la posibilidad de realizar comparaciones de variables en el tiempo.

Una vez reunidos los representantes de los diferentes sectores comunitarios se determina el orden en que será realizado el análisis. Si se prefiere, se puede comenzar con una descripción inicial de la situación desde la óptica del sector salud y a continuación dar un espacio para que los representantes de la comunidad expongan su percepción de la realidad donde viven.

La priorización de los problemas debe ser realizada colectivamente y el grueso de las acciones que se propongan en el plan de acción deben ser dirigidas hacia aquellos de mayor magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad. Esos problemas priorizados tendrían que ser a los que mayor espacio se les dedique durante la discusión del informe final y para ello se podrían comparar con realidades similares al nivel regional, provincial, nacional o incluso internacional, si se considerara necesario.

La experiencia demuestra que no es factible abordar simultáneamente todos los problemas de salud para su análisis. Es utópico considerar que en poco tiempo, como el que comúnmente se dispone para esta actividad con la población, se podrán analizar pormenorizadamente todos los problemas presentes en un área, sin que esto afecte considerablemente la calidad del análisis.

En la planificación de las acciones deben establecerse plazos lógicos para su cumplimiento y definir los responsables de ejecutarlas, así como la persona que controlará todo el proceso hasta la solución definitiva del problema en cuestión. El plan de acción debe ser factible y no debe quedar de ninguna manera al nivel de enunciar aspiraciones.

Una vez resuelto un problema, se regresa al punto inicial del ASS que es la nueva identificación de otro. Si se mira de este modo, se puede afirmar que al ASS es un proceso infinito, pero con un desarrollo en espiral ascendente. Los líderes comunitarios, una vez entrenados, comenzarán a utilizar los términos propios del proceso y se apropiarán del método al aquilatar sus virtudes. Evaluar la situación de salud de conjunto con las personas implicadas permite incrementar el conocimiento común acerca de la comunidad y es punto de partida para acciones futuras.

De una manera u otra los diferentes EBS que han labrado en cada consultorio han realizado anualmente su ASS. Aun en aquellos casos en los que estos no hayan alcanzado un adecuado nivel de profundidad, los informes realizados contienen evidencias que pueden resultar de utilidad en evaluaciones futuras. Conservar esos informes en los

consultorios sin duda alguna favorece el conocimiento de aspectos relacionados con el estado de salud de la población y la realización de comparaciones entre los diferentes períodos. El hecho de disponer de datos relativos a las determinantes de salud en esta comunidad por varios años, convierte a los EBS del presente y a la propia población del lugar, en testigos excepcionales de los cambios ocurridos en la situación de salud de su entorno. Su análisis aislado no aportaría mucha información sobre esas transformaciones pero su concatenación en el tiempo puede ser de mucha utilidad.

CONSIDERACIONES FINALES

Se ha planteado que «los términos de diagnóstico de salud y análisis de la situación de salud, no son excluyentes sino más bien diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud: una en la fase descriptiva de su desarrollo y la otra como elemento conclusivo para la solución de esos problemas».⁵ En realidad el análisis tiene varias etapas, como etapas tiene cualquier proceso que pretenda obtener un conocimiento al aplicar el método científico. El diagnóstico es la resultante de un proceso derivado de la observación y el análisis de la realidad objeto de estudio, la priorización de los problemas también y la propuesta y ejecución del plan de acción, serán el resultado de un proceso similar.

Visto de esta manera, el «diagnóstico» no puede ser otra cosa que la identificación por la comunidad de los problemas que la afectan prioritariamente. Para ello es imprescindible haber accedido previamente a la información sobre las determinantes de su situación de salud comunitaria y describir esa realidad (fase descriptiva); realizar posteriormente un análisis de éstas e identificar los problemas (fase analítica). Para llegar al diagnóstico hay que lograr priorizar los problemas identificados (fase de priorización y diagnóstico). A partir de esta fase será que se definan las acciones que se deberán emprender para su solución, los tiempos de ejecución y sus responsables (fase de acción). El ASS será el desarrollo de todo el proceso.

El ASS es el proceso mediante el cual los diferentes sectores de la propia comunidad, de manera mancomunada y liderada por el sector salud, identifican, desde su percepción, los principales problemas o riesgos que afectan su situación de salud y emprenden acciones responsables y sostenibles para su transformación positiva.

En su aplicación práctica el ASS constituye una herramienta de trabajo de incalculable valor, a partir de la cual se caracteriza a una comunidad, se identifican sus estilos de vida predominantes y también los principales problemas que afectan a la salud de las personas, desde la óptica de las propias personas.

Se impone promover estudios de este tipo que favorezcan un mayor conocimiento de las poblaciones atendidas por médicos y enfermeras de la familia y la evaluación de las

tendencias en su situación de salud con un enfoque preventivo, que permitan orientar mejor el trabajo por la salud comunitaria. De igual forma se deben realizar estudios que aporten evidencias sobre la importancia de analizar la situación de salud con la comunidad.

