

ENFOQUE CONCEPTUAL Y DE PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Conceptual and procedural approach for the diagnosis or analysis of the health situation

Benito Narey Ramos Domínguez¹

RESUMEN

El propósito de este trabajo es conocer el estado actual de la utilización del diagnóstico o del análisis de la situación de salud en el primer nivel de atención, especialmente para el equipo básico de salud y proponer un procedimiento que facilite su aplicación como método de solución de problemas de salud. El trabajo se realizó fundamentalmente mediante entrevistas a expertos y la revisión de documentos elaborados en Cuba, antes y después del surgimiento del programa de atención integral a la familia. Se encontró 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. Se recomienda la capacitación y asesoría a los equipos y grupos básicos en el primer nivel de atención de salud y la necesidad de instrumentar actividades que permitan una mayor ejercitación en la educación de pregrado para el aprendizaje de este procedimiento.

Palabras clave: Situación de salud, diagnóstico de la situación de salud, análisis de la situación de salud, proceso de solución de problemas, proceso salud-enfermedad, estado de salud de la población, condiciones de vida.

SUMMARY

The objective of this paper is to learn about the present use of diagnosis or analysis of healthcare situation at the primary care, particularly for the basic health team and to submit a procedure that will facilitate its application as a health problem-solving method. The paper was based on interview made to conveniently selected experts on this topic and also on the review of documents drawn up in Cuba before and after the emergence of the comprehensive family care programs. The main result was that, despite the progress in the implementation of this procedure, there are still deficiencies that hinder its correct application and further implementation. It was concluded that a unique procedure based on a health problem-solving process is required. We recommended giving training and advice to the basic health team and group at the primary health care and carrying that allow more practice at undergraduate level in order to learn about this procedure.

Key words: Health situation, health situation diagnosis, health situation analysis, problem solution process, health-disease process, population's health condition, living conditions.

INTRODUCCIÓN

El interés por el perfeccionamiento del análisis de la situación de salud (ASIS) de la población, inicialmente denominado diagnóstico de la situación de salud (DSS), ha mantenido su vigencia en Cuba durante los últimos 20 años. Esta preocupación ha estado presente tanto en los niveles administrativos y de servicios como en la docencia, incluyendo el pregrado y el posgrado.

Lo anteriormente expuesto se justifica si se tiene en cuenta que el ASIS constituye uno de los instrumentos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud en todos sus niveles y especialmente en la atención primaria de salud (APS), cuya institución básica es el policlínico

como centro de salud y sus sectores que son los territorios-población correspondientes al consultorio del médico y enfermera de la familia o equipo básico de salud (EBS)

Desde el punto de vista internacional, se le concede mucha atención al ASIS, así la OPS en el año 2000, aprobó la iniciativa "La Salud Pública en las Américas", que define las 11 funciones esenciales de la salud pública y ubica en primer lugar el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.¹

En Cuba se ha avanzado mucho en la aplicación del diagnóstico de la situación de salud-análisis de la situación de salud (DSS-ASIS), sobre todo después de la puesta en marcha, en 1984, del Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF). Pero aún existen deficiencias,

¹ Especialista de II Grado en Salud Pública. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Profesor Consultante. Jefe Departamento Salud Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo".

comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación² (*Alpizar EA*. Propuesta para el análisis de la situación de salud. La Habana, Dirección Provincial de Salud Pública; 1996). Las deficiencias de mayor frecuencia son:

- Falta de unidad de criterios en el proceso del DSS-ASIS.
- Existencia de variadas guías que crean confusión.
- Inadecuada asesoría al equipo básico de salud.
- No utilización de métodos adecuados.
- Falta de priorización de los problemas y no análisis de sus causas.
- Aplicación incorrecta del procedimiento de solución de problemas.
- Restar importancia y utilidad al DSS-ASIS en la APS.

¿Cuál es la importancia y utilidad del DSS-ASIS para el EBS?

