

Artículo de debate

Otra mirada del análisis de la situación de salud desde el enfoque de activos

Another Look at the Analysis of the Health Situation from the Asset Approach

Rolando Bonal Ruiz^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6528-1083>

Inés María Bermúdez Revelo² <https://orcid.org/0000-0002-2773-1503>

Elizabeth Ávalos Delis² <https://orcid.org/0009-0004-0530-0739>

¹Universidad Médica de Santiago de Cuba, Facultad de Medicina n.º 2, Policlínico Ramón López Peña. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad Médica de Santiago de Cuba, Facultad de Medicina n.º 2, Policlínico Josué País García. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rolandobonal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El análisis de la situación de salud constituye un instrumento científico metodológico para evaluar la situación de salud de la comunidad y ofrecer soluciones en base a la identificación de problemas (enfoque de déficit). En los últimos años se añade otra mirada que parte de un enfoque salutogénico (enfoque de activos).

Objetivo: Ofrecer una visión del diagnóstico y análisis de la situación de salud desde el enfoque de activos.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, se hizo una búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Scielo, LILACS, en los últimos 5 años, se usaron como descriptores los términos: Diagnóstico de la Situación en Salud, con los términos alternativos: “Análisis de Situación de Salud”, “Evaluación de la Situación de Salud”,

“Determinación de las Necesidades de Salud” y “Evaluación de Necesidades de Atención de Salud”.

Conclusiones: La combinación de enfoques en el diagnóstico y análisis de la situación de salud mejoraran los resultados en la persona, la familia, la comunidad, en el sistema sanitario, la atención primaria y en la medicina familiar en particular.

Palabras claves: modelo de activos; modelo de déficit; diagnóstico de salud; análisis de la situación de salud; atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: The analysis of the health situation constitutes a scientific methodological instrument to evaluate the health situation of the community and offer solutions based on the identification of problems (deficit approach). In recent years, another perspective has been added that is based on a salutogenic approach (active approach).

Objective: Offer a vision of the diagnosis and analysis of the health situation from this asset approach.

Methods: Narrative bibliographic review, where a search was carried out in the databases MEDLINE/PubMed, Scielo, LILACS, in the last 5 years, the terms were used as descriptors. Diagnosis of the Health Situation, with the alternative terms: Health Situation Analysis, Health Situation Assessment, “Determination of Health Needs” and “Health Care Needs Assessment”

Conclusions: The combination of approaches in the diagnosis and analysis of the health situation will improve the results in the person, the family, the community, in the health system, primary care and in family medicine in particular.

Keywords: asset model; deficit model; health diagnosis; health situation analysis; primary health care.

Recibido: 20/12/2023

Aceptado: 31/03/2024

Introducción

El análisis de la situación de salud (ASIS) constituye el santo grial de la atención primaria de salud (APS) y la medicina familiar en Cuba, se considera un concepto fundacional del programa del médico de familia en Cuba, es motivo de supervisión por funcionarios de APS, de higiene y epidemiología, de promoción de salud, a todos los niveles.⁽¹⁾ Es motivo de docencia en todos los grados, raramente de investigaciones, aunque se exige que todos los trabajos de terminación de la residencia de medicina general integral deben salir del ASIS que se hace en los consultorios. El ASIS se considera una herramienta, un instrumento científico-metodológico en los espacios docentes, un método en el que se manifiesta el método científico, epidemiológico con un enfoque social.⁽²⁾ Se plantea que mediante el ASIS se deben identificar los problemas y necesidades con participación social y comunitaria, o sea, los actores sociales deben contribuir a su identificación y priorización, desde el punto de vista práctico metodológico y académico, esto representaría una preparación técnica en varios tipos de métodos: para la priorización, análisis causal, exploración de alternativas de solución, enfoque de fortalezas, amenazas, debilidades, oportunidades, técnicas de investigación cualitativa, técnicas participativas, planificación estratégica, etc., preparación que muchos médicos de familia les falta perfeccionar. A lo largo de los años, este procedimiento ha evolucionado desde la concepción de diagnóstico de salud de los años 70, 80 y 90, desde la modalidad relacionada con los campos de salud de Lalonde, según grupos específicos de población, las condiciones de vida y, últimamente, se enfatiza en los determinantes sociales de salud.⁽²⁾ Realizar el ASIS con participación activa, consciente de los actores sociales de la comunidad, es todo un reto. ¿Dónde, cómo, con quienes? Son preguntas todavía por responder. Ha habido y hay múltiples guías para hacerlo, algunas más simples, otras más complejas, de 10 componentes, de 7 componentes, han existido diversas controversias de quien lo asesora, capacita, conduce, si son los funcionarios de APS, de higiene y epidemiología, de promoción de salud, si es por un máster en salud pública, en APS.⁽²⁾

