

## Sensibilidad de género en el análisis de la situación de salud del modelo cubano de medicina familiar

### Gender sensitivity in the health situation analysis of the Cuban model of family medicine

Dr. Alina María Segredo Pérez, DrC. Zoe Díaz Bernal, DrC. Pedro López Puig, Dr. Héctor Gómez de Haz

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Objetivos:** identificar la sensibilidad de género en guías para la confección del Análisis de la Situación de Salud en el primer nivel de atención y reflexionar sobre la importancia de la perspectiva de género en su confección para el trabajo en medicina familiar.

**Métodos:** se revisaron cuatro guías elaboradas y desarrolladas en diferentes momentos de evolución del modelo de medicina familiar cubano. Para la interpretación de los textos de las guías se empleó el análisis de contenido formalizado buscando enunciar inferencias a partir de la identificación de sus características en cuanto a sensibilidad de género como categoría de análisis.

**Resultados:** en las guías metodológicas fueron limitados los elementos explícitos que emergieron con suficiente valor para orientar y conducir el análisis de la situación de salud con perspectiva de género; se encontraron espacios sensibles al análisis de género y se observó en el transcurso del tiempo la evolución progresiva de la sensibilidad de género relativa a los aspectos a analizar, contenidos en cada una de la metodologías revisadas.

**Conclusiones:** el Análisis de la Situación de Salud es un importante instrumento de trabajo con un enfoque interdisciplinario, participativo y flexible en su aplicación, donde la sensibilidad de género garantizaría el reconocimiento de las relaciones, necesidades y respuestas diferenciales según género, a considerar en la gestión y prestaciones de salud, con énfasis en el diagnóstico médico-social a nivel individual, familiar y comunitario.

**Palabras clave:** Análisis de la Situación de Salud, sensibilidad de género, modelo de medicina familiar.

## ABSTRACT

**Objectives:** to identify the gender sensitivity present in the guidelines for the preparation of the health situation analysis at the first health care level and to reflect on the importance of a gender perspective for the family medicine work.

**Methods:** four guidelines, which were prepared and developed at different phases of evolution of the Cuban family medicine model, were reviewed. For construing guideline texts, the formalized content analysis was used to enunciate inferences from identification of their characteristics in terms of gender sensitivity as an analytical category.

**Results:** the explicit elements with enough values to guide and conduct a health situation analysis, based on gender perspective, were limited in the methodological guidelines; sensitive spaces to the gender analysis were found and there was observed the gradual progress of gender sensitivity with respect to the aspects to be analyzed and contained in each of the reviewed methodologies.

**Conclusions:** it is recommended to timely include the gender perspective in the revitalization of the health situation analysis, an important working tool with interdisciplinary, participatory and flexible approach in its implementation. Gender sensitivity would guarantee the recognition of gender-dependent differentiated relationships, needs and responses to be taken into account in the health management and services, putting emphasis on the medical-social diagnosis at individual, family and community levels.

**Keywords:** health situation analysis, gender sensitivity, family medicine model.

---

## INTRODUCCIÓN

El modelo cubano de medicina familiar surge en 1984,<sup>1</sup> ante la necesidad de contar con un nuevo tipo de profesional de la salud que acorde al desarrollo social, fuera capaz de colocar a la familia en el centro de la atención médica, intervenir sobre el individuo, la familia y la comunidad; tener un contacto más humano, brindar una atención médica integral de mayor calidad así como enfrentar y solucionar con enfoque salubrista los problemas de salud en su área de acción.<sup>2</sup>

Concebido a partir de la experiencia sanitaria nacional e internacional y sustentado en un enfoque clínico, epidemiológico y social en el abordaje de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad; el modelo se extendió rápidamente por todo del país bajo los principios de compromiso con la salud, enfoque integral de la atención, promoción de salud, prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud, cobertura universal en salud, trabajo en equipo, participación comunitaria e intersectorialidad.<sup>2</sup>

Los profesionales de la medicina familiar que se desempeñan en el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS) basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, deben desarrollar un pensamiento integrado a partir de la aplicación de los métodos clínico, epidemiológico y social, la información sobre los componentes y determinantes de la situación de salud de la persona, la familia y la comunidad, para:<sup>2</sup>

- Identificar los elementos sanógenos o protectores, los riesgos, daños u otros problemas de salud.
- Determinar, a partir del análisis, los factores explicativos de la situación de salud que se analiza y los factores predictivos de la situación de salud futura y deseada del sujeto de análisis.
- Construir el plan de intervención o de manejo de la situación de salud y definir la participación y responsabilidad en el mismo de cada actor involucrado.
- Generar y desarrollar la capacidad de análisis de situación de salud en el sujeto-objeto de análisis.

Para lograr estos objetivos, las principales herramientas de trabajo son: la *dispensarización*, la historia clínica individual, la historia de salud familiar y el análisis de la situación de salud.<sup>3</sup>

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) es un instrumento científico metodológico necesario en la atención primaria de salud, que tiene como propósito identificar características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.<sup>4</sup>

La elaboración del análisis de la situación de salud en cada uno de los consultorios del programa de medicina familiar, junto con los representantes de su población, constituye el elemento base para la planificación de acciones de salud a ese nivel y establece las prioridades al disponer de los recursos locales en función de ellos.<sup>5</sup>

En medicina familiar, el ASIS permite medir e intervenir los problemas de salud identificados, al tener en cuenta las necesidades de salud de la comunidad. Este proceso junto con la *dispensarización*, constituyen elementos básicos, que junto a otros aspectos, singularizan la medicina familiar en Cuba, la que posee una perspectiva integradora en su accionar con un enfoque salubrista, que la distingue de las restantes especialidades.<sup>1,3,6</sup>

Los autores son del criterio de que la medicina familiar en Cuba funciona como un modelo de salud que pretende integrar todas las dimensiones del ser humano y que quiebra los esquemas de la medicina hegemónica al buscar comprender las realidades humanas para así transformarlas.

