

## **TITULO: FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL ANALISIS DE SITUACION DE SALUD, COMPONENTE BUCAL.**

### **AUTORES**

Judit Martínez Abreu <https://orcid.org/0000-0003-3184-7872>  
[jmabreu.mtz@infomed.sld.cu](mailto:jmabreu.mtz@infomed.sld.cu)

Estela de los Ángeles Gispert Abreu <https://orcid.org/0000-0002-3427-4099>

Pastor Castell Florit-Serrate <https://orcid.org/0000-0003-2999-3803>

Migdeala Iglesias Durruty <https://orcid.org/0000-0001-5326-6986>

Víctor René Terry Martínez <https://orcid.org/0000-0001-6192-6307>

Jorge Luis Portillo Pestana <https://orcid.org/0000-0002-1405-7118>

### **RESUMEN**

Introducción: el análisis de situación de salud, componente bucal (ASIS-CB) complementa la investigación más importante de la atención primaria, por lo que su perfeccionamiento es esencial.

Objetivo: Determinar las fortalezas y oportunidades de mejora, del análisis de situación de salud, componente bucal.

Material y métodos: se realizó una investigación cualitativa, durante los años 2014 al 2019. Se emplearon la revisión documental, la entrevista a directivos y encuestas a profesionales vinculados al proceso del análisis de situación de salud. Se utilizó la triangulación metodológica, los grupos focales y encuestas con expertos, usuarios, líderes formales, informales. Se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora según criterios de expertos aplicando el Método Delphi. Se tuvieron en cuenta los principios éticos.

Resultados: las principales fortalezas declaradas fueron contar con el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, políticas públicas, sociales y programas de salud que garantizan la realización del proceso del ASIS-CB y con recursos humanos en la atención primaria que

conocen y participan en el mismo. La etapa descriptiva es satisfactoria. Dentro de las oportunidades de mejora se encuentran: necesidad de perfeccionar las etapas analítica y evaluativa del ASIS-CB, elevar la participación comunitaria, incrementar la superación del equipo de salud en metodología de la investigación cualitativa, incluir el enfoque hacia las determinantes sociales de la salud y la intersectorialidad, así como el uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Conclusiones: se evidencia la necesidad del perfeccionamiento del análisis de situación de salud, componente bucal, a partir del aprovechamiento máximo de las fortalezas y el desarrollo de acciones que potencien las oportunidades de mejora. Este proceso logrará una toma de decisiones óptima, fundamentada en las verdaderas necesidades de la población.

## INTRODUCCION

El análisis de situación de salud, componente bucal, (ASIS-CB) es la investigación epidemiológica mas importante de los servicios estomatológicos. Con la participación de la comunidad y de los sectores que contribuyen al desarrollo social, se logra, liderado por el sector salud, una identificación y priorización de los verdaderos problemas que tienen las poblaciones.<sup>1,2</sup>

El papel de la promoción de salud, en este proceso, es esencial, permite fomentar estilos de vida saludables y garantiza la construcción de entornos propicios para la salud.<sup>4</sup>

La atención primaria de salud, estrategia fundamental de la salud pública es el escenario principal del análisis de situación de salud, componente bucal. Complementa el análisis de situación de salud del Médico y de la Enfermera de la Familia y brinda las herramientas necesarias para analizar estratégicamente la toma de decisiones.<sup>1-4</sup>

El objetivo de esta investigación fue determinar las fortalezas y oportunidades de mejora del análisis de situación de salud, componente bucal.

## METODOS

Se realizó una investigación cualitativa, durante los años 2014 al 2019. Se emplearon la revisión documental, la entrevista a directivos y encuestas a profesionales de la salud vinculados al proceso del análisis de situación de salud. Se aplicaron técnicas de la investigación cualitativa para el análisis de contenido y técnicas de consenso como el grupo nominal y método Delphi.

Para la revisión documental se estudiaron los siguientes documentos: Programa del Médico y enfermera de la familia, Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, Plan de estudio D de la Carrera de Estomatología, Programa de la especialidad de Estomatología General Integral, Anuario estadístico de salud (2014-2019).