No existen dudas acerca de que el DSS-ASIS con enfoque poblacional se debe aplicar por parte de todos los niveles del sistema de salud y de sus servicios de atención, ya que el análisis y vigilancia de la situación de salud identifica los problemas de salud en cualquier territorio-población y esto permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.¹

Es necesario tener en cuenta que los estudios nacionales y regionales, que se basan generalmente en promedios, no pueden expresar la realidad que existe en la comunidad y familias, o conocer los perfiles diferenciales de salud en particulares sectores o grupos, salvo que se realicen investigaciones específicas.

Lo anterior se facilita cuando el estudio se hace en el nivel local o comunitario, que permite conocer permanentemente las necesidades de salud de la población y grupos particulares de individuos, según condiciones de vida.^{3,4} Esto es factible en Cuba, que tiene el gran privilegio de contar con un sistema de salud donde el primer contacto de la población se hace en el consultorio del médico y enfermera de la familia, que dan atención al 98,3 % de la población.⁵

Si bien es cierto que en el sector o territorio-población del EBS algunos de los indicadores de salud presentan limitaciones para su manejo que pueden ser minimizadas con técnicas de estandarización de tasas,⁶ su utilización permite alcanzar profundidad en el conocimiento de problemas de salud de la familia y la comunidad, así como la posibilidad de darles solución, obviamente, con la participación del sector de la salud, la cooperación intersectorial y de la propia población.

Por esta razón, es ideal que la planificación de salud tenga como punto de partida el sector del EBS y que se

envíen las informaciones a los niveles superiores, para que se beneficien con lo que ellos aporten.

La mayor utilidad del DSS-ASIS a nivel del sector del EBS, radica en el hecho de permitir tomar decisiones por evidencias, lo que asegura mejorar continuamente la calidad y eficiencia de la atención de salud y de las condiciones de vida.

ANTECEDENTES

En cada momento histórico y, para cada sociedad, se encontrarán perfiles diferenciales de salud. Existen hechos que demuestran que desde la edad antigua las sociedades, el hombre y las religiones se preocupaban por conocer los problemas de salud y detectar sus orígenes, para darles solución.⁷⁻⁹

Lógicamente, al principio se basaban en la experiencia empírica, hasta que surgió el método científico. En el campo de la salud, esta situación comenzó a modificarse con el surgimiento de la medicina científica en Grecia, en el siglo v a.n.e, con *Hipócrates* y posteriormente en el siglo XIX, con el surgimiento del método clínico, al aplicar el método científico al diagnóstico y tratamiento en medicina.^{3,10}

En Cuba, durante la etapa colonial, se hicieron estudios relacionados con el estado de salud, entre ellos los realizados por *Tomás Romay*, desde finales del siglo XVIII y también las trascendentales investigaciones de *Carlos J. Finlay* en la segunda mitad del siglo XXI. En 1902, durante la primera intervención norteamericana en Cuba, surge la Oficina Central de Sanidad, que publicaba informaciones de los nacimientos, defunciones, matrimonios, enfermedades y epidemias.¹¹

Ya en la República, en el año 1909, se publicaron datos sobre la salud en el Boletín Oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia que, a partir de 1940, cambia su nombre por Boletín Oficial del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, el cual se publicó hasta 1959.¹²

A partir del triunfo de la Revolución, en 1959, se vienen realizando estudios del estado de salud de la población, cuya información se ha publicado en los anuarios estadísticos y otros documentos, que se han utilizado para realizar análisis y elaborar los planes decenales de desarrollo en salud pública, con base en la situación de salud.¹² Así fueron elaborados los siguientes:

- 1960-69, en el primer decenio no se realizaron los primeros pasos por el Ministerio de Salud Pública, ya que estos se habían propuesto en el histórico alegato "La Historia me Absolverá", donde se hace un diagnóstico de los principales problemas de salud y se analizan sus causas. Lo anterior hizo posible que se establecieran las metas y las estrategias entre las que se destacan el servicio médico rural y la creación de un sistema de salud

único y gratuito para alcanzar la universalización de la atención de salud.