Parte del hecho humano que permite conocer el ASIS, radica en los constructos socioculturales que ajustan la realidad de vida cotidiana en la que están inmersas las personas y los grupos humanos que forman las comunidades. Dichos grupos han de ser reconocidos, de acuerdo al contexto de análisis y las situaciones de salud a considerar (no han de pretenderse preestablecidos). Uno de esos constructos es el género, categoría de análisis de tipo relacional, que se construye de manera cotidiana en la interacción de los sujetos con el entorno según el momento histórico.

Bajo el presupuesto de que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que unos y otras pueden y deben cumplir, cabe esperar que ello determinará modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir.<sup>7</sup>

Se ha reconocido que el ASIS "integra la visión más crítica e integradora de la epidemiología de las desigualdades [...] (sic)", a considerar en este, el modo en que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres determinan diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención en ambos grupos genéricos, las que van a tener a su vez expresiones particulares, en articulación con otras diferencias entre las personas, como pueden ser edad, etnia, territorio y condiciones de vida.<sup>7,8</sup>

Sin embargo, no ha de suponerse tácita la inclusión de la perspectiva de género en las metodologías generadas o asumidas para la realización del ASIS, como eje transversal que articula el análisis de las asimetrías sociales. Lo anterior fue esbozado por *Díaz Bernal y Presno Labrador*,<sup>9</sup> cuando se refieren a que en el resultado del ASIS que se realiza, la mirada desde la determinación social de la salud y más específicamente con enfoque de género, es insuficiente, lo que se ha visto reflejado en el tipo de atención que se brinda a los "problemas de mujeres", mientras que los "problemas de los hombres" por lo general quedan omitidos.

Existen múltiples definiciones de ASIS pero en el contexto de los servicios de salud cubanos la de *Martínez Calvo*,<sup>10</sup> es a juicio de los autores, una de las más utilizadas y recoge que: "el análisis de situación de salud, es un instrumento científico-metodológico que permite identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios".

El surgimiento en 1984 del Programa del Médico y Enfermera de la Familia hizo posible que se avanzara en la aplicación del ASIS como herramienta de trabajo a nivel de área de salud, grupo básico de trabajo y en el consultorio del equipo básico de salud. De ahí que el Programa de Formación del Especialista en Medicina General Integral incorpora, como eje básico del desempeño, la realización del análisis de situación de salud durante los años de la residencia.<sup>1</sup>

Asimismo, en la formación de pregrado, se incluye la adquisición de habilidades en ese sentido, ya que desde 1992 está presente en el currículo de la carrera de medicina, lo que proporciona una visión integradora que facilite posteriormente el trabajo con la comunidad.<sup>11</sup>

*Pérez Segredo*,<sup>2</sup> plantea que el análisis de la situación de salud en medicina familiar ha evolucionado desde el punto de vista asistencial, docente e investigativo, pero aún existen deficiencias, comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación.

*Martínez Calvo*,<sup>11</sup> reconoce que existen limitaciones en el empleo del ASIS por parte de los equipos de salud en la Atención Primaria de Salud (APS) y *Díaz Bernal y Presno Labrador*, vuelven sobre este tema con la alusión a algunas de las cuestiones ya señaladas, a destacar dos de ellas: cierto grado de obsolescencia metodológica y escaso valor de uso. En relación con la perspectiva de género en el ASIS, estas dos autoras hacen referencia al término "ceguera de género", que en el campo de la salud también impacta el ámbito formativo de los profesionales de este sector.<sup>9</sup>

La inclusión de la equidad como un indicador determinante de desigualdad en salud y como uno de los problemas sustantivos de los sistemas actuales de salud en el mundo, favorece la adopción de estrategias que abordan los problemas de equidad con que se han desarrollado la mayoría de dichos sistemas de salud. En ellas se plantea como eje conductor, eliminar las desigualdades en salud y disminuir la brecha que existe entre la oferta y la demanda en salud bajo principios de grupo prioritario, de poder de compra, y de ciudadanía.<sup>12</sup>

Es importante tener presente que el ASIS como instrumento científico metodológico pretende encontrar respuesta a los problemas que se identifican, ya sea mediante la descripción de un fenómeno, su explicación o la realización de predicciones en salud. De ahí la importancia de aportar desde este, un análisis de las iniquidades basadas en las desigualdades de género, en articulación con cualquiera de las otras ya mencionadas.

Desde una perspectiva integral, se propone definir y operacionalizar a la equidad en salud como la asignación de recursos en función de las necesidades de salud y nivel socioeconómico de la población o grupo prioritario e incluir para su análisis en un primer plano los enfoques, teorías y principios que condicionan variables como disponibilidad, acceso, utilización, cobertura, condiciones de salud y disparidades sociales.<sup>12</sup> Uno de esos enfoques y principios, sería la perspectiva de género.

Como se ha expuesto anteriormente, el ASIS como tecnología sanitaria de la medicina familiar pretende, con un enfoque integral, encontrar respuesta a los problemas de salud que se identifican en la comunidad ya sea mediante la descripción de un fenómeno, su explicación o la realización de predicciones en salud; para lo cual a lo largo de los 30 años de evolución se han desarrollado diversas metodologías y procedimientos para su confección -guías metodológicas- que se presentan aquí para su conocimiento.

