

Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba

Renewal of the health situation analysis at the family medicine services in Cuba

Dr. C. Silvia Martínez Calvo

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

No existen dudas, acerca de la utilidad y la aplicación del Análisis de Situación de Salud en los servicios y sus aportes para facilitar la toma de decisiones. Al priorizarse su desarrollo como un instrumento científico-metodológico en los espacios docentes, su aplicación constituye una necesaria contribución al desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, mediante las denominadas "transformaciones necesarias" de este sistema, deberá renovarse la confección del Análisis de Situación de Salud, que es útil para los servicios de salud y no en el discurso, sino en la práctica. En este artículo, se sintetiza el desarrollo de este instrumento en la Medicina Familiar, se comentan algunos resultados de su aplicación en la docencia y los servicios y se resumen los objetivos de una propuesta de renovación, que prioriza su ejecución en los espacios-población representados por los consultorios y las áreas de salud. Se concluye que, una vez reconocida la contribución del Análisis de Situación de Salud para esclarecer la situación de salud de la población cubana y aceptadas las deficiencias en su aplicación, solamente resta iniciar su proceso de renovación, para contribuir a enfrentar los retos que se derivan de la actual coyuntura del Sistema Nacional de Salud y promover soluciones consecuentes, para los problemas de salud de mayor prevalencia.

Palabras clave: Análisis de Situación de Salud, renovación, servicios de salud, Medicina Familiar.

ABSTRACT

The usefulness and the applicability of the Health Situation Analysis in medical services and its contribution to facilitate the decision-taking are unquestionable. In giving priority to the development of the Health Situation Analysis as a scientific and methodological instrument in the teaching contexts, the application represents a necessary contribution to the development of the national health care system. Nowadays, through the so-called "required transformations" of this system, there should be renewed the making of the Health Situation Analysis, which is useful for the health services in practice rather than words. This article briefly explained the development of this instrument in family medicine, commented on some results of the use of this concept in medical teaching and in services, and summarized the objectives of a proposal that gives priority to the implementation of the Health Situation Analysis in the space-populations represented by the physician's offices and the health areas. It was concluded that, once the contribution of the Health Situation Analysis to the clarification of the health situation of the Cuban population is admitted and the deficiencies in application accepted, then the only thing that remains to be done is to start a renewal process in order to face the new challenges derived from the present situation of the national health system and to promote consistent solutions for the most prevailing health problems.

Key words: health situation analysis, renewal, health services, family medicine.

INTRODUCCIÓN

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 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 para desarrollar las estrategias sanitarias.

Actualmente, mediante las denominadas "transformaciones necesarias" del Sistema Nacional de Salud,¹ deberá renovarse el ASIS como una herramienta útil para los servicios de salud y no en el discurso sino en la práctica, esencialmente, en los niveles locales y también deberá recuperarse como una competencia imprescindible para el desempeño del médico familiar, el epidemiólogo y los gerentes de los servicios. En este artículo, se sintetiza el desarrollo del ASIS en la Medicina Familiar, se comentan algunos resultados de su aplicación en los servicios y se resumen los componentes de una propuesta de renovación, con prioridad para los consultorios y áreas de salud.

EL ASIS EN LA MEDICINA FAMILIAR

ANTECEDENTES

En un resumido panorama sobre la utilización del ASIS, se considera un hito la realización en 1983 del Seminario Regional promovido por OPS/OMS,² donde se precisan los *Usos de la Epidemiología* y se inicia un proceso de actualización en todos los países miembros. Entre esos usos descuellan el ASIS, por tanto, era de esperar su utilización generalizada en todos los sistemas de salud orientados a la atención primaria de salud (APS), algo no logrado aún en muchos países, aunque se sustenten en esa reconocida estrategia sanitaria. En Cuba, con posterioridad al seminario, se efectúan varias actividades metodológicas dirigidas por expertos de la sede central OPS/OMS, con la participación de funcionarios y profesionales de las áreas de servicio y de docencia de todo el país y cuyo objetivo básico es revitalizar el ASIS para su total aplicación, como uno de los principales usos de la epidemiología. Por si aún se cuestionaba ese fundamento epidemiológico del ASIS, al establecerse las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) a inicios del siglo XXI, se le reconoce como la primera de esas funciones, dentro del área de competencia técnica directa de las Oficinas de Epidemiología de la Autoridad Sanitaria Nacional.³