Desde 1984 se han perfeccionado los métodos de trabajo y la especialidad de medicina general integral ha madurado. Hoy se percibe claramente el valor de garantizar la estabilidad del EBS, con vistas a favorecer un mayor compromiso de la comunidad en la modificación positiva de su situación de salud. Cada año de trabajo y cada análisis realizado aplicando los principios descritos, a partir de la eva-

luación anual a la totalidad de la población que se atiende, favorecen el conocimiento creciente de la comunidad. Ello puede constituir también un estímulo para el perfeccionamiento técnico continuo del equipo y para la planificación de acciones en función de las necesidades de salud en el área.

La aplicación del método clínico en medicina familiar; la atención médica organizada mediante el proceso de la dispensarización y la posibilidad de analizar de manera continua la situación de salud al nivel individual, familiar y comunitario, constituyen privilegio y fortalezas que distinguen al especialista en medicina general integral cubano del resto de las especialidades médicas.

ANEXO. Propuesta de variables que se deben considerar durante la realización del ASS en el nivel primario

I. Caracterización general de la comunidad:

- Definición del espacio sociogeográfico (municipio o región, órganos de gobierno vinculados, etcétera).
- Centros educacionales, laborales, de producción o recreación insertados en la comunidad.
- Recuento histórico de la comunidad objeto del análisis.
- Tipo y calidad de la interrelación que se establece con el resto del sistema de salud.

II. Estructura de la población por grupos de edades y familias según tipo.

III. Dinámica de la población:

- Fecundidad, mortalidad, migraciones.

IV. Escolaridad y ocupación de la población.

V. Medio ambiente:

- Calidad del agua de consumo.
- Higiene de los alimentos.
- Disposición de residuales sólidos, líquidos y excretas.
- Riesgo o presencia de vectores.

VI. Situación de salud familiar.

- Funcionalidad.
- Características estructurales de las viviendas y factores socioeconómicos.

VII. Actividades de promoción y educación para la salud.

VIII. Prevención de enfermedades acorde con los problemas de salud comunitarios:

- Dispensarización de la población.
- Factores de riesgo presentes.
- Acciones de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Acciones de prevención de las enfermedades transmisibles.
- Nivel inmunitario.

IX. Morbilidad:

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades no transmisibles.

X. Organización y calidad de la atención médica:

- Consultas y visitas domiciliarias realizadas.
- Grado de satisfacción de la comunidad.
- Recursos: humanos, tecnológicos y financieros.

XI. Identificación, priorización de problemas y plan de acción del área.

SUMMARY: A summary of the main antecedents of the analysis of the health situation in Cuba is presented. The aspects that characterize nowadays this process at the primary level are approached and it is reflected about its development prospects to improve the situation of health community. General guidelines are recommended to make this analysis in the communities under the leadership of family physicians and nurses and a general methodology for its successful development with the active participation of the population is provided. Finally, an original concept of this fundamental process is presented.

Subject headings: **PRIMARY HEALTH CARE/standars; FAMILY PRACTICE/standars; COMMUNITY MEDICINE/standars; COMPREHENSIVE HEALTH CARE/standars; PHYSICIANS; FAMILY; HEALTH STATUS; DIAGNOSIS OF HEALTH SITUATION; CUBA.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. El conocimiento científico. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001:49-50.
2. Castillo AM. Método Epidemiológico. Epidemiología. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1988:23-4.
3. Taylor RB. Conceptos centrales en medicina familiar. En: Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C, 1997:31.
4. Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1997;23(1-2):47-54.
5. Martínez Calvo S, Gómez de Haz H. Análisis de la Situación de Salud. En: Comunidad. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001:281-6; cap. 6, t. 1.
6. Puerto Quintana C del, Ferrer García H, Toledo Curbelo G. Higiene y Epidemiología. Apuntes para la historia. La Habana: Ed. Palacio de la Convenciones, 2002:90-1
7. Rojas Ochoa F. Estado de Salud de la población: objeto y contenido de su estudio. Rev Cubana Adm Salud 1982; 8:1.
8. Serenko AF, Ermakov VV. Salud de la población y métodos de su estudio. Higiene social y organización de la salud pública. Moscú: Ed. MIR; 1986:193-268; cap. 7.
9. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública 1998;24(1):19-22.
10. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En: Epidemiología en la Atención Primaria de salud. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001:308; cap. 7, t. 1.
11. Ochoa Alonso A, Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E. El análisis de la situación de salud. Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;(1-2):4.
12. Sansó Soberats F. El proceso de análisis de la situación de salud no debe ser privativo del nivel primario de atención. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(6):517.

Recibido: 7 de febrero de 2003. Aprobado: 14 de marzo de 2003.
Félix J. Sansó Soberats. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.

U no de los prim eros deberes del m édico es educar a las m asas para que no tom en m ed icin as.

S ir W illiam O sler
1849-1919



Fuente: OPS. Salud. Celebrando 100 años de salud. Washington, 2002