En los últimos años, hay publicaciones cubanas que tratan de aclarar la metodología, sobre todo guiado por su autora, una reconocida experta nacional e internacional en este ámbito; estas publicaciones enfatizan sobre todo en realizar el ASIS con un enfoque de

determinantes sociales de salud,⁽²⁾ pero lejos de dar más luz a un campo ya de por sí lóbrego, las recomendaciones la embrollan más, por ejemplo, es difícil encontrar una respuesta coherente a ¿Qué es y cómo se analiza el comportamiento diferencial? (página 54 del programa del médico y enfermera de la familia 2023). Esto hace que algunos profesores y asesores se decepcionen y no encuentren todavía una metodología más simple, pero consistente, que permita hacer este proceso en el complejo, intenso, contradictorio mundo laboral del médico de familia cubano, todo esto hace que este documento, instrumento, metodología, sea mirado con suspicacia, se engavete, sea objeto de observaciones, de vista gorda por supervisores, asesores y se copie una y otra vez, de año en año, con apenas cambio de fecha. La principal impulsora e infatigable defensora de ASIS reconoce que el modelo ha recibido 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”.⁽³⁾

Algunos profesores aún mantienen la idea de que el ASIS debe discutirse, debatirse con los actores sociales de la comunidad, y recalcan la periodicidad de analizar los problemas y necesidades de salud solo una vez al año, pues el programa de trabajo del médico y enfermera de familia plantea textualmente: “La reunión del análisis de la situación de salud del policlínico se realizará con una frecuencia anual” (pág. 52).⁽⁴⁾ “La actualización se realiza según el cuadro de salud y situaciones de contingencias” (página 52 del programa de trabajo del médico y enfermera de familia (PTMyEF). “La reunión para la confección del análisis de la situación de salud y su plan de acción, a todos los niveles se celebrará con una periodicidad anual” (página 77). “...en la que se analizarán los elementos fundamentales que caracterizan el cuadro de salud del consultorio, consejo popular, área de salud, municipio y provincia, con participación de la sociedad civil y otros líderes comunitarios, proponiéndose a cada instancia medidas concretas para la solución de los problemas identificados”.⁽⁴⁾ Discutir es “examinar atenta y particularmente una materia entre 2 o más personas desde diferentes puntos de vistas”,⁽⁵⁾ debatir es “discutir un tema pero con opiniones diferentes, discutir, disputar sobre distintas ideas”.⁽⁵⁾ El debate, la discusión se quedan en el primer peldaño de participación, en el nivel más bajo donde las personas, los usuarios de salud no se involucran, es un nivel de baja intensidad, sino se

involucran no se empoderan, si no se empoderan no adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, y si no hacen esto, no ganan responsabilidad con su salud, con las decisiones que pueden afectar su bienestar, ni en lo personal ni en lo comunitario. Así de simple.^(6,7,8)

La participación sola no es suficiente, es necesario el comprometimiento de los actores sociales que conforman el espacio para realizar el ASIS.^(9,10,11)

El empoderamiento comunitario es uno de los 3 componentes que definen la atención primaria de salud,⁽¹²⁾ y “Empoderar a las personas y las comunidades” es uno de 7 compromisos de la última conferencia mundial de atención primaria de salud realizada en Astaná (Kazajastan) en octubre del 2018.⁽¹³⁾

Cuando se identifica algo, una necesidad, un problema, una fortaleza, se hace un diagnóstico, de ahí que un diagnóstico puede que se haga una vez (1 vez al año según planea el PTMyEF), pero el análisis de la situación de salud es constante y debe realizarse con los implicados. Puede que 1 vez al año se identifiquen los indicadores estadísticos, estables, cuando termine un período; puede que una vez al año se haga una caracterización “fotográfica”, transversal de lo que esté pasando, y esto sirva para comparar un período, pero el “análisis de la situación de salud”, de forma literal, es constante, dinámico, evolutivo, lo que hoy es algo, mañana puede ser que no sea, por eso los autores de este manuscrito preferimos llamar a este proceso “diagnóstico y análisis de la situación de salud” y no solo ASIS.