De ahí que el presente trabajo dirija su atención a las guías elaboradas y empleadas para la realización del análisis de la situación de salud en el contexto cubano actual con el objetivo de identificar la sensibilidad de género en estas guías en el primer nivel de atención y reflexionar sobre la importancia de la perspectiva de género en su confección para el trabajo en medicina familiar.

## MÉTODOS

Se realizó la revisión de cuatro guías metodológicas elaboradas y de amplio uso (anexos 1, 2, 3 y 4), desarrolladas en diferentes momentos de la evolución del modelo de medicina familiar cubano.<sup>5,13-15</sup>

Para la interpretación de los textos de las guías, se empleó el análisis de contenido formalizado buscando formular inferencias a partir de la identificación de sus características en cuanto a sensibilidad de género como categoría de análisis. Esta se explicó a partir de la información emergente de las guías, referida al aporte de las metodologías.

La sensibilidad de género se entendió como la capacidad relativa que poseen las guías para captar desigualdades de género en salud y proveer juicios de valor al respecto.

Los juicios de valor que se brindan, parten del tratamiento *etic* de los datos *emic*\* contenidos en los textos de las guías, los que fueron agrupados y codificados según similitudes temáticas de los componentes y aspectos abordados por cada una de las metodologías. Ello permitió realizar un análisis comparativo entre las guías y al interior de cada una, en el que se tuvieron en cuenta tanto aquellos datos explícitamente presentes, como los implícitos o ausentes, todo ello consistió en descubrir en los textos las unidades de sentido y su agrupación en unidades de análisis para generar juicios sobre la sensibilidad de género de las metodologías.

## RESULTADOS

A partir del análisis de contenido realizado en las guías metodológicas fueron escasos los elementos explícitos que emergieron con suficiente valor para orientar y conducir el ASIS con perspectiva de género, aun cuando en cada una se caracterizó la población según sexo. En la segunda, de 1989, se consideró la tasa de mortalidad según esta variable, como también en la tercera, de 2006, se distinguió la morbilidad, la mortalidad, deficiencia y discapacidad, entre hombres y mujeres.

Sin embargo, en cada una de estas guías, aunque en una más que en otra, se encontraron espacios sensibles al análisis de género, toda vez que quien las aplique posea sensibilidad teórica y práctica al respecto, garantizada desde su proceso formativo.

Puedo observarse en el de cursar del tiempo, la evolución progresiva de la sensibilidad de género relativa a los aspectos a analizar, contenidos en cada una de la metodologías revisadas. Ello se hizo cierto en la demarcación más precisa de los procesos socioculturales implícitos en la determinación social de la salud y más específicamente del género como categoría de análisis, pero sobre todo fue notable, para la caracterización que se propone de las familias y de los procesos productivos-reproductivos, al interior de esta. No obstante, la guía tomada del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, publicado en el 2011, ([anexo 4](#)) demuestra un retroceso en tal sentido, pues quedan esbozados los componentes a considerar de manera muy general.<sup>15</sup> Esta metodología, deja demasiado margen a la improvisación en su aplicación, ya que no precisa el alcance, profundidad ni delimitación de los componentes a describir o analizar, lo que tampoco permite mensurar la calidad de los datos que arroja de acuerdo con lo que se pretende conocer. En este caso, la perspectiva de género queda dependiendo únicamente de la espontaneidad de profesionales sensibles al género a partir de un proceso de capacitación previo.

Es la guía elaborada en el 2006 ([anexo 3](#)), la que en opinión de los autores demuestra mayor sensibilidad de género relativa, en tanto plantea de manera más explícita y estructurada, capacidad para alcanzar un diagnóstico de la realidad sociocultural de las comunidades, familias y grupos por identificar, para de esa forma realizar diagnóstico médico- social de las desigualdades en salud. Un ejemplo de ello son sus componente dos, tres y cuatro, y los aspectos respectivos que proponen analizar.<sup>5</sup>

Llama la atención no obstante, el predominio en las guías del interés por la salud femenina, enfocada a la salud materna y a los procesos asociados a la reproducción humana, pero centrados en la mujer.

Como se abordó en la introducción de este trabajo, no ha de verse el género como categoría desconectada de otros procesos sociales, sino que la perspectiva de género en el análisis de la situación de salud debe ser transversal y estar articulada con el resto de las desigualdades sociales a identificar así como con las situaciones de salud a diagnosticar. En este sentido, se señalar que, en ninguna de las guías que se analizaron, tampoco en la tercera donde sí aparece declarado el tratamiento metodológico de la información a realizar, se contempló el análisis interseccional de la información sociocultural ni de esta con los llamados riesgos a nivel comunitario, familiar e individual y con la descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.

## DISCUSIÓN

El empleo del ASIS no logra en la actualidad su adecuada aplicación en el modelo cubano de medicina familiar, de ahí que su revitalización como herramienta factible es una necesidad, teniendo en cuenta el marco de oportunidades que ofrecen los cambios de la política económica del estado cubano y el proceso de transformaciones del SNS que convocan a un proceso de renovación enfocado al sostenimiento eficiente de servicios de salud de calidad que respondan a las necesidades de la población cubana.

*Martínez Calvo*,<sup>11</sup> apuesta por el mantenimiento de la utilidad del ASIS según su adaptación a las circunstancias cambiantes del espacio donde se aplica, de ahí su perfeccionamiento constante. Al requerir para su aplicación de conocimientos y habilidades teórico-prácticas, y diseñarse la opción pedagógica para los diferentes niveles de aprendizaje, se abrió un espacio creativo para su posterior perfeccionamiento, mediante nuevas propuestas docentes derivadas de las modificaciones en el sistema de salud y en la consecuente prestación de servicios.