- 1970-79, metas y directrices y el Programa de Mortalidad Infantil.
- 1980-89, plan del decenio y el PAIF.
- 1990-2000, Objetivos, Propósitos y Directrices en 1992.

El diagnóstico de la situación de salud en el primer nivel de atención en Cuba

Es importante recordar que antes de 1959 no existía un sistema de atención ambulatoria organizada para la atención primaria, predominaba la medicina privada, por tanto, existía poco interés en estos estudios.

Al triunfo de la Revolución se desarrolló el primer nivel de atención con la creación de los centros de salud o policlínicos, para la atención médica de un territorio-población denominado área de salud: En 1964, en el policlínico "Aleyda Fernández Chardiet", de la Lisa, municipio de Marianao, se aplicó la concepción de la medicina integral preventivo-curativa, por lo que se convirtió entonces en Policlínico Integral, lo cual se aplicó posteriormente a todas estas unidades.¹³

En estos policlínicos se exponían públicamente datos sobre el estado de salud de la población, lo que se denominaba cuadro higiénico primero y más tarde, cuadro epidemiológico de la población atendida. A través de éstos, la población conocía los problemas de salud hacia los cuales se dirigían las actividades y acciones. Lamentablemente esta práctica dejó de realizarse.

Con relación a la categoría DSS, empleada por *Serenko y Ermakov* en 1976, y utilizada por vez primera en el medio médico por *Ordóñez*, en 1981, en el policlínico "Plaza de la Revolución", La Habana, quien recomendaba que el proceder requería de conocimientos científicos y de habilidades para aplicar los métodos epidemiológico, sociológico, clínico y administrativo e incluía el estudio tanto de los daños como de sus factores causales.^{14,15} Esta metodología se utilizó también en el PAIF que se publicó en 1988.

No caben dudas acerca de que el proceso de solución de problemas (PSP), que aparece en la década de los años 60 y la planificación estratégica, a fines de la década de los años 70, que aplican el método científico a la solución de problemas, influyeron notoriamente en el surgimiento y aplicación del DSS.¹⁶

En 1992, la OPS propuso para los estudios de vigilancia de la situación de salud un nuevo término: el análisis de la situación de salud. (ASIS) que proponía un enfoque más integral y llamó la atención sobre la necesidad de estudiar las desigualdades e iniquidades de grupos particulares de población en relación con los factores causales de las condiciones de vida.⁴ Esta propuesta fue motivada por la crisis económica, presente ya en ese momento, en la mayor parte de los países de la región y el consecuente deterioro en los niveles de salud y los sistemas y servicios de atención de salud.¹⁷

El nuevo término, de ASIS, creó cierta confusión, como siempre que se sustituye un concepto ya establecido como lo era el DSS, aunque realmente ambos respondían al mismo propósito y ninguno era el más adecuado, como se verá más adelante. Existen otras acepciones empleadas, como Plan de Salud en Brasil, pero se sigue utilizando el de DSS en otros países latinoamericanos y a partir de 1995 comenzó a emplearse más en el medio médico el ASIS, aunque no aceptados por todos.

Realmente ninguno de ellos logra expresar la completa idea de este proceso ya que, el diagnóstico y el análisis, representan sus dos primeras etapas, pero se requiere, además, de una tercera a fin de alcanzar el producto final del proceso, que es el de eliminar o controlar las causas y factores de riesgo para resolver los problemas de salud detectados. Las tres etapas completan la concepción del PSP.

El diagnóstico de la situación de salud-análisis de la situación de salud de la población y la docencia

En 1986, luego de la aprobación de un nuevo plan de estudio en la carrera de medicina, la asignatura Teoría y Administración de Salud comenzó a impartirse como estancia en el 5to. año de la carrera y en el programa que se elaboró para el curso 87-88 se introdujo el estudio del DSS que tenía como hilo conductor el PSP.