Actualmente, hay espacios (ver más adelante) donde se puede de forma participativa, analizar la situación de salud de la comunidad con sus implicados de forma frecuente, en el PTMyEF se plantea que “Mensualmente se evaluará la marcha del plan de acción” (pág. 79),⁽⁴⁾ en este monitoreo, también de forma implícita, se está analizando la evolución de una situación de salud.

Algunos autores han puntualizado en la identificación de necesidades y problemas, algunos plantean que un problema es una necesidad insatisfecha, y que una necesidad implica un problema no resuelto, muchas de las investigaciones enfatizan en el diagnóstico de necesidades de salud. En la práctica y en el imaginario social de profesionales de salud y población hay un mapa mental conceptual de cuando se les pregunta: ¿Cuáles son las necesidades de salud de su comunidad? Los profesionales de salud tienden asociar con

necesidades (problemas) médicos (riesgos biomédicos, enfermedades) propios de su formación biomédica con un enfoque patogénico, la población en general lo va a asociar a necesidades sociales (problemas de “salud” en su concepción de bienestar: agua, transporte, saneamiento básico, falta de recreación, etc.), lo que se aproxima a los determinantes sociales de salud. Lo que genera esta dicotomía aún no se ha resuelto y esto hace que si el médico de familia y su equipo siguen identificando las necesidades y problemas de salud por su cuenta, sigan medicalizando el plan de acción y, por tanto, parte de su solución serán las capacitaciones, charlas educativa, etc. y el personal “solucionador”: personal de salud y acaso otro “actor social de la comunidad” sin nombres, apellidos ni especificaciones. El reto es buscar un equilibrio práctico entre esas necesidades “reales”, objetivas y las necesidades “sentidas” de la población.

Por otra parte, este enfoque de identificación de riesgos, problemas y necesidades de salud (déficit, dificultades) (modelo de déficit/ modelo patogénico) se le ha criticado que genera más problemas aún, esta perspectiva tiene una forma de reforzar la idea de que el problema debe ser el foco de atención. Este enfoque continuo en el problema puede llevar a que las personas sientan que todo lo que tienen son problemas o que las comunidades creen que todo lo que tienen son déficits. Como resultado de esta mentalidad negativa, puede comenzar a establecerse una creencia generalizada de que tanto los profesionales de salud como los actores sociales de la comunidad están deprimidos, agotados, son disfuncionales, están llenos de problemas, todo lo cual empeora aún más la situación inicial.^(14,15) También, hace que sea difícil motivarse para hacer cambios positivos.⁽¹⁶⁾ Este enfoque negativista no es suficiente para abordar y transformar la situación de salud, se requiere una visión positiva que identifique fortalezas, bienes, potencialidades, a lo que se les denomina activos o “bienes” de bienestar. El objetivo de esta ponencia fue ofrecer una visión del diagnóstico y análisis de la situación de salud desde el enfoque de activos.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa del enfoque de activos en el diagnóstico y análisis de la situación de salud en la comunidad (modelo de activos), del enfoque de déficit en el diagnóstico y análisis de la situación de salud en la comunidad (modelo de déficits) y

de la combinación de ambos modelos. En el portal de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), producido por BIREME/OPS/OMS, se encontraron los términos: Diagnóstico de la Situación en Salud, con los términos alternativos: Análisis de Situación de Salud, Evaluación de la Situación de Salud, el cual significa: Diagnóstico, evaluación, mediciones del estado de salud de la comunidad en áreas geográficas, en el tesoro *Medical Subject Headings* (MeSH), producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU., se encontraron los descriptores: “Determinación de las Necesidades de Salud” y “Evaluación de Necesidades de Atención de Salud” que significa “Identificación sistemática de las necesidades de la población o la evaluación de los individuos para determinar el nivel adecuado de servicios que necesitan”, descriptor que fue lo más aproximado a los términos no hallados. Por la técnica de bola de nieve se lograron encontrar otros términos que no figuraban como descriptores: *Needs Assessment*, *Assets Assessment*, (evaluación de necesidades, evaluación de activos). Se prefirieron artículos que combinaran los 2 términos, por cuanto se identificaron 27 artículos que combinaban ambos enfoques. Se incluyeron 5 de los últimos 5 años. La combinación de los dos términos se encontró en una sola frase: “Evaluación de las necesidades y activos de salud de la comunidad” (CHNAA por sus siglas en inglés). Las bases de datos de búsqueda fueron PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, LILACS y Scielo.