Se estudiaron los informes finales de los Análisis de situación de salud, componente bucal a nivel de Consultorio del Médico de la familia, de las

provincias de Pinar del Río, Matanzas, Cienfuegos, Villa Clara, Camaguey y Santiago de Cuba, de estomatólogos que tuvieran 3 años o más de experiencia en realizar el ASIS-CB, que dieron su consentimiento para participar, los que conformaron la muestra del estudio en esta fase (690 estomatólogos).

Además, participaron los miembros de los equipos básicos de salud en la atención primaria (230 médicos de familia, 158 enfermeras de la familia, 125 licenciados en tecnología de la salud de perfil estomatológico, 118 técnicos de atención estomatológica) y 1380 miembros de la comunidad correspondientes a las áreas de salud de los informes revisados y seleccionados al azar, así como 27 directivos. A esta muestra se le aplicó encuestas, entrevistas a profundidad y se realizaron grupos de discusión para identificar fortalezas y debilidades del ASIS-CB, estas últimas declaradas como oportunidades de mejora por consenso del equipo de investigación.

Se aplicaron técnicas de la investigación cualitativa para el análisis de contenido y técnicas de consenso como el grupo nominal y método Delphi. Los datos cualitativos fueron triangulados a partir de la información obtenida para su análisis.

Esta etapa permitió identificar lo que perciben los profesionales del equipo básico de trabajo y del equipo de salud bucal en la atención primaria (docentes, asistenciales y directivos), sobre los instrumentos de recolección de la información, el instructivo para llevar a cabo el proceso, el análisis de la información para establecer prioridades y la evaluación del proceso. Se revelaron las fortalezas y debilidades del procedimiento convencional con el propósito de servir de guía para su perfeccionamiento. Se empleó como método de consenso la técnica de grupo nominal, se desarrollaron cinco sesiones, considerándose como las necesarias hasta saturar la información.

- Segunda etapa.

Se realizaron entrevistas en profundidad a 9 expertos. De ser posible y estar de acuerdo los entrevistados, se grabaron las entrevistas (solo 3 aprobaron las grabaciones). Las demás se reflejaron en texto.

Se declararon como criterios de experticia: profesionales vinculados al ASIS-CB, que hayan publicado sobre el tema y/o que lo hayan empleado en su labor diaria durante al menos 3 años, con categoría docente superior, científica o investigativa.

En las entrevistas se trataron uno o dos de los siguientes temas:

- Conocimientos sobre la etapa descriptiva y analítica del ASIS-CB desde la determinación social de la salud y la aplicación de la intersectorialidad.
- Fuentes de información e instrumentos de recolección de datos.
- Experiencia sobre el proceso.
- Opinión de la etapa evaluativa.

Se cumplió lo siguiente: contar con el consentimiento informado, ambiente tranquilo y cómodo, crear un vínculo natural, estimular la aptitud para la conversación, mostrar comprensión, no imponer, obtener hechos concretos y descripciones básicas, atenuar el nivel emocional, concluir la conversación sin perder el contacto.

Si la entrevista en la primera sesión no fue suficiente para la obtención de la información, lo cual ocurrió en 2 casos, se continuó en otra sesión.

- Tercera etapa

Se empleó la revisión documental (análisis de contenido) de los informes de documentos de ASIS-CB.

Para ello se utilizó una guía construida por consulta a expertos y tomando como referencia el libro de Martínez Calvo S.<sup>3</sup>

Para la identificación de la situación actual del ASIS-CB, según la percepción de profesionales del sistema de salud, se aplicaron la observación participante, el interrogatorio y se usaron la encuesta y la entrevista a profundidad.

Las variables a considerar fueron:

- Para todas las personas que participan: edad, sexo, ocupación, profesión, nivel de escolaridad, nivel de conocimientos sobre el tema.
- Para los profesionales de la salud: categoría docente, categoría científica, categoría investigativa, años de graduados, especialidad, uso práctico del ASIS-CB.
- Para la caracterización de los informes se tomaron en consideración las siguientes variables: nivel en que se realizó, año en que se realizó, determinantes sociales de la salud, presencia de etapa descriptiva y contenido, presencia de la etapa analítica y contenido, presencia de la etapa evaluativa y contenido, técnicas empleadas para identificar problemas, técnicas empleadas para priorizar problemas, instrumentos aplicados en la recogida de la información, tipo de análisis estadístico en función de la población asignada total o muestreo, presencia de consideraciones éticas, constancia de la evaluación externa del ASIS-CB, autoevaluación que refleja modificación positiva del cuadro de salud, participación de la comunidad en cada uno de los momentos, participación intersectorial en cada uno de los momentos, forma de presentación del informe final, tipo de estudio realizado, metodología aplicada, evaluación del informe final.