En cuanto a su utilización por el médico familiar, se considera como un antecedente incuestionable la creación del Modelo Medicina en la Comunidad en la década del 70, que incorporó como habilidad formativa para los residentes de las especialidades básicas comunitarias: pediatría, ginecobstetricia y medicina interna, el denominado *diagnóstico de salud*. Al constituirse el Modelo de Medicina Familiar a mediados de los 80, se mantuvo la ejecución del *diagnóstico de salud* como una habilidad a desarrollar por el futuro especialista y es entonces, que se inicia un primer proceso de renovación del ASIS, tanto en su dimensión docente metodológica, como para los servicios.

EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DOCENTES METODOLÓGICOS

A fines de la década de los ochenta y coincidente con el desarrollo del nuevo plan de estudio de medicina⁴ y la creación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, se desarrollan procedimientos metodológicos para revitalizar el ASIS y superar el enfoque del *diagnóstico de salud*. A partir de 1988, se establecen los fundamentos para la ejecución de un modelo formativo capacitante sobre el ASIS, sustentado en los elementos del Campo de Salud de *Lalonde*. Lo novedoso de esa opción pedagógica, es la secuencia metodológica para realizarlo desde el nivel de pregrado hasta las dos variantes de formación de posgrado, o sea, las especialidades en medicina familiar y epidemiología, cuyos especialistas serían los encargados de su ejecución en los servicios.⁵

El vínculo de unión para los diferentes niveles, fue la identificación y solución de problemas comunitarios, cada uno desde su propio enfoque y mediante acciones específicas que se derivaron de conocimientos, habilidades y destrezas que los diferenciaban nítidamente: estudiante de medicina, residentes de medicina familiar y

de epidemiología. El desarrollo del modelo formativo en la práctica reforzó el vínculo docencia servicio, al entrenar a estudiantes y residentes, capacitar a los colectivos profesoraes, realizar investigaciones y proyectos comunitarios. Además, propició que el ASIS abandonara el escenario docente exclusivo y se transformara en un instrumento aplicativo útil para los servicios, de forma generalizada.

En el 1990, mediante un diseño pedagógicamente riguroso, en el programa de formación del especialista en medicina general integral (MGI) se incluyen tres módulos, cuyos contenidos estan enfocados al ASIS en diferentes momentos y, por supuesto, como habilidades formativas se incorporan procedimientos metodológicos para su confección. Estos procedimientos, extraídos del programa de la especialidad, se utilizan posteriormente, como guía metodológica en los servicios de salud con ajustes y modificaciones.⁶

Metodológicamente, no deben dictarse "recetas" para confeccionar el ASIS, simplemente orientarse mediante guías *ad hoc* ajustadas a los diferentes espacios-población. Como lo define el término, la guía es para orientar, conducir, direccionar, pero nunca sustituirá la creatividad del profesional para identificar y solucionar los problemas de salud. Para confeccionar el ASIS, se requiere disponer y utilizar datos básicos con un mínimo nivel de desagregación geográfica, demográfica, socioeconómica y sanitaria, en dependencia del espacio poblacional donde se aplique.

Los indicadores propuestos para el análisis, son bien conocidos por los especialistas en salud pública -particularmente los especializados en bioestadística- y durante su etapa de adiestramiento, el médico de familia puede ejercitarse en ese sentido, pues les resulta imprescindible utilizarlos para identificar y solucionar los problemas de salud de sus territorios. En síntesis, el esquema metodológico propuesto para confeccionar el ASIS se conformaba por las etapas siguientes:

1. Obtención de información.
2. Análisis e interpretación de la información recogida.
3. Identificación de los problemas de salud.
4. Elaboración del Informe.
5. Presentación y debate del Informe con los integrantes y representantes de la comunidad.
6. Aprobación del Informe por el Grupo Básico de Trabajo (GBT).
7. Priorización o jerarquización de los problemas detectados.
8. Confección y presentación del plan de acción.