Desarrollo

Recientemente, ha habido una tendencia a dejar de enmarcar una comunidad con una perspectiva de déficit (enfoque basado en necesidades y problemas) para centrarse en los bienes, activos y recursos de la comunidad, lo que se denomina evaluación de necesidades y bienes de salud de la comunidad, donde ambos enfoques se combinan.^(17,18)

Hamid Ravaghi y otros, en el año 2023, luego de un proceso de amplia sistematización de literaturas, dan una amplia definición de “Evaluación de las necesidades y activos de salud de la comunidad (CHNAA por sus siglas en inglés) como: “Un método o proceso modificador colaborativo, comprometido con la comunidad, sistemático, continuo, proactivo, integral, cíclico, regular ... Para la identificación, recopilación, ensamblaje, análisis, distribución y difusión de información sobre necesidades clave de salud,

necesidades sociales, inquietudes, problemas, brechas, cuestiones, factores, capacidades, fortalezas, activos, recursos, Sobre comunidades (o individuos) ... Para lograr las prioridades acordadas, crear una visión compartida, planificar acciones, reunir recursos, involucrar a las partes interesadas, trabajar en colaboración, establecer relaciones, implementar estrategias de intervención culturalmente apropiadas, multisectoriales/multinivel, empoderar a los residentes y mejorar la capacidad comunitaria y la participación en el proceso de toma de decisiones ... hacia la mejora de la salud y el bienestar, construyendo y transformando la salud de las comunidades, aumentando los beneficios comunitarios, reduciendo las desigualdades; a través del cual la atención primaria/secundaria de salud puede responder a las prioridades locales y nacionales”.⁽¹⁹⁾

Estos autores juntan en una sola definición el diagnóstico y análisis de la situación de salud a través de la identificación, priorización de problemas y plan de acción y el diagnóstico y análisis de la situación de salud a través de activos de salud.

Los enfoques basados en el déficit como el tradicional diagnóstico y análisis de la situación de salud constituyen un enfoque común para abordar los problemas de salud pública dentro de una comunidad e implican identificar un problema o necesidad de salud y encontrar una manera de resolverlos. Sin embargo, los enfoques basados en activos, aquellos que involucran a la comunidad usando sus activos o fortalezas para permitir que los miembros de la comunidad tengan más control sobre su salud y bienestar, son cada vez más comunes y emergen más dentro de las prácticas de la atención primaria contemporánea.⁽²⁰⁾

El enfoque de activos tiene como objetivo apreciar y valorar las conexiones y el potencial dentro de una comunidad en lugar de simplemente identificar y responder a los problemas y necesidades.⁽²¹⁾

En un contexto de salud, un activo es cualquier recurso que mejora la capacidad de un individuo o comunidad para mantener una buena salud, bienestar y reducir las desigualdades; por ejemplo, las habilidades, conocimientos o recursos de las personas.⁽²²⁾

Estos se enmarcan dentro del contexto de los determinantes del paradigma de la salud en lugar de los determinantes de la enfermedad. Los enfoques basados en activos se centran en el concepto de salutogénesis como un medio para guiar la práctica, donde se enfatizan los éxitos de los individuos en lugar de los fracasos, cuando se habla de “activos” se hace

alusión a la creación de factores que generan y crean salud, se alude al modelo salutogénico, diferente al modelo patogénico y de déficit relacionado con la generación de enfermedades. En 2007, Morgan y Ziglio describieron un modelo de activos como una forma de facilitar un cambio en el énfasis de la salud pública basándose en el concepto de salutogénesis para centrar la atención en la “creación de salud” en comparación con el “enfoque patógeno” en la generación de enfermedades dentro de los enfoques de déficit.⁽²²⁾

Aunque todavía existe el predominio del modelo de déficit/patogénico, y puede haber contraposición, en la práctica no debe haberlo, ya que el modelo de activos complementa el modelo de déficit.