Los datos cualitativos fueron triangulados a partir de la información obtenida para su análisis. Se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora según criterios de expertos. Se cumplieron los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas en la actualidad: beneficencia, no maleficencia, respeto, autonomía y justicia.

Los datos obtenidos se emplearon con fines investigativos y puestos a disposición para el trabajo por el mejoramiento de la formación del capital humano en salud a todos los niveles.

## **RESULTADOS**

Opiniones de los profesionales de Estomatología asistenciales (A), docentes (D) y decisores o gerentes (G)

### 1. Instrumentos de recolección de información

A, D y G: Son buenos, hay modelos oficiales, pero se pueden apoyar con otros elaborados por los profesionales según las poblaciones y objetivos del ASIS-CB en un momento determinado. Pudieran incluirse aspectos como la participación comunitaria, la intersectorialidad y otros que hoy no aparecen reflejados.

### 2. Instructivo para el proceso

A, D, G: No existe para el proceso, lo que existen son instructivos para algunos instrumentos de recogida de información.

### 3. Análisis de la información

Etapa descriptiva: A, D y G: Es satisfactoria, la que más se cumple. Se debe complementar más con las herramientas que brinda la estadística en salud.

Etapa analítica: A, D y G: Es insuficiente, falta capacitación de los estomatólogos en temáticas que apoyan el desarrollo de esta etapa, en especial de la aplicación de la estadística y su interpretación.

Etapa evaluativa: A, D y G: Solo se realiza con fines docentes, el estomatólogo debe autoevaluarse y debe ser evaluado de acuerdo a los resultados del ASIS-CB, sin embargo, no es así actualmente.

La evaluación del documento es un momento necesario, pues permite conocer si el trabajo se está realizando acorde con lo esperado y si se está cerca o no del logro de los objetivos, está implícita en todos los momentos, se vincula la utilización de indicadores que caracterizan a la comunidad en estudio. En Medicina esto se ha venido estudiando por diferentes investigadores conocedores del tema, donde en relación a la situación de salud bucal, no existe una propuesta de este tipo.

Aún se mantiene estrictamente en el ámbito académico el aspecto evaluativo y solo se observa en las guías de evaluación del proceso asistencial si el informe final está presente o no en los servicios estomatológicos, pero no se hace énfasis en su calificación ni en la

sistematicidad del proceso, por lo que es una debilidad a trabajar en aras de elevar la calidad de la atención estomatológica.

4. Participación comunitaria: A, D y G: es insuficiente, se requiere capacitar al equipo de salud en técnicas que le permitan mayor identificación y liderazgo dentro de la comunidad y potenciar su empoderamiento en cuanto a la salud como producto social.
5. Participación intersectorial: A, D y G: es insuficiente, se requiere crear mecanismos que logren mayor entendimiento de la importancia de la intersectorialidad y evidencien su aplicación como tecnología sanitaria.
6. Tiempo: A, D, G: No hay suficiente tiempo para realizarlo. Se requiere una mejor planificación del proceso, aprovechamiento del capital humano y medir el tiempo que demora para su aprovechamiento eficiente.
7. Recursos: A y G: Los recursos humanos están y solo requieren capacitación continua en la temática. Sin embargo, no se planifican adecuadamente los recursos materiales que deben apoyar el ASIS, ni existen recursos materiales suficientes (modelos, hojas, bolígrafos), no se cuenta con medios de enseñanza para interactuar con la comunidad. D: Los programas académicos cuentan con lo establecido y se realiza satisfactoriamente, aunque pudiera perfeccionarse.
8. Evaluación del proceso: A y G: No se realiza, no existen los procedimientos ni criterios o indicadores para ello. D: Solo existe una guía para evaluación de los informes de los estudiantes de pregrado.

Para profundizar en la percepción de los profesionales de salud vinculados a la Estomatología, se exploraron otros aspectos a través de un cuestionario.