También en la residencia de Medicina General Integral (MGI) se consideró el DSS en el programa y libro de texto publicado en 1989 y además desde 1992, la Facultad de Salud Pública¹⁸ (hoy Escuela Nacional de Salud Pública), lo incluyó en el programa de estudio de la Maestría de Salud Pública (*Resik AP*. El diagnóstico de la situación de salud: consideraciones teóricas y operacionales. La Habana, Facultad de Salud Pública; 1994).

En los años 1991-1992 y, teniendo en cuenta deficiencias detectadas en la aplicación del DSS desde el punto de vista docente, el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana organizó varios talleres con el fin de su estudio. En estos talleres participaron directivos de los niveles de servicios, jefes de departamentos de la salud y un gran número de profesores de las facultades de La Habana.

El resultado fue una guía y procedimiento de como hacer el DSS para el policlínico y el sector del consultorio del médico y la enfermera y además para los consultorios en centros laborales y educacionales. Al mismo tiempo surgieron otras propuestas de guías que dieron al traste con lo que se deseaba de uniformar el proceso.

Independientemente de las deficiencias apuntadas al inicio de este trabajo con relación al DSS-ASIS, que se pudieran considerar retos a vencer, otro inconveniente se presenta en el aprendizaje del procedimiento en la educación de pregrado. Se trata de que el estudiante de medicina ejercita el procedimiento en una ocasión en la asignatura de Salud Pública y lo repite en MGI-III, lo cual es insuficiente para

adquirir la correspondiente competencia. Todo lo contrario de lo que ocurre en la clínica, donde los estudiantes elaboran decenas de DSS de personas en forma de historias clínicas.

Realmente el DSS-ASIS con enfoque poblacional en la APS y, sobre todo, en el sector del EBS, es tan o quizás más importante que en la clínica, por tanto, aunque sea imposible repetir lo que sucede en ella, es necesario instrumentar las actividades que permitan una mayor ejercitación de este proceso en el pregrado para su mejor aprendizaje.

¿EL QUÉ DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD?

Antes de abordar estas y otras categorías relacionadas como la situación de salud, las condiciones de vida y el estado de salud de la población y con el objetivo de comprenderlas mejor, es importante analizar primero la definición de salud.

La OMS aprobó en 1946 la definición sobre la categoría salud: "como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta definición tuvo gran trascendencia, ya que proclamó el carácter humano de la salud y superó las estrechas concepciones biológicas imperantes sobre la salud hasta el momento y modificó, además, la vieja idea de considerar la salud sólo como la ausencia de enfermedad a partir de que no es posible que las personas, o la comunidad, estén exentas de algún tipo de afección de forma permanente, quizás sólo en momentos muy especiales.^{15,19}

No obstante, esta definición fue objeto de algunas críticas, sobre todo, por considerarla estática y que no reflejaba la interrelación permanente hombre-sociedad-naturaleza.

Para *San Martín*, el concepto de salud no puede surgir de abstracciones o subjetivismo, sin relación con las necesidades humanas, sino como un proceso: el proceso salud-enfermedad (PSE), determinado por múltiples causas.²⁰

Resik explica que el origen multi-causal del PSE incluye además de los factores biológicos propios del hombre, los del ambiente natural físico, químico y biológico y los socio-económicos, cuyos efectos pueden ser positivos o negativos.²¹

Breilh considera que el PSE, tanto individual como colectivo, es parte del todo social que se origina en las estructuras y funcionamiento de las formaciones sociales como producto de la inserción de los individuos y población en la reproducción social, es decir, en la producción, distribución y consumo de los bienes materiales y espirituales del hombre.²²

Bajo las concepciones expuestas anteriormente se propone una definición operacional del PSE:²³ "salud-enfermedad es un proceso en la vida de los hombres, relacionado

con su bienestar físico, mental y social, que es individual, particular o colectivo global, dinámico, variable y consecuencia de múltiples factores que, según sus efectos, pueden ser positivos o negativos".