En cada etapa, los vínculos interdisciplinarios eran *cuasi* obligatorios y la relación con expertos resultaba imprescindible, entre estos destacan: epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, administradores de salud, bioestadísticas, higienistas e investigadores en

sistemas y servicios de salud. Es impensable pretender que, con la complejidad inherente a la realización del ASIS, solamente un especialista se responsabilice con su elaboración. También, se requiere de la participación de la comunidad, especialmente en las tres últimas etapas, aunque no debe olvidarse que los intereses y necesidades de la comunidad son cambiantes, por tanto, se requieren técnicas y procedimientos que estimulen esa participación.

MODALIDADES DEL ASIS

Para la Medicina Familiar, en la década de los noventa, se reconocieron dos modalidades básicas:

- Modalidad según los elementos del Campo de Salud.
- Modalidad según grupos específicos de población.

Campo de salud

Como se expuso en párrafos anteriores, para realizar el ASIS por el equipo del consultorio de Medicina Familiar, se diseñó una *guía metodológica* elaborada según el Modelo del Campo de Salud de *Lalonde*,⁷ que permitió analizar la situación de salud de una población, enfocada a los cuatro elementos que la conforman. Entre las principales ventajas de este modelo, estaba la posibilidad de realizar un ASIS verdaderamente equiponderado, para identificar los problemas de salud que afectaban a la población en estudio, al mismo tiempo que ofrecía una nueva perspectiva analítica, al reconocer y explorar factores que influyen definitivamente en la situación de salud y que sin este valioso instrumento, no se hubieran detectado.

Grupos específicos

Esta modalidad, resultó útil para la identificación y solución de problemas de salud de un grupo vulnerable de la población, con características propias y patrones de salud diferenciados, por lo que se utiliza con frecuencia en el trabajo de campo de los programas docentes, para beneficiar el área de los servicios. Los grupos específicos considerados con mayor frecuencia son: binomio madre hijo, adolescentes, adultos - incluidos los trabajadores- y los adultos mayores.

Entre las ventajas de esta modalidad, además de la identificación, caracterización y solución de problemas de salud propios de un grupo específico de población, al distribuirse por sexo y edad se facilita el enfoque de género, tan reclamado desde hace unas décadas. El análisis se desarrolla según tres elementos epidemiológicos clave: *problemas de salud, factores condicionantes y respuesta de los servicios*, lo que facilita la solución a los problemas detectados en el grupo escogido y no solamente su descripción (Romero A. Los Aportes de la Epidemiología al Análisis de la Situación de Salud y Diagnóstico de Salud de los países de Centroamérica y Panamá. Documentos de Trabajo. San Luis Potosí, México; 1984). Esta modalidad resulta de fácil aplicación y es muy útil en áreas pequeñas y, especialmente, en la población estratificada del consultorio. Entre sus limitaciones podría considerarse la reducción del análisis a un segmento de la población y no a su totalidad, sin embargo, esa posible desventaja se

eliminaría si se reconoce esta modalidad, como un excelente entrenamiento metodológico para realizar el ASIS en grupos de riesgo y una "vía de alerta", acerca de los problemas de salud que pudieran afectar a los estratos-población más amplios.

Otras modalidades

Aunque poco o nada utilizadas por el médico familiar, en ese mismo período, se desarrolla la *modalidad según condiciones de vida*, aplicada al nivel local: municipio, área de salud o consultorio del médico familiar;⁸⁻¹⁰ también se aplica en el Análisis de la Situación de Salud Bucal.¹¹ Entre sus ventajas, podemos citar la estratificación de la población según condiciones de vida, lo que permite analizar integralmente los problemas de salud y sus dimensiones y detectar las desigualdades que, con otra modalidad del ASIS, no se hubiesen identificado; su aplicación se considera como la fase inicial de los estudios de equidad en salud. Otra ventaja es la identificación de las brechas de salud reducibles, al ponderarse los problemas de salud percibidos por la población, vinculados a los recursos disponibles para su solución.