Uno de los aspectos explorados fue si conocían las funciones esenciales de la salud pública, se considera de gran importancia señalar, que ninguno ubicó al análisis de situación de salud dentro de las funciones, uno de los profesionales encuestados no supo cuáles eran y el resto expresaron que las conocían y entre ellas mencionaron: fomentar y mantener medidas de prevención y

promoción de salud, fomentar red de servicios a todos los niveles, garantizar la salud de toda la población, sin distinción y de forma gratuita, prioridades de tratamientos a grupos dispensarizados, atención especial a discapacitados, realizar actividades educativas intersectoriales, elevar indicadores de salud, diagnóstico y tratamiento precoz, evaluar programas de salud, disminuir tasa de mortalidad materno- infantil, propiciar estilos de vidas sanos, rehabilitación, administrativa, investigación, asistencial, docencia e informativa.

En cuanto a si consideraban actualizada la metodología que se usa en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, la mayoría la consideraron actualizada, 8 profesionales no la consideran actualizada y 7 no saben.

Al solicitar que se mencionaran al menos cinco ideas generales sobre lo que pensaban acerca de la confección y evaluación del análisis de la situación de salud, componente bucal del último año en las áreas, la mayoría de los profesionales encuestados no hicieron ningún comentario, dejaron la pregunta en blanco. Solo dieciséis mencionaron las siguientes: conocer las características socioeconómicas del área, clasificar la población de acuerdo a sexo, raza, etc, conocer la opinión de la población sobre los servicios de salud, conocer los recursos de que se disponen para la atención a la población, confección de las historias clínicas de salud bucal familiar e individual, identificar la muestra (número de familias a examinar), tabulación de datos, identificación de problemas, confección de un plan de acción, construir un árbol de problemas para darle solución, solución de los problemas teniendo en cuenta orden de prioridad, obtener resultados que demuestren nivel de satisfacción, conocer la situación epidemiológica del área, dispensarizar a la población, ubicación geográfica de los consultorios médicos de familia, que el Análisis de la Situación de Salud Bucal sea comparativo con otros para ver su impacto.

Sobre esta misma temáticas dos profesionales comentaron:

- “A causa de los constantes movimientos del personal médico y de la aparición o cierre de algunos consultorios a mi entender las muestras no

fueron lo suficientemente fidedignas lo que ocasionó que en algunos casos los datos obtenidos no sean los reales”.

- “El análisis en mi área, no me dio una muestra real pues en este caso los consultorios cambiaron su composición y el total de población de pronto en el medio del proceso, creo que no se muestra la realidad del estado de salud de los mismos”.

Cuando se refirieron a para que usan el informe, la mayoría de los profesionales encuestados reconocieron que no lo usan en su labor diaria porque se desempeñan la mayoría del tiempo en el escenario de la clínica, 18 no argumentaron por qué no lo usan y tres señalaron lo siguiente:

- Mi trabajo no se vincula diariamente con la tarea, estamos en la clínica cumpliendo indicadores asistenciales y el ASIS-CB es en la comunidad para la promoción de salud y prevención a otro nivel no tan importante.
- Porque existen muchos consultorios que tienen que ser atendidos por los estomatólogos que están trabajando aumentando nuestro universo y no hay tiempo de actuar en la comunidad, la clínica es lo primero.
- Porque mi función de trabajo no está acorde con esa tarea, eso lo hacen las Licenciadas y las TAE.
- Lo uso, pero no lo suficiente porque la necesidad de atención sanitaria es grande y solo da el tiempo para trabajar sobre los grupos priorizados no beneficiándose tanto el resto de la población.

Dieciocho profesionales explicaron que lo usan para caracterizar la población, dispensarizar y elaborar un plan de acción y ejecución que no siempre se cumple.

Al referirse al tema de las determinantes sociales de salud y su importancia en el análisis de la situación de salud bucal de las comunidades la mayoría de los profesionales ubicaron en primer lugar la biología humana al analizar las determinantes de la salud. En segundo lugar el medio ambiente seguido de los estilos de vida, y en cuarto lugar la organización de los servicios. No se refirieron a otras determinantes.

Se apreció una tendencia biologicista en las consideraciones de las prioridades que están en correspondencia con la formación educacional de los planes de estudio de años anteriores y con la competencia y desempeño manifiestas en la labor diaria de los estomatólogos donde se priorizan las acciones dentro de la clínica y no las acciones comunitarias.