En tal sentido, *Pría Barros* y otros,<sup>16</sup> recomiendan la revisión de la metodología para la confección del ASIS a nivel de consultorio médico, para que esta práctica se realice con calidad y cumpla su misión en la gestión de salud del consultorio, al tiempo que genera motivación en el equipo de salud e involucra al resto de los actores sociales.

En concordancia con lo anterior, lo planteado por *Díaz Bernal* y *Presno Labrador*,<sup>9</sup> respecto a que se necesita la revalorización de esta metodología, vista en la comprensión efectiva del por qué y para qué se realiza, lo que garantizaría que sus resultados no queden desconectados del resto de la práctica médico-social, y que tanto su ejecución como aplicación posterior constituyan los procesos clave a controlar.

Las metodológicas para la realización del ASIS, están centradas fundamentalmente en dos modalidades básicas: elementos del campo de salud y según grupos específicos de población, de acuerdo con la condición de salud o enfermedad presente o de riesgo.<sup>17</sup> De ahí que la inclusión de la perspectiva de género para la revitalización de la que se ha venido hablando, sea recomendable y oportuna a criterio de los autores de este trabajo.

La inclusión pertinente y explícita de dicha perspectiva en las guías metodológicas, para otorgar sensibilidad de género al ASIS, debe generar juicios de valor que aporten equidad de género en salud, es decir, que todas las personas tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permitan tener una buena salud.<sup>18</sup> Su fin último es acopiar, sistematizar, analizar y utilizar información para ser incorporada a las acciones de planificación, organización y sistematización de la atención en salud; el fortalecimiento del diseño de políticas, planes y programas, que puedan responder apropiadamente a las necesidades diferenciales por sexo, y contribuir a la reducción de las iniquidades de género en la salud y el desarrollo humano.<sup>19</sup>

Pero para la adopción de una perspectiva de género en el ASIS, se hace necesaria la utilización de indicadores sensibles al género, para lo cual se requiere suficientes registros de información que incluyan la variable sexo en las estadísticas de salud disponibles y del desarrollo de competencias para su elaboración y análisis. A su vez, se requiere de una capacitación dirigida a la aportación de sensibilidad de género en los procesos formativos de los profesionales de la salud, desde el propio pregrado. El dominio de indicadores género sensibles amplía y mejora la confección del ASIS.<sup>8</sup>

Se tomará en cuenta que, además de poder realizar el análisis de cada uno de los ítems contenidos en las guías según sexo, se deberían considerar de manera intencional, los aspectos de la organización social, la división sexual del trabajo y de la vida cotidiana, que modulan las características de la vida familiar e individuales, a través de la colocación de las relaciones inter- e intragéneras en el centro de mira. No basta con caracterizar lo que le sucede a mujeres y a hombres, sino que el ASIS con perspectiva de género, debe permitir entender el por qué les sucede y aportar un juicio crítico que permita tomar decisiones para atender a las causas de las causas, más allá de sus consecuencias.

El análisis de la situación de salud requiere el delineamiento de perfiles de salud que identifiquen y analicen las diferencias por sexo y sus determinantes dentro de subgrupos poblacionales particulares; en este tipo de aproximación analítica se requiere no solo de la identificación de las similitudes y las diferencias entre los sexos, sino también, de las variaciones intragénero, las que resultan de las diferencias en las condiciones de vida encaradas por los distintos grupos poblacionales.<sup>19</sup>

Por otra parte, es perentorio que se supere la concepción de que la salud de las mujeres descansa en los procesos de la reproducción biológica y con ello, la carga de responsabilidad que se le adjudica en este sentido, tal y como ha sido reconocido por otras investigaciones sobre el tema, en el propio contexto cubano.<sup>20,21</sup>

El impacto de la perspectiva de género incorporada a las guías para la realización del ASIS en el modelo cubano de medicina familiar, depende del énfasis que se le conceda a los procesos sociales que pueden desfavorecer la salud de ambos sexos: los roles de género, la capacidad de acceso y control sobre los recursos, a la vez permite valorar el impacto que tales procesos tienen en la salud e identifica las vías para dar solución a las iniquidades que generan.<sup>19</sup>

Los datos que emergen de la aplicación de cada una de las guías metodológicas analizadas, son susceptibles de ser cruzados en una matriz analítica para la lectura interseccional de la determinación del género en las desigualdades e iniquidades en salud, entendida como la consideración de las relaciones diferenciales entre los géneros imbricadas con las relaciones diferenciales de cualquier otro tipo, según clase, diversidad de orientación sexual, discapacidades, etnia, territorio social; las que en su conjunto y por separado asignan variantes sociales que contribuyen a generar iniquidades en salud.<sup>8</sup>

La adopción de este tipo de metodología requiere de una intencionalidad que debe partir de la incorporación de una visión de la determinación social de la salud como devenir histórico-concreto, que revise las maneras de la epidemiología clásica en pos del afianzamiento de una cultura médico-social en la práctica que se desea y pretende en el modelo de medicina familiar cubano y en el tratamiento interseccional de las situaciones de salud; y pensar en la tendencia humana no solo a desdeñar aquello que desborda la capacidad de comprensión, sino lo que es más importante en este caso, las implicaciones que ello tiene en la generación de capacidades para su solución o manejo eficientemente.