Ahora se puede comprender mejor el significado del DSS-ASIS cuyo estudio debe ser integral a partir de la categoría situación de salud que, con relación a una comunidad o grupo poblacional, ha sido definida como el conjunto de problemas de salud descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social,²⁴ que incluye el estudio del estado de salud de la población y de las condiciones de vida, que agrupa los factores causales del proceso de salud y enfermedad, lo que permite al controlarlos o eliminarlos, dar solución a los problemas identificados.

El modelo de ecológico multicausal, aceptado hoy día ha sido propuesto con algunas diferencias según el autor. Entre los más conocidos están las de *Blum* y de *Lalonde* en 1974, y de *Dever* en 1980, similar a los anteriores, que lo denominó modelo epidemiológico de análisis de políticas de salud.¹⁹

El modelo de *Lalonde*, que fue ministro de Salud Pública de Canadá, denominado campo de la salud, ha sido muy utilizado, con sus cuatro determinantes, que son: estilos de vida, los servicios de salud, el medio ambiente y la biología humana. Para *Dever* los tres primeros determinantes fueron responsables del 73,0 % de la mortalidad en los Estados Unidos de Norteamérica según estudios realizados en 1976.²⁵

Pero el modelo *Lalonde*, fue cuestionado, por ejemplo, *Carol Buck* profesora de la Universidad de W. Ontario, señaló que dicho modelo no se ocupaba en forma debida de las dimensiones del determinante medio ambiente, que para ellos incluye, además de los factores naturales, las dimensiones relacionadas con la violencia, la falta de necesidades básicas, trabajos estresantes, el aislamiento y la pobreza.²⁶

Para otros autores, las dimensiones del medio ambiente mencionadas en el párrafo anterior, lo consideran en la categoría "modo de vida" que, junto a los estilos de vida como formas de conducta, caracterizan las formas socio-económicas típicas, de la actividad vital de las personas en una sociedad determinada y por eso las agrupan en el "modo y estilos de vida".²⁷

Se debe mencionar que un enfoque más abarcador es el de agrupar los determinantes del estado de salud de la población de acuerdo con la esencia biológico-social del hombre, determinantes que están condicionados por los factores de las condiciones de vida.^{4,14,15,19,21,25}

Breilh señala que los determinantes de las condiciones de vida constituyen los mediadores entre la inserción de la población en la reproducción social (producción, distribución y consumo) y la situación de salud.²⁸

La categoría estado de salud de la población (ESP) como el producto de los procesos de las condiciones de vida, se puede definir como: "la expresión, en forma sintética, en un momento histórico concreto, del nivel alcanzado en la

relación del hombre con la naturaleza, la sociedad y entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, mental y social".¹⁵ Sus variables dependientes o componentes aparecen en la figura.

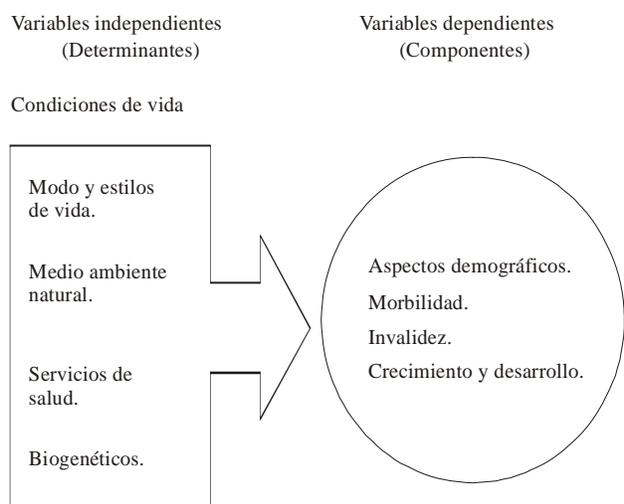


Fig. Determinantes y componentes del estado de salud de la población (ESP).