Hace una década, a casi 20 años de implementado el Modelo de Medicina Familiar, resurgió en el sistema de salud, una creciente demanda de información confiable procedente del nivel local e imprescindible para identificar las necesidades de salud, evaluar adecuadamente las intervenciones y asignar equitativamente los recursos. Con el propósito de satisfacer esa demanda, resultaron apropiados los métodos para la estimación de indicadores en áreas pequeñas, que han experimentado un considerable desarrollo y resultan útiles para precisar el tamaño de las poblacionales residentes en esas áreas, ya en una reciente investigación, se utilizó esta modalidad en los servicios.¹²

ESPACIOS POBLACIÓN

Al iniciarse el Modelo de Medicina Familiar, el ASIS se realizaba tanto en espacios población abiertos como cerrados, por ejemplo, en escuelas y centros de trabajos pero, actualmente, se ha reducido o eliminado la ejecución del ASIS en los espacios cerrados. Por otra parte, y no vinculado al desempeño del médico familiar, en el país se han utilizado los espacios según los niveles organizativos de la división político administrativa nacional: país, provincia, municipio y consejo popular, así como en los niveles que determina la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud y el programa de medicina familiar: nivel nacional, provincial, municipal, áreas de salud, GBT y consultorios. Recientemente, se debatió la utilidad del ASIS en esos espacios y se diseñaron indicadores para un denominado "Cuadro de Salud Nacional".

Aunque es reconocida y aceptada esta diferencia poblacional según espacios territoriales, era muy frecuente que los indicadores convencionales del ASIS se utilizaran indistintamente, tanto para estudiar una población pequeña -como la que abarca un consultorio médico- como en espacios población amplios, como el territorio nacional o una provincia, lo que constituía un error fácilmente reparable.

APLICACIÓN DEL ASIS EN LOS SERVICIOS

Mientras se encuentra en etapa formativa como residente, el médico familiar ofrece servicios a la población a su cargo -600 a 900 habitantes- y para adquirir competencias en relación con el ASIS, se dispuso que lo realizara por etapas sucesivas, iniciadas con la *discusión de un problema de salud*, como adiestramiento básico imprescindible. En esta discusión semanal, participarían cinco residentes de consultorios cercanos, orientados por el jefe del GBT, responsable de su atención docente. Este excelente ejercicio colectivo, casi nunca fue utilizado.

Para la confección del ASIS en el consultorio, se estableció una *periodicidad* de seis meses, así, mediante aproximaciones sucesivas, el médico familiar elevaba paulatinamente su desempeño y, por consiguiente, la calidad del ASIS pues ya habría adquirido competencias para identificar los problemas de salud en su territorio. Todos los residentes de MGI en el primer semestre, harían una *caracterización* de su comunidad y según avanzaba el proceso formativo, agregaría o adicionaría nuevos elementos, hasta finalizar en 3er. año, con un *Informe* completo y pertinente del ASIS de su comunidad. Además, para su confección se recabaría la colaboración de los especialistas que se requirieran, en dependencia de los perfiles de morbilidad y mortalidad en ese espacio-población. La etapa siguiente, sería la *comparación de los problemas* detectados entre uno y otro *Informe*, para conocer su modificación o eliminación.

Una vez confeccionado el *Informe* sobre el ASIS, se *debatía con la comunidad* mediante su presentación a líderes formales y no formales. Lo óptimo en este procedimiento, sería la participación de un número aceptable de residentes de la comunidad, no solamente sus representantes, para que directamente expusieran sus necesidades de salud, base incuestionable de los problemas y prioridad profesional del médico familiar como agente de cambio social.