Por último, no es fútil acotar que la categoría género es compleja en sí misma y se construye de manera cotidiana, contextual y en interacción con otras categorías socioculturales. Demanda para su abordaje, desde la deconstrucción de los patrones androcéntricos que predominan en las ciencias de la salud, trascender la visión tradicional causa-efecto del proceso salud-enfermedad-atención.

A modo de recuento, podemos decir que en el actual modelo cubano de medicina familiar, se reconoce en el ASIS un importante instrumento de trabajo para la toma de decisiones, el cual se concibe con un enfoque interdisciplinario, participativo y flexible en su aplicación. Tiene como reto, garantizar que se realicen verdaderos y profundos análisis con la participación de la población para lograr mejorar de forma continua la situación de salud de la comunidad, la familia y las personas, y que esto repercuta positivamente en los indicadores del SNS. En las guías metodológicas para la realización del ASIS analizadas, es insuficiente la perspectiva de género en los componentes y aspectos que evalúan, en tanto no emerge de ellos el aporte analítico de manera explícita, más allá del descriptivo que se logra en aquellos casos en los que se intenciona la diferenciación según la variable sexo. Aun cuando resulta insuficiente la sensibilidad de género de las guías metodológicas analizadas, son múltiples los espacios a aprovechar en las mismas, para la inclusión consciente e intencional de la perspectiva de género. Ello resultaría sustancialmente enriquecedor para las propias metodologías y para el resultado de sus aplicaciones en el modelo cubano de medicina familiar. El análisis de género favorece la visión holística de la salud en función de las sobrecargas sociales asignadas y asumidas en función del sexo. La sensibilidad de género en el ASIS garantizaría el reconocimiento de las relaciones, necesidades y respuestas diferenciales según género a considerar en la gestión y prestaciones de salud, con énfasis en el diagnóstico médico-social a nivel individual, familiar y comunitario, lo que requiere indagaciones en intersección con las etapas del curso de la vida y sus procesos cotidianos. La adecuada realización del ASIS con perspectiva de género, requiere de profesionales poseedores de una sensibilidad de género acorde, que permita transmutar la simple lectura de indicadores según sexo, en un análisis culturalmente competente de acuerdo a la realidad social que aborda.

## Anexos

Compendio de guías para la confección del ASIS en medicina familiar

### Anexo 1. Elementos para el diagnóstico de salud

Guía para la confección del diagnóstico de salud:

- Estructura de la población
- Análisis de los fallecidos en el período
- Análisis de situación de salud
  - Porcentaje de población *dispensarizada*
  - Clasificación de la población
  - Población sana
  - Con riesgo
  - Enferma

- Enferma con secuela
- Análisis de las enfermedades no transmisibles
- Análisis de las enfermedades transmisibles
- Análisis de la salud ambiental (abasto de agua, residuales líquidos, residuales sólidos, vectores, animales domésticos, condiciones de la vivienda y sus alrededores, factores ambientales, índice de hacinamiento, focos de *Aedes aegypti*)
- Análisis de los factores socioeconómicos
- Cultura sanitaria
- Integración social
- Funcionamiento familiar
- Escolaridad (incorporación de niños y jóvenes a la escuela)
- Ocupación (incorporación de jóvenes y adultos al trabajo)
- Análisis de situación de salud a las familias
- Familias con problemas de salud
- Identificación de los principales problemas de salud a partir de la información anteriormente analizada.
  - Biológicos
  - Psicológicos
  - Socioeconómicos
  - Ambientales
- Grado de satisfacción de la comunidad
- Acciones ¿Qué se ha hecho con los problemas de salud?
- Conclusiones. Plan de acción para la próxima etapa

Fuente: Ob. Cit. 13.

**Anexo 2.** Guía metodológica para el ASIS

Aspectos de la guía metodológica para el ASIS:

1. Datos generales de la comunidad:

- Ubicación geográfica
- Límites
- Geografía y clima
- Estructura del estado
- Economía y finanzas
- Otros aspectos socioeconómicos
- Organización de los servicios de salud
- Centros laborales, escolares y de servicios

2. Datos demográficos:

- Grupos de edades y sexo
- Pirámide poblacional
- Crecimiento poblacional
- Natalidad
- Fecundidad y fertilidad
- Relación de dependencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estructura familiar

3. Aspectos generales de la mortalidad:

- Tasas de mortalidad del período
- Tasas según: edad y sexo
- Tasas según causa: estudio de causas múltiples

Tasas de mortalidad según grupos específicos de población:

- Perinatal
- Neonatal
- Materna
- Infantil
- Adultos

- AVPP
- Esperanza de vida al nacer

4. Aspectos generales de la morbilidad:

- Clasificación de la población *dispensarizada*:
  - Supuestamente sana
  - Con riesgo
  - Enfermos
  - Con secuelas
  - Total de población *dispensarizada*.
  - Porcentaje de población *dispensarizada*.
  - Población no *dispensarizada*.
  - Prevalencia o incidencia por enfermedades transmisibles.
  - Prevalencia o incidencia por enfermedades no transmisibles y otros daños.