El modelo de activos tiene múltiples ventajas, los beneficios de usar las fortalezas dentro de la comunidad para mejorar la salud tienen mucho potencial, ofrece nuevas soluciones para promover la salud y reducir las inequidades en salud (cuadro 1).⁽²³⁾

Cuadro 1- Comparación del Modelo de déficit con el Modelo de activos

Modelo de déficit	Modelo de activos
Impulsado por las necesidades	Impulsado por las fortalezas
Enfoque en los problemas	Enfoque en la oportunidad
Enfocado externamente	Enfocado internamente
Paradigma negativo	Paradigma positivo
Patogénesis	Salutogénesis

No todas las investigaciones que están basadas en el enfoque activos ofrecen una solución viable a la comunidad, recientemente Cassetti y otros identificaron tres características claves para esto: conectar activos, crear conciencia sobre los activos disponibles y permitir que los activos prosperen. Es posible que algunos que adopten un enfoque basado en activos no utilicen términos como movilización, activos o coproducción.⁽²⁴⁾

En el año 2023, Martin-Kerry y otros desarrollaron un modelo con cinco elementos para distinguir a las intervenciones basadas en activos que ofrecen soluciones a la comunidad 1) reencuadrar hacia el enfoque de activos, 2) desarrollo de una agenda común, 3) identificación y reconocimiento de bienes, 4) establecer conexiones para movilizar activos y 5) movilización y coproducción de activos y resultados.⁽²⁰⁾

Expertos en salud pública y formuladores de políticas de salud a nivel internacional plantean que se necesitan nuevas formas de trabajar con las comunidades, y este enfoque de activos, combinado con el enfoque de déficit es una forma de llevar a cabo este llamado de acción. Aunque hay autores que reconocen que los enfoques de déficit (quizás más directivos) son necesarios en algunas situaciones, cuando los problemas deben entenderse y resolverse rápidamente.⁽²⁵⁾

La combinación de estos dos enfoques es origen de múltiples intervenciones a nivel internacional, pero lo que no está claro es si forman parte de políticas de salud oficiales de la atención primaria de salud de esos países o son parte de investigaciones acción participativas de instituciones específicas.

En Cuba hay varias oportunidades y fortalezas para aprovechar el uso de este enfoque y desafíos que deben superarse para su inclusión en el actuar de los profesionales de salud.

Oportunidades y fortalezas

- La posibilidad que ofrece la inclusión del médico y enfermera de familia en el grupo de trabajo comunitario integrado (GTCI) como asesores, facilitadores de estos enfoques (previamente capacitados), toda vez que la metodología para el trabajo comunitario integrado (TCI) ofrecida por la Asamblea Nacional del Poder Popular, para realizar por el delegado es muy similar al modelo de ASIS, en la Metodología para el desarrollo del trabajo comunitario integrado desde las circunscripciones, se establecen como fases del TCI: 1. Diagnóstico 2. Elaboración y ejecución del plan de acción. 3. Seguimiento y evaluación del proceso y del impacto del plan de acción. (Página 8).⁽²⁶⁾ Los problemas sentidos de la comunidad (diagnóstico comunitario de salud) coinciden en un gran porcentaje con los del diagnóstico del delegado de circunscripción y del presidente del Consejo Popular, hay una relación indisoluble entre salud y bienestar comunitario, así como existe una sinergia que favorece tanto al delegado como al binomio médico enfermera al identificar, movilizar, conectar y usar coproductivamente los activos.
- La realización de las reuniones, respaldadas por la ley 132/ 2019, del GTCI convocadas por el delegado (artículo 86, inciso f , artículo 104), así como las reuniones propiciadas por el presidente del Consejo Popular, donde participar el sector salud (artículo 195, inciso k; artículo 206, inciso a, b, c, d, e), y parte de las

funciones del Presidente de la Asamblea Municipal del Poder Popular (artículo 19, inciso f, g, h, m, q), brinda la oportunidad de ofrecer espacios legales necesarios, obligatorios, para sensibilizar, reconocer, identificar, concientizar, movilizar, conectar, coproducir y usar los activos comunitarios en bienestar de la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.⁽²⁷⁾

- Si bien la actual metodología del ASIS en el nuevo programa del médico y enfermera de familia abre posibilidades para insertar el enfoque de activos al redactarse “Elaboración del plan de acción: Recoge las acciones que se adoptarán para el mantenimiento y promoción de la salud, potencializando las variables de protección...” (página 53), no deja claro como se llevaría a cabo este proceso.⁽⁴⁾
- El enfoque de activos ofrece una visión diferente también en cómo desarrollar el movimiento de municipios, ciudades y comunidades saludables (en Cuba llamadas “por la salud”).^(28,29)
- Hay desafíos que también se deben superar para llevar a buen término este modelo.