DEFINICIONES DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Para el DSS poblacional se han propuesto diferentes definiciones. *Pineault y Daveluy* proponen la siguiente, con un enfoque operacional.²⁵

DSS es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades de salud, determinar sus factores causales, como parte de un proceso que no debe concluir hasta la solución o control de los problemas detectados.

En concepto de ASIS se fue perfilando desde 1990, como se ha planteado, pero el término se propone por OPS en 1992 y su definición aparece en 1999, que en forma resumida es la siguiente:^{4,17}

ASIS es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto.¹⁷

Como ya hemos apuntado realmente los dos términos definidos tienen el mismo propósito, conocer la situación de salud de acuerdo con las variables de las condiciones de vida y del ESP, que se pueden ver en la figura.

¿EL CÓMO DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

Se refiere al procedimiento para el estudio del DSS-ASIS como PSP. Este procedimiento implica tres etapas fundamentales:

- La identificación y priorización de problemas y necesidades de salud.
- El análisis para la determinación de sus factores causales y de riesgo.
- La planificación de las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar solución a los problemas.

Estas etapas se deben desglosar en pasos y entre las diferentes variantes, se proponen los siguientes:

- Búsqueda de los datos e información según la historia de salud familiar y de otras fuentes.
- Identificación de los problemas de salud y su priorización.
- Determinación de los posibles factores causales y riesgos de cada problema identificado.
- Establecimiento de metas a largo plazo.
- Elaboración del plan de acción, que puede ser simplificado.
- Elaboración y aplicación del plan de ejecución, de trabajo u operacional.
- Evaluación de los resultados y comprobar el cumplimiento de los objetivos.

El DSS-ASIS con enfoque poblacional se realiza en un territorio-población definido y en un período determinado, bien de todo el país, provincia, municipio o en la APS.¹ El procedimiento puede tener fines asistenciales, docentes y de investigación:

- Asistencial. Dirigido a la toma de decisiones para mejorar la calidad de la atención de salud y de sus resultados, siempre en trabajo en equipo o de grupo y con la participación de la población.
- Por necesidad de la docencia, cuya función y responsabilidad es que el estudiante asimile el procedimiento, de forma activa, consciente, independiente, creadora y con rigor de acuerdo con el método científico.
- Para la investigación, propiamente dicha, en que se profundiza mucho más por tener como objetivo encontrar nuevos conocimientos acerca de alguna variable o dimensión de la situación de salud.

El DSS-ASIS como PSP se inscriben como un trabajo de investigación en el campo social, en relación con la salud, en sistemas y servicios de salud y, por tanto, tienen un carácter científico, que es la forma de abordar la realidad

objetiva de los fenómenos de la sociedad, la naturaleza y el pensamiento²⁹ (Ministerio de Educación. Metodología de la Investigación Social. La Habana, Ministerio de Educación Superior, s/f: 16-47).

Cuando el procedimiento se utiliza en la APS con fines asistenciales es posible que se apliquen métodos más simples, pero necesariamente se deben cumplir todos los pasos del proceso. Por el contrario, cuando se utiliza con fines docentes, su aplicación tiene que ser con mayor rigor para su buen aprendizaje, criterio que se ha aplicado en la Facultad "Manuel Fajardo" durante 10 años con resultados satisfactorios.

Elstein, de la Universidad de Harvard, mencionado por *Ilisástigui*, señala que el PSP es fácil de emplear, eficiente para resolver problemas como una investigación menos compleja.¹⁰

El proceso emplea los métodos epidemiológico, clínico, sociológico y también de planificación para las estrategias y acciones, que tiene la misma naturaleza que en la clínica ya que ambos aplican el método científico, con la diferencia de que en la clínica (diagnóstico y tratamiento) lo hace en el individuo y en el primero para una población, comunidad o grupos.