5. Información sobre la familia:

- Integración social por familia: integrantes del núcleo que trabajan o estudian
- Funcionamiento familiar:
  - Con alteración de la dinámica.
  - Sin alteración de la dinámica.
  - Familias no evaluadas.
  - Situación de salud de las familias:

° Familias con problemas de salud con predominio: biológico, psicológico, socioeconómico, ambiental

- ° Familias sin problemas de salud aparentes
  - ° Familias no evaluadas
    - Actitud de las familias hacia la salud:
      - Familias que toman acciones de promoción y prevención
      - Familias en las que como mínimo un miembro desempeña un papel principal en acciones de salud
      - Familias en las que no existe preocupación por la salud de manera general
      - Familias no evaluadas
    - Convivencia social:
      - Relación armónica con los vecinos
      - Conflictos con los vecinos por patrones de conducta incorrectos
      - Aislamiento social
      - Participación social:
        - ° Participa regularmente en tareas de organizaciones de masas y otras agrupaciones de la comunidad
        - ° Participa algunas veces en las citadas tareas
        - ° No participa en estas tareas
    - Existencia de factores de riesgo ambientales:
      - Radiaciones
      - Polvo
      - Iluminación
      - Vibraciones
      - Ruidos
      - Gases
      - Ventilación
6. Información socioeconómica:
- Percápita familiar

7. Información sobre la atención médica:

- Consultas brindadas por:
  - Medicina
  - Obstetricia y ginecología
  - Pediatría
- Interconsultas brindadas según la especialidad:
  - Pacientes atendidos en las visitas de terreno.
  - Pacientes atendidos en servicios de urgencia y motivos de la atención en: policlínico y hospital.
  - Pacientes ingresados en hospital:
    - ° Consultaron al médico de la familia y este los acompañó.
    - ° Fueron directamente al hospital y quedaron ingresados.
    - ° Pacientes ingresados en el hogar:
      - ° Todo el tiempo con buena evolución
      - ° Necesitó ingreso en el hospital durante su evolución
      - ° Cómo egresó del hospital

8. Criterios sobre participación de la comunidad:

- Actividades realizadas con y por la comunidad:
  - Organizaciones de masas
  - Delegados de los órganos locales del Poder Popular
  - Círculos de abuelos
  - Círculos de adolescente
  - Círculos de embarazadas
    - Actividades de educación para la salud realizadas con su comunidad
    - Grado de satisfacción de la comunidad
    - Opinión de los representantes de la comunidad
    - Estado de opinión de la población mediante encuestas y otros modelos

9. Acciones de promoción y prevención:

- Hábito de fumar
- Obesidad
- Sedentarismo
- Adolescentes
- Mayores de 60 años
- Acciones de control realizadas con las principales enfermedades y daños
- Factores de riesgo para enfermedades y afecciones más prevalentes
- Riesgo maternoperinatal
- Educación sexual
- Nivel inmunitario
- Lactancia materna
- Captación precoz de embarazadas
- Incorporación de las embarazadas a la psicoprofilaxis
- Captación precoz del recién nacido
- Índice de bajo peso al nacer
- Atención prenatal
- Estado nutricional de la población
- Realización de pruebas citológicas

*Fuente:* Ob. Cit. 14.

**Anexo 3.** Guía para la elaboración del ASIS en la atención primaria de salud. Cuba. 2006

Descripción de componentes y aspectos de la guía de confección del ASIS:

Aspectos	Descripción
Componente 1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio	
1.1. Caracterización geográfica	Comprende la delimitación territorial y extensión por km <sup>2</sup> , accidentes geográficos, características climáticas.
1.2. Recursos naturales	Descripción de los recursos naturales existentes en la comunidad y si la misma se beneficia de

	ellos, si les da empleo a sus moradores o si incide en la salud.
1.3. Aspectos históricos	Se describirán aquellos hechos históricos relacionados con el origen y desarrollo de la comunidad.
1.4. Organización Política Administrativa	Descripción de cómo está organizada la comunidad, número de circunscripciones, número de CDR <sup>a</sup> , número de delegaciones de la FMC <sup>b</sup> , número de núcleos zonales, asociación de combatientes y sector de la PNR <sup>c</sup> .
1.5. Recursos y servicios de la comunidad	Centros de producción y servicios, instituciones educativas, instituciones culturales, religiosas, centros de recreación, organizaciones no gubernamentales, centros de expendio de alimentos, medios de transporte, vías de comunicación, electrificación, existencia de parques y áreas verdes.
Componente 2. Caracterización sociodemográfica de la población	
2.1. Estructura por edad y sexo de la población	Caracterización sociodemográfica de la población: principales grupos de edad según sexo, población económicamente activa. Confección de la pirámide poblacional.
2.2. Nivel de escolaridad de la población	Nivel de escolaridad de la población adulta.
2.3. Dedicación ocupacional	Ocupación de la población, tipos de trabajos más frecuentes, per cápita familiar.
2.4. Razón de dependencia	Personas mayores de 60 años dependientes de la población económicamente activa.
2.5. Número de núcleos familiares	Cantidad de núcleos familiares sujetos de atención de salud.
2.6. Tamaño promedio de la familia	Número de miembros de las familias.
2.7. Fecundidad	Mujeres en edad fértil, hijos por mujer en edad fértil.
2.8. Migraciones	Características migratorias en la comunidad.
Componente 3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual	
3.1. Riesgos ambientales	Calidad y cobertura del agua, disposición de residuales líquidos: fosas, alcantarillas, desbordamientos de albañales. Residuales sólidos: tipo de recogida y frecuencia. Microvertederos, focos de mosquitos, contaminación del aire, ruido, presencia de animales afectivos, presencia de animales de corral y cría, tipo de combustible con el que se cocina en los hogares, viviendas inseguras, viviendas insalubres.
3.2. Riesgos sociales	Desocupación, deserción escolar, barrios marginales, conductas antisociales: riñas alteración del orden y potencial delictivo.
3.3. Riesgos laborales	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos, alturas.