Se coincide con Ravaghi y otros,⁽¹⁹⁾ al expresar que de la bibliografía sistematizada se derivan 3 tipos de desafíos (metodológicos, logísticos y éticos). Los desafíos metodológicos están dados en el cómo hacer, se necesita capacitar a los profesionales de salud en este enfoque, en los métodos de recopilación de datos cuantitativos y cualitativos, en redactar una guía metodológica en “cómo hacer” atendiendo las características del contexto cubano; los desafíos logísticos están dados en la necesidad de una cantidad considerable de tiempo (a menudo inadecuado) y los recursos necesarios para realizar una evaluación integral, como plantean estos investigadores “a menudo los profesionales de la salud, epidemiólogos, gerentes de salud y otras personas involucradas en la planificación y prestación de servicios de salud pueden no tener las habilidades necesarias para realizar este procedimiento. Esto va más allá de las habilidades técnicas y pone énfasis en las habilidades blandas y la flexibilidad, incluidas las buenas habilidades para escuchar, la capacidad de establecer relaciones de confianza, la empatía, el trabajo con grupos diversos y la reflexividad”.⁽¹⁹⁾

Los desafíos éticos implican preocupaciones sobre “los problemas éticos asociados con la consulta comunitaria sobre las necesidades sentidas seguidas por un proceso de establecimiento de prioridades que deja muchas necesidades sin abordar y la mayor parte

de las expectativas frustradas. El etiquetado, el estigma y los estereotipos son otros problemas que plantea la evaluación de necesidades, se cobra el riesgo de que, con la participación en esos espacios mencionados, de los representantes de la comunidad, se deje atrás las voces silenciosas u ocultas”.⁽³⁰⁾

Otro desafío es superar el dogma de la protocolización forzada: el hecho de que esté escrito un programa de trabajo del médico y enfermera de familia, de donde salen todas las acciones que debe hacer el médico de familia, y “es por allí donde debe hacerse todo, fuera de eso nada es aceptado”, en el PTMyEF esta visión de los activos no se refleja explícitamente; si un médico quiere usarla, siempre y cuando realice lo que está escrito en el programa de trabajo, no se le debe criticar ni censurar. Este enfoque es complementario.

Conclusiones

La combinación de enfoques en el diagnóstico y análisis de la situación de salud mejoraran los resultados en la persona, la familia, la comunidad, en el sistema sanitario, la atención primaria y en la medicina familiar en particular.

Agradecimientos

Se agradece la revisión y colaboración de 2 expertos médicos familiares cubanos que dieron su valiosa valoración y contribución al manuscrito, al Dr. Gonzalo Roger Reyes, funcionario del Departamento de Atención Primaria de Salud de la Dirección Provincial de Salud de Santiago de Cuba y la Dra. Niurka Taureau Díaz, Dr.C en Educación médica, Profesora e investigadora titular, Dr.C en Educación médica, Profesora e investigadora titular del Departamento de Medicina familiar de la Facultad Calixto García Íñiguez de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

Referencias bibliográficas

1. Morales RT. Intervención del Ministro de Salud Pública en la reunión de análisis de cuadros de salud de Cuba correspondiente al año 2014 y primer trimestre del 2015. La Habana. La Habana: MINSAP; 2015.

2. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud. Una nueva mirada. 3^a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020.
3. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública, 2013 [acceso 16/07/2024];39(4):22-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011
4. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia. Colectivo de autores; 2. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023.
5. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. 23.^a ed. [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es>>
6. Pennel CL, McLeroy KR, Burdine JN, Matarrita-Cascante D, Wang J. A mixed-methods approach to understanding community participation in community health needs assessments. J Public Health Manag Pract. 2017;23(2):112–121. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PHH.0000000000000362>
7. Traducción del Glosario de Términos de Promoción de la Salud. OMS; 2021. Servicio de promoción y educación para la salud. Consejería de salud región de Murcia. 2023 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/515289-GLOSARIO Promocion de la Salud 07-03-23.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/515289-GLOSARIO_Promocion_de_la_Salud_07-03-23.pdf)
8. Solar Hormazabal O, Soto Brandt G. Trabajo intersectorial y equidad: ¿qué tipo de trabajo intersectorial contribuye a la equidad en salud? FMC. 2022 [acceso 16/07/2024];29(6):283-6. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-trabajo-intersectorial-equidad-que-tipo-articulo-S1134207222000883>
9. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Evaluation of the WHO community engagement research initiative. WHO Regional Office for the Western Pacific. 2023 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/368135>
10. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones operativas para implicar a las comunidades en el rastreo de contactos, 28 de mayo de 2021. Organización Mundial de la Salud; 2021 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/345381>