Una vez definidas las variables del ESP, las dimensiones a estudiar y las condiciones de vida, el primer paso es recopilar información, organizarla y presentarla para analizar los datos, empleando las técnicas de estadística correspondientes para identificar los problemas.²⁴

Los problemas diagnosticados generalmente son muchos, y deben ser reducidos, para darles solución a los más importantes, para lo cual se utilizan técnicas de priorización mediante trabajo de grupos o técnicas cualitativas.^{3,30,31}

El método y las técnicas de grupo pueden ser empleados en todos los pasos del proceso. Estas técnicas son ampliamente aceptadas y, por ser menos complejas, deben ser las preferidas por el EBS y la APS, sin renunciar al empleo del método y técnicas de estadística.

Para el análisis causal de los problemas ya priorizados, se debe incluir los estudios analíticos o explicativos que permiten conocer las causas y, en ciertas ocasiones especiales, según el alcance de los resultados, puede utilizarse el experimento o la intervención. El método que se recomienda es el hipotético-deductivo,¹⁵ que es el adecuado ya que si no se hace un esfuerzo teórico y de razonamiento para verificar las interrogantes o hipótesis causales, no se podrán establecer las estrategias o acciones para la eliminación de estas causas, única vía para considerar que un problema está resuelto. Este paso con frecuencia se olvida pero es necesario para establecer las estrategias que van dirigidas a eliminar las causas y riesgos.

Sin embargo para identificar los factores causales también existen métodos y técnicas de trabajo de grupo, que son perfectamente aceptados como el método de causa-efecto y el de los por qué, para cada problema.

Una vez conocidos los problemas y sus factores causales o de riesgo, se pasa a la etapa de planificación para eliminar o controlar los problemas detectados y se deben cumplir ciertos requisitos tales como: establecer primero las metas, después elaborar el plan de acción y por último el plan de ejecución.

La meta como objetivo a largo plazo, entre 5 a 10 años, para cada problema, teniendo en cuenta que cuando el problema es importante o complejo, se requiere de tiempo e insumos. Proponer la meta, sobre todo para la docencia, es importante como guía para elaborar el plan de acción pero sobre todo significa desarrollar un pensamiento creador con visión de futuro.

El plan de acción debe incluir tres aspectos esenciales: objetivos a mediano plazo, las acciones o estrategias y los recursos, pero para el EBS se pudiera simplificar señalando solamente los objetivos a mediano plazo para uno a tres años.

El plan de ejecución, operacional o plan de trabajo, tradicionalmente se elabora para un año, pueden ser en períodos cortos y es de gran importancia pues sin el no se puede aplicar en la práctica el plan de acción, por tanto es imprescindible aunque muchas veces no es cumplimentado. Lo más utilizado para la elaboración del plan de ejecución son los métodos de planear acciones, el más utilizado es el esquema de *Gantt*.

Para cada problema se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

- Qué: lo que se quiere alcanzar en el período de un año.
- Quiénes: los responsable y los participantes.
- Cuándo: la fecha de cumplimiento.
- Dónde: lugar o alcance en que se realizará.
- Por qué: necesidad e importancia.
- Cómo: modo de realizar cada actividad o acción.

CONSIDERACIONES FINALES

- El proceso del DSS-ASIS como PSP, se ha impuesto como una necesidad imprescindible para la APS, especialmente para el sector del EBS, sin el cual no será posible brindar una atención de salud planificada, con calidad y eficiencia.
- A pesar de lo mucho que se ha avanzado en el DSS-ASIS-PSP en el primer nivel de atención, aún presenta deficiencias importantes que requieren de un perfeccionamiento.
- El DSS-ASIS como trabajo investigativo menos complejo, al igual que otras disciplinas en el campo social, debe aplicar el método científico.
- Se recomienda que el DSS-ASIS con enfoque poblacional o comunitario, debe aplicar el PSP como el procedimiento más adecuado.
- Se recomienda la elaboración de un procedimiento y una guía única para el EBS, basada en los datos de la historia de salud familiar aprobada, para la búsqueda de

los datos necesarios en la población objetivo. Estos datos deben ser obtenidos o actualizados en el momento de realizar el proceso.