3.4. Riesgos genéticos	Principales problemas genéticos: sickleimia, enfermedad de Wilson, síndrome de Down enfermedades congénitas, enfermedades inmunológicas. Exámenes de prevención de malformaciones congénita a embarazadas: alfabeto proteína, ultrasonidos, electroforesis de hemoglobina.
3.5. Comportamientos de riesgo a la salud	Conductas adictivas, tabaquismo sedentarismo, hábitos dietéticos inadecuados, higiene bucal deficitaria desorganización y disfuncionalidad familiar, violencia.
Componente 4. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población	
4.1. Morbilidad	Morbilidad por enfermedades transmisibles y no trasmisibles, malnutrición, accidentes, intentos suicidas y otras causas. Identificar la incidencia y prevalencia, los casos controlados y realizar el análisis según sexo y edad.
4.2. Deficiencia y Discapacidad	Identificar la incidencia y prevalencia según tipo, etiología y pronóstico de las mismas. Realizar el análisis según sexo y edad.
4.3. Mortalidad	Cualquier defunción ocurrida debe ser analizada según sexo, edad y criterio de evitabilidad, considerando si la causa es evitable y si la muerte es prematura. Especificar si en el periodo no se produjo ninguna defunción.
Componente 5. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas	
5.1. Recursos de salud disponibles para los habitantes	Policlínico y tipos de servicios disponibles: rehabilitación, urgencias, estomatología, transporte sanitario, hogar materno, farmacia, óptica y hospitales en la región.
5.2. Recursos humanos	Existencia de equipo básico de salud y especialistas en el grupo básico y en el policlínico.
5.3. Nivel inmunitario de la población	Vacunación analizada tipo de vacuna y grupos específicos
5.4. <i>Dispensarización</i>	Sanos, con riesgos, enfermos y secuelas.
5.5. Acciones de vigilancia y control	Sobre enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva vectorial y sexual, analizados según tipo de transmisión.
5.6. Captación de recién nacidos	Precoz o tardía.
5.7. Lactancia materna	Exclusiva, mixta o artificial.
5.8. Identificación de lactantes de riesgo	Según tipo de riesgo.
5.9. Identificación del riesgo preconcepcional	Analizadas según tipo de riesgo.
5.10. Identificación de embarazadas de riesgo	Analizadas según tipo de riesgo
5.11. Ingresos en el hogar	Según causa y edad.

5.12. Pesquizaje de cáncer evitable	Cérvico uterino por citodiagnóstico, de mama por diagnóstico clínico y mamografía, bucal, próstata, rectal, de piel.
5.13. Atención estomatológica	Acciones de prevención: aplicación de flúor a niños, higiene bucal adecuada, visita anual al estomatólogo. Identificación de problemas de salud bucal: malformaciones congénitas, mal oclusiones, hipercariogénicos, edentes.
5.14. Saneamiento ambiental	Focos de <i>aedes</i> , locales saneados.
5.15. Grupos de trabajo comunitario	Existencia de círculos de abuelos, adolescentes y otros.
5.16. Intervenciones familiares	Dinámicas familiares.
Componente 6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud	
6.1. Necesidades sentidas	Si existen evidencias de las necesidades sentidas de la población en cuanto a servicios y recursos de salud.
6.2. Problemas percibidos por la población	Indagación de los problemas de salud prioritarios desde la perspectiva de la población.
6.3. Criterios sobre los servicios de salud	Estudio de satisfacción de la población con los servicios de salud.
Componente 7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad	
7.1. Acciones conjunta con organizaciones de barrio	Analizar si hubo colaboración de las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad.
7.2. Acciones conjunta con otros sectores sociales	Analizar si se llamó a los diferentes actores sociales y si hubo colaboración intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.
7.3. Acciones de redes de apoyo social.	Si existe evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.
Componente 8. Tratamiento metodológico de la Información	
8.1. Utilizar el enfoque familiar	La información analizada no solo debe caracterizar los individuos sino a las familias de la comunidad.
8.2. Utilizar indicadores adecuados al tamaño pequeño de la población de los consultorios, en muchos casos debe realizarse un análisis casuístico	Uso de los indicadores demográficos y sanitarios para el análisis cuando sea pertinente, utilizar número absolutos haciendo referencia a los totales.
8.3. Calcular e Interpretar correctamente los indicadores	Cálculo adecuado, multiplicación por constantes lógicas e interpretación adecuada de los mismos.
8.4. Establecer comparaciones con indicadores de periodos anteriores	El análisis debe establecer una comparación con el período anterior.
8.5. Explicitar la utilización de técnicas y procedimientos empleados en el ASIS	Un conjunto de técnicas contribuyen a la generación de información: entrevistas, grupos focales y aplicación de cuestionarios.
Componente 9. Situación de salud de la comunidad	

9.1. Análisis de la situación socio histórica y cultural del territorio	<p>Describir cada uno de los aspectos tratados, para posteriormente realizar un análisis crítico de los mismos identificando interrelaciones entre ellos que expliquen los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social.</p> <p>Identificar la participación de la población y la intersectorialidad como actores de este proceso.</p>
9.2. Análisis de la composición sociodemográfica de la población	
9.3. Análisis de los riesgos personales, familiares y comunitarios	
9.4. Análisis de los servicios y la atención a la población	
9.5. Análisis de los daños a la salud de la población	
9.6. Análisis de la participación de la población	
9.7. Análisis de la intersectorialidad.	
9.8. Diagnóstico de la situación de salud interrelacionando los componentes 9.1 al 9.4 en función de los resultados obtenidos en 9.5, 9.6 y 9.7.	
Componente 10. Elaboración del plan de acción	
10.1. Priorización de los problemas identificados	Los problemas identificados deben ser priorizados con la participación de los diferentes actores sociales.
10.2. Se plantean propósitos de cambio sobre los problemas prioritarios	Los problemas prioritarios producen motivación para el esbozo del cambio.
10.3. Planteamiento de tareas o actividades concretas con participación intersectorial y de la población	Las actividades y tareas se diseñan de forma tal que contribuyan al cambio con la participación activa de la población y de otros sectores en la comunidad.
10.4. Establecer los indicadores de evaluación del Plan	Tanto las actividades y tareas como el propio cambiodebeser medible.
10.5. Diseñar el plan de acción con fechas de cumplimiento y determinación de personas participantes y de los responsables de la ejecución de las tareas	El plan tiene un cronograma y unos límites temporales. Deben determinarse los participantes y responsables de la ejecución de cada tarea.