Este *Informe* del ASIS, aceptado por la comunidad y sus representantes -invitados formales- posteriormente se exponía a los profesores del GBT, para su aprobación final. Aprobado el *Informe*, se *establecían las prioridades* -componente administrativo del ASIS- y habilidad "compartida" por el médico de familia con otros expertos. Las prioridades serían siempre consecuentes con los problemas identificados y seguidamente se elaboraba la propuesta del *Plan de Acción*, que describía las tareas factibles de realización, por quienes les correspondiera.

El *plan*, también se presentaba a los profesores del GBT para su definitiva aprobación; se iniciaba su ejecución según los plazos establecidos para la etapa y se utilizaba como instrumento evaluativo del desempeño del equipo de salud y de la participación de la comunidad. Por sus posibilidades de ejecución a corto, mediano y largo plazo, constituía el colofón del procedimiento metodológico del ASIS y, al mismo tiempo, el elemento más objetivo de la incorporación de la comunidad a los servicios integrales de salud. Representaba un excelente instrumento de control para el médico familiar pues lo ayudaba, por un lado, a lograr el objetivo del ASIS y, por otro, a "medir fuerzas" como futuro especialista. Por esta razón, siempre se sugería un plan corto pero realizable, a una lista de buenas intenciones que restaban credibilidad a su desempeño.

ALGUNOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL ASIS

Desde la implantación del modelo de Medicina Familiar, alrededor de 33 000 médicos de familia en todo el país, se encargaron de confeccionar el ASIS -residentes y especialistas- lo que demostró el nivel de aplicación en los servicios de este uso de la epidemiología. Como se expuso, realizar el ASIS se consideró una singularidad en la formación de este profesional y, al mismo tiempo, una habilidad inherente a su desempeño que actualmente se ajusta a las propuestas de cambio en los servicios de salud.

En un informe reciente, sobre la utilización del ASIS como herramienta en la gestión de la ciencia, la técnica y la innovación para el desarrollo en todos los niveles de atención -incluido el nivel municipal- se reconoció que la metodología para elaborarlo resulta pertinente y que, en el proceso de formación docente, los médicos familiares se apropian de los conocimientos para su realización. Este reconocimiento, acerca del valor teórico-instrumental del ASIS, se aparta de su utilización cotidiana en la gestión de los servicios, pues se detectaron insuficiencias de aplicación, que limitan su calidad para la identificación de los problemas de investigación en salud y como herramienta, para la toma de decisiones a nivel local (Artiles L, Álvarez M y Norabuena MV. Proceso de gestión de ciencia, técnica e innovación en salud. Informe final. Documento de trabajo. MINSAP; 2009).

Después de dos décadas de ejecución del ASIS en los servicios, como era de esperar, la utilización del modelo recibió críticas, básicamente surgidas de su errónea aplicación, ya que al analizar cada uno de los elementos, no se consideraba el nivel de integración que propusieron los diseñadores, el análisis final carece de rigor y, en consecuencia, se deteriora el proceso de identificación de los problemas de salud. Por ejemplo, en el caso del elemento ambiente, el análisis no debía circunscribirse exclusivamente al ambiente físico, además, debía incluirse también el ambiente social y, simultáneamente, los determinantes sociales que probablemente lo originaban.

Otra limitante metodológica para la incorrecta utilización de esta modalidad de ASIS, fue la priorización del enfoque descriptivo de los elementos del campo de salud, sin analizar lo que aportaba la conjunción o integración de cada elemento en la aparición de los problemas, lo que limitaba su posible solución. Esta deficiencia se detectó -entre otros procedimientos- al evaluar los informes sobre el ASIS en dos importantes investigaciones.^{13,14}

La utilización de indicadores de salud familiar fue otro aspecto deficitario, pues el desarrollo de esta competencia en el desempeño del médico familiar, se ha postergado aunque desde mediados de los 90, ya se habían confeccionado documentos metodológicos que contribuirían a realizar un análisis del grupo familiar, científicamente riguroso.¹⁵