11. World Health Organization. Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis. World Health Organization; 2023 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/373321>
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astana: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud: Astana, Kazajstán, 25 y 26 de octubre de 2018. Organización Mundial de la Salud; 2019 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>
13. WHO. What is primary health care? Geneva: World Health Organization; 2024 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/primary-health/en>
14. Ure C, Hargreaves SC, Burns EJ, Coffey M, Audrey S, Ardern K, *et al.* An asset-based community development approach to reducing alcohol harm: Exploring barriers and facilitators to community mobilization at initial implementation stage. *Health Place*. 2021;68:102504. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102504>
15. Calderón-Larrañaga S, Valls-Pérez B, Cardo-Miota A, Botello B, Lafuente N, Hernán M. Development and evaluation of a training programme on asset-based community development aimed at general practice trainees: protocol for a mixed-method multilevel and multicentric action research study. *BMJ Open*. 2021 May 24 [acceso 16/07/2024];11(5):e040043. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/5/e040043>
16. García I. Asset-based community development (ABCD): Core principles. *Research handbook on community development*. 2020 [acceso 16/07/2024]:67-75. Disponible en: <https://apautah.org/wp-content/uploads/2021/08/ABCD-101-Chapter-CD-Reader.pdf>
17. Altschuld JW, Hung HL, Lee YF. Needs assessment and asset/capacity building: A promising development in practice. *New DirEval*. 2014;2014(144):89-103. DOI: <https://doi.org/10.1002/ev.20105>
18. Jackson KM, Pukys S, Castro A, Hermosura L, Mendez J, Vohra-Gupta S, Padilla Y, Morales G. Using the transformative paradigm to conduct a mixed method needs assessment of a marginalized community: Methodological lessons and implications. *Eval Program Plann*. 2018;66:111-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.09.010>
19. Ravaghi H, Guisset AL, Elfeky S, Nasir N, Khani S, Ahmadnezhad E, *et al.* A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and

- uses. BMC Health Serv Res. 2023 [acceso 16/07/2024];23(1):44. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08983>
20. Martin-Kerry J, McLean J, Hopkins T, Morgan A, Dunn L, Walton R, *et al.* Characterizing asset-based studies in public health: development of a framework. Health Promot Int. 2023;38(2):daad015. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/daad015>
21. Foot J, Hopkins T. A Glass Half Full: How an Asset Approach can Improve Community Health and Wellbeing. London: IDeA; 2010.
22. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007;(Suppl 2):17-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
23. Pérez-Wilson P, Rico Soto F. Automanejo en personas con multimorbilidad: aportes desde la salutogénesis y el modelo de activos en salud. Aten Primaria. 2022;54(4):102283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102283>
24. Casseti V, Powell K, Barnes A, Sanders T. A systematic scoping review of asset-based approaches to promote health in communities: development of a framework. Glob Health Promot. 2020;27(3):15-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1757975919848925>
25. Morgan A. Revisiting the Asset Model: a clarification of ideas and terms. Glob Health Promot. 2014;21(2):3-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1757975914536849>
26. Consejo de Estado. Metodología para el desarrollo del Trabajo Comunitario Integrado desde las circunscripciones (Acuerdo 518). La Habana: Consejo de Estado de la República de Cuba; 2023.
27. Ley No. 132/2019 De Organización y Funcionamiento de las Asambleas Municipales del Poder Popular y de los Consejos Populares (GOC-2020-48-EX5). 2019 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2020-ex5_0.pdf
28. Fuentes Puebla T, Fariñas Acosta L, Padrón Padilla A. Presentan a diputados Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades por la Salud. Cubadebate. 2023 [acceso 16/07/2024]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2023/12/18/cuba-mantiene-estabilidad-epidemiologica-en-medio-de-un-complejo-escenario/#anexo-1831111>

29. González González M, Feal Cañizares PA, González López R. El consejo de salud y el movimiento de municipios, ciudades y comunidades por la salud. Su aporte al bienestar, la salud y el desarrollo local. La Habana: Sello Editorial Lazo Adentro; 2023.
30. Hawe P. Needs assessment must become more change-focused. Aust N Z J Public Health. 1996;20(5):473-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842x.1996.tb01624.x>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.