- Para la docencia de pregrado se recomienda que el estudiante realice alguna actividad de familiarización del procedimiento en el primer año, profundice en MGI I y II, lo aplique en la estancia de salud pública, en MGI III y en el internado a grupos de familias en el sector del EBS. Es necesario que se realicen todos los pasos iniciando con la búsqueda de información. Todo lo anterior propiciará alcanzar adecuadamente esta competencia necesaria en la práctica profesional.
- Se considera necesario capacitar a los EBS donde se requiera y que estos sean asesorados por los grupos básicos de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001.
2. Muñoz SR. El análisis de la situación de salud de la comunidad. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2003;2(6).
3. San Martín H. Epidemiología. Teoría, investigación y práctica. Madrid: Díaz de Santos; 1986.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico. 1992;12(3):7-12.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana: MINSAP; 2002.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico. La estandarización de tasas. 2002;23(3):9.
7. Sigerist HE. Filosofía de la Higiene. Historia y Sociología de la Medicina. Bogotá: G. Molina; 1974.
8. Roemer ML. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. México DF: Siglo XXI; 1981.
9. Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ma ed. Barcelona: Masson; 2001.
10. Ilisástigui DI. El método clínico, muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Méd. Sup. 2000;14-21.
11. Martínez CS. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1997; 35(2):57-64.
12. Delgado GG. Desarrollo histórico de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1998;24(2):110.
13. Ramos DBN, Aldereguía HJ. Medicina Social y Salud Pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990.
14. Ordóñez CC. El DSS del sector, enfoque conceptual y operacional. Rev Cubana Admon Salud. 1981;7(1):54-61.
15. Serenko AF, Ermakov VV. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana: MINSAP; 1981.
16. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Administración estratégica. Estrategia HSD-SILOS-2. Washington; 1992.
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico. 1999;13(3):1-3.
18. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1989.
19. Castellanos PL. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida. Washington: OPS-OMS; 1992.
20. San Martín H. Salud, Sociedad y Enfermedad. Madrid: Ciencia 3; 1986.
21. Resik AP. La causalidad en epidemiología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003.
22. Breilh J. Epidemiología Crítica. Sao Paulo: Fontamara; 1991 (añadido a Epidemiología, Economía, Medicina y Política).
23. Ramos BN. La nueva salud pública. Rev Cubana Salud Pública. 2000;24(2):77-84.
24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico. 1990;10(4):1-7.
25. Pineault R, Develuy C. Planificación Sanitaria. Barcelona: Masson; 1989.
26. Buck C. Después de *Lalonde*, hacia una generación de la salud. Boletín Epidemiológico. 1986;7(2).
27. Bestushev-Lada I. Cómo pronosticar el modo de vida en la sociedad socialista. Moscú: Progreso; 1981.
28. Breilh J. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. México DF: Fontamara; 1989.
29. White F. La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva canadiense. Rev Cubana Salud Pública. 1993;(1):43-57.
30. Hanlon JH. Principios de administración. 3ra ed. México DF: La Prensa Médica Mexicana; 1980.
31. Álvarez BA, Álvarez PAG. Gerencia en Salud: planificación estratégica. La Habana: MINSAP; 2000.

Recibido: 4 de agosto de 2004. Aprobado: 15 de febrero de 2005.
Benito Narey Ramos Domínguez. Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". La Habana, Cuba. E-mail: nareyrdo@infomed.sld.cu