En el 2003, se desarrolló una relevante y oportuna investigación, cuyos resultados parciales fueron publicados. Se estudió una muestra nacional de 600 consultorios de Medicina Familiar y se evaluaron, *in situ*, los informes de los ASIS que habían elaborado los Equipos Básicos de Salud a ese nivel.⁶ La mayoría de los problemas descritos se relacionaban con la organización y operación de los servicios de salud, la situación sanitaria ambiental y las conductas de riesgo en la población y se reconoció que, según los indicadores utilizados nacionalmente, los problemas de salud incluidos en los informes, coincidían con la situación de salud de la población en estudio. La consecuencia directa de estos resultados, fue el diseño de una nueva guía metodológica con siete componentes, para realizar el ASIS en los consultorios.

Los cambios en la prestación de servicios en la década 2000-2010, por ejemplo, el reordenamiento de los consultorios tipo I, II y III, modificaron el modelo de Medicina Familiar, específicamente las regulaciones y normativas establecidas para la elaboración del ASIS, por tanto, se deterioró su uso como instrumento para la identificación y solución de problemas de salud y permaneció como un documento a elaborar que, con excepciones, no fue utilizado para la toma de decisiones. De otro lado, en la dimensión docente, se mantenían los contenidos del ASIS en la capacitación del personal, en los diversos programas de pregrado y posgrado, con el propósito de traducir en la práctica esos contenidos a través de su desempeño.

RENOVACIÓN DEL ASIS

Aunque el enfoque comunitario de la formación médica y el trabajo directo con la familia y la comunidad, acercan al médico al lugar donde surgen los problemas de salud, aún existen brechas para una eficiente implementación y el conocimiento teórico que sobre el ASIS debe poseer el Equipo Básico de Salud, para su correcta utilización en los servicios. La exigencia que recibe el equipo básico del consultorio, para cumplir cotidianamente con las actividades de los programas de control, minimiza la utilidad del ASIS como instrumento para la solución de los problemas que no se relacionen con estos programas, sea cual fuese la situación epidemiológica del espacio población a atender.

Atinadamente, se han reorganizado los servicios en el nivel local y, nuevamente, deberá resurgir el ASIS para la Medicina Familiar como siempre se ha considerado: "el instrumento básico para desarrollar la estrategia de APS -al menos en Cuba- y el eje conductor para los otros elementos que conforman el sistema de salud".¹⁶ Con esta renovación no se pretenden grandes cambios para la realización del ASIS, el llamado es a reorientar el objeto en función de los cambios sociales, económicos, culturales y sanitarios que indudablemente suceden en la población cubana y su adaptación o ajuste a las corrientes epidemiológicas avanzadas. Recientemente, se efectuó una oportuna reunión de expertos regionales en Paraguay, convocados por la OPS/OMS, con el propósito de retomar los elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales del ASIS para su ajuste a las actuales circunstancias.¹⁷ El ajuste global, con aportes nacionales, estaría referido a:

- Incluir en la identificación de los problemas de salud, procedimientos relacionados con la determinación social de la salud, las desigualdades en salud y las necesidades y prioridades referidas directamente por la población.
- Ajustar los indicadores de mortalidad y carga de enfermedad en los diferentes niveles de realización del ASIS.
- Utilizar en los ASIS, enfoques de territorialidad y gestión.
- Revitalizar las salas de situación a nivel provincial y nacional.

Con el propósito de mejorar el desempeño del médico familiar, nuestras prioridades de renovación estarían referidas territorialmente al espacio local -consultorio y área de salud- y enfocadas a la:

- Utilización en los consultorios de la modalidad del ASIS en grupos de población según etapas de la vida y en las áreas, desarrollar la metodología para el ASIS en áreas pequeñas.
- Detección de las desigualdades en salud relacionadas con los problemas identificados en el ASIS.
- Incorporación en el análisis de las principales causas de mortalidad en todos sus componentes.
- Identificación de las necesidades de salud con la participación de la comunidad.