Fuente: Ob. Cit. 5.

**Anexo 4.** ASIS. Para la realización del ASIS en la comunidad

El Equipo Básico de Salud debe tener en cuenta los componentes siguientes:

Componente 1: Descripción de la comunidad.

Componente 2: Identificación de riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.

Componente 3: Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud.

Componente 4: Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.

Componente 5: Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud.

Componente 6: Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.

Componente 7: Elaboración del plan de acción.

*Fuente:* Ob. Cit. 15

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sansó Soberats F, Márquez M, Alonso Galbán P. Medicina general–Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
2. Segredo Pérez AM. El análisis de la situación de salud (ASIS), una herramienta esencial para los servicios de salud. La Habana: Convención Internacional de Salud Pública; 2012.
3. Segredo Pérez AM, Fernández Díaz IE, Presno Labrador C. El enfoque de análisis de la situación de salud en el desarrollo de la atención médica integral dispensarizada. 2005 [citado 19 sept 2014]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/bmn/el\\_enfoque\\_de\\_analisis\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_salud\\_en\\_el\\_desarrollo\\_de\\_la\\_atencion\\_medica\\_integral\\_dispensarizada.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/bmn/el_enfoque_de_analisis_de_la_situacion_de_salud_en_el_desarrollo_de_la_atencion_medica_integral_dispensarizada.doc)
4. Segredo Pérez AM. El análisis de la situación de salud y la familia. Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria. Asignatura Salud Comunitaria y Familiar I. [CD-ROM]. República Bolivariana de Venezuela: CEDISAP; 2007.
5. Pría Barros MC, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso AT, Gómez de Haz H, Segredo Pérez AM. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [citado 19 Ago 2013];22(3). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es)

6. Segredo Pérez AM. Caracterización del modelo cubano de Medicina Familiar. ENSAP. 2006. En: CD Diplomado en Dirección en Salud. Misión Barrio Adentro. [CD-ROM]. La Habana: CEDISAP; 2006.
7. Tájer D GM, Reid G, Lo Russo A, Attardo C, Fontela M, et al. ¿Cómo medir la integralidad y la equidad de género? Una propuesta posible. En: Tájer D, editor. Género y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 49-64.
8. Artilles Visbal L, Alfonso Rodríguez A. Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud. La Habana: representación OPS/OMS; 2011.
9. Díaz Bernal Z, Presno Labrador MC. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 [citado 6 Ene 2015]; 29(2): 228-33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252013000200014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200014&lng=es)
10. Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.
11. Martínez Calvo S. Utilidad y aplicación del análisis de situación de salud en el Sistema Nacional de Salud. Cuba 1988-2011 [tesis]. La Habana: ENSAP; 2012 [citado 19 de Ago 2013]. Disponible en: <http://www.files.sld.cu/revsalud/files/2012/12/silviatesis131212.pdf>
12. Arredondo A. Equidad e Inequidades en salud: hacia un enfoque integral de los determinantes sociales en salud. Hitos Ciencias Económico Administrativas. 2011; 17(48): 87-92.
13. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia en el policlínico y el hospital. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.
14. Programa de medicina general integral: La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1989.
15. Sierra Pérez D, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Barceló Montiel Z, Fernández Corona B, et al. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
16. Pría Barros MC, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso AT, Gómez de Haz H, Lorenzo Rodríguez A, Segredo Pérez AM. Evaluación de los informes de análisis de la situación de salud a nivel de los consultorios médicos en el país. Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud. La Habana: ENSAP; 2003.
17. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 3 de Oct 2013]; 39(4). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39\\_4\\_13/spu11413.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_4_13/spu11413.htm)
18. OPS. Equidad de Género en Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D. C.: OPS; 2007 [citado 6 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderEquityinHealthsp.pdf>

19. Artilés L. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. Resumed. 2000;13(3):119-29.

20. Díaz Bernal Z, García Jordá D. Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 30 Ago 2014]; 36(3):198-203. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300002&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300002&lng=es)

21. García Jordá D, Díaz Bernal Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 30 Ago 2014]; 36(4):330-6. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es)

Recibido: 14 de diciembre de 2014.

Aprobado: 15 de febrero de 2015.

*Alina María Segredo Pérez*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [alina.segredo@infomed.sld.cu](mailto:alina.segredo@infomed.sld.cu)

---

\* El enfoque *emic* es aquel por el cual el investigador analiza el lenguaje o la conducta ajena mediante el enfoque y en los términos de sus actores. Sus unidades de análisis no se predicen sino se descubren. El enfoque *etic* es aquel por el cual el investigador analiza el lenguaje o la conducta de otros bajo la perspectiva de su ciencia, y por lo tanto, de su cultura. Este suele ser su punto de partida y es externo a lo analizado. [Pike Kenneth L. Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. París: Mouton & Co.; 1971.]