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.

CONSIDERACIONES FINALES

Es ineludible la renovación del ASIS, dada su importancia y utilidad para los servicios de salud, su reconocimiento como una de las competencias básicas y como el ejercicio no clínico más relevante para el especialista en medicina familiar, además de contribuir al desarrollo de la estrategia de APS en el Sistema Nacional de Salud. Sin dudas, no se considera un instrumento metodológico simple ni de sencilla aplicación, por eso requiere de conocimientos teóricos sólidos y adiestramiento frecuente. Una singularidad es que -a diferencia de otros procedimientos técnicos en los servicios de salud- se necesita de la participación comunitaria para alcanzar sus propósitos aunque, debe evitarse la tendencia a simplificar su confección y para ello se dispone de diferentes modelos, tipos, niveles y espacios de ejecución.

Justamente, aceptar el ASIS, como uno de los usos fundamentales de la epidemiología y una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, enriquece el perfil profesional del médico familiar. Reconocida su contribución para esclarecer la situación de salud de la población cubana, aceptadas las deficiencias en su aplicación, solamente resta iniciar su proceso de renovación para contribuir a enfrentar los retos que se derivan de la actual coyuntura del Sistema Nacional de Salud y promover soluciones consecuentes para los problemas de salud de mayor prevalencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. El Sistema Nacional de Salud de Cuba: evolución y transformaciones. La Habana: MINSAP; 2010.

2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Usos y perspectivas de la Epidemiología, 1983. Buenos Aires: Representación regional OPS/OMS; 1984.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.
4. Ilizástigui Dupuy F. Elaboración y diseño del nuevo plan de estudio de Medicina. Educación Médica y Salud de la Población. Recopilación de artículos [folleto]. La Habana: ISCMH; 1993.
5. Martínez Calvo S. Opción pedagógica para el ASIS en pregrado. Rev Educ Med Sup. 1997 [citado 30 May 2013];11(2):69-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411997000200001&lng=es
6. Pría Barros MC, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso AT, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Medicina Gen Integr. 2006 [citado 2013 May 31]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A Working Document. Washington, D.C.: OPS; 1974.
8. Astraín Rodríguez ME. Situación de salud según condiciones de vida. En: Cheping Sánchez N, editor. Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 85-104. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis_situacionsalud/cap07.pdf
9. Pría Barros MC, Astraín Rodríguez ME, Martínez Calvo S, Rodríguez Cabrera A. Análisis de la situación de salud según condiciones de vida a nivel local en Cuba: Aspectos metodológicos. Años 2001-2005. La Habana: ENSAP; 2006.
10. Pría Barros M del C. Diseño de una metodología para realizar el análisis de la situación de salud según condiciones de vida. Rev Cubana Medicina Gen Integr. 2006 [citado 3 Nov 2011];22(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi04406.htm
11. Alfonso Betancourt N, Pría Barros M del C, Alfonso Betancourt O, García Alfonso A. Análisis de la Situación de Salud Bucal según condiciones de vida. Área de Salud "Camilo Cienfuegos", 2001. 2004 [citado 30 May 2013];41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100008&lng=es
12. Pría Barros M del C. 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.

13. Ramos Valle I. Evaluación del módulo "Análisis de situación de salud" en la Residencia de Higiene y Epidemiología [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 2000.
14. Martínez Portuondo AI. Limitaciones y necesidades de aprendizaje para el Análisis de la Situación de Salud. Municipio Marianao [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 2000.
15. Louro Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004 [citado 30 May 2013];20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300005&lng=es
16. Martínez Calvo S. Análisis de la Situación de Salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1998 [citado 30 May 2013];24(1):19-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. Reunión de Consulta Técnica de Expertos en ASIS, noviembre. Asunción, Paraguay: Representación regional OPS/OMS; 2011.

Recibido: 12 de junio de 2012.

Aprobado: 8 de mayo de 2013.

Silvia Martínez Calvo. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: calvo@infomed.sld.cu