Sin embargo, el reconocimiento del medio ambiente y los estilos de vida en segundo y tercer lugar conllevan a evidenciar el cambio de pensamiento que se está realizando ya en Estomatología donde los profesionales identifican los problemas ambientales cada vez con mayor implicación para la salud bucal y general en Cuba y en el resto del mundo, así como los comportamientos no saludables de las personas que a mediano y largo plazo tienen impactos negativos en la salud bucal y general.

Al expresar opiniones sobre como creen que el ASIS-CB influyó en la toma de decisiones de los directivos, predominó el criterio de No sé, muy pocos consideraron que sí. La mayoría de los Estomatólogos Generales Integrales que participaron en la investigación consideraron que no.

La gestión en salud, a la luz de los acontecimientos actuales, debe fundamentar sus objetivos y acciones en la ciencia y apoyarse en la tecnología

La base científica de la toma de decisiones está en la realización con calidad del ASIS-CB donde se muestran los factores que condicionan y determinan la salud de individuos, poblaciones y comunidades, evidencia los comportamientos humanos y brinda elementos fiables para el análisis de la efectividad de las estrategias y políticas de salud.

La toma de decisiones sin tener en cuenta estos aspectos conduce a caminos erróneos y a demorar el alcance de metas de salud a nivel provincial, nacional e internacional.

La gestión con ciencia y conciencia, contribuye a aprovechar eficientemente los recursos humanos y materiales en aras de elevar la satisfacción de la población.

Cuando se refirieron a si las investigaciones en que han participado son sobre temas vinculados a los resultados del ASIS-CB, un poco más de la mitad de los participantes refirieron que no, el resto refirió que sí y solo 4 que no saben.

Una de las prioridades del MINSAP es el rescate de los conceptos fundacionales del Programa del Médico y enfermera de la familia y su perfeccionamiento a la luz de las transformaciones de la Salud Pública, de ahí que el perfeccionamiento del ASIS contribuye a cumplir estos objetivos. Las acciones, estrategias y políticas deben basarse en los resultados de las investigaciones epidemiológicas de la atención primaria, siendo el ASIS-CB la herramienta científica más importante para el estomatólogo. La vinculación docencia-asistencia-investigación es una triada que debe evidenciar la eficiencia de los servicios estomatológicos.

*Opiniones de los miembros del equipo de salud no vinculados a la Estomatología:*

- ✓ No tenía conocimiento de que los estomatólogos realizaran el componente bucal del ASIS. El ASIS del médico lo evalúa la dirección del policlínico, pero no solicitan el componente bucal ni participa el estomatólogo.
- ✓ El médico es el encargado de realizar el ASIS conjuntamente con la enfermera, ambos somos el equipo básico de trabajo. No conozco si los estomatólogos, licenciadas o técnicos de estomatología forman parte de este equipo básico de trabajo. El médico es el gestor de la actividad.
- ✓ No conozco como se vincula el ASIS de estomatología con el de medicina.
- ✓ No se relaciona lo que los directivos hacen, con los resultados que nosotros obtenemos en los ASIS, salvo en algunos casos como por ejemplo en los recursos humanos sí.
- ✓ Sobre si el ASIS está dentro de las funciones de la salud pública en Cuba, no sé.
- ✓ En nuestro medio realizar el ASIS-CB es responsabilidad del estomatólogo con la TAE. El encargado de evaluar el ASIS-CB es el

responsable del Consejo Asesor para la Calidad de los Servicios Estomatológicos (CACSE).

- ✓ Los especialistas del segundo nivel de atención en la práctica no trabajan con los resultados de los ASIS-CB que se realizan en la base, deberían, pero no lo hacen.
- ✓ Considero que algunos directivos no toman sus decisiones basados en los resultados de los ASIS-CB, deberían, pero no lo hacen.
- ✓ Las investigaciones se hacen a partir de un grupo de problemas que salen de los ASIS-CB realizados y en base a eso es que se trabajan en las diferentes líneas de investigaciones.
- ✓ En el programa de estomatología no hay planificado un espacio de tiempo para realizar el ASIS-CB y trabajar con él en la comunidad, ni para exponer los resultados parciales y finales ante el resto de los actores sociales, comunitarios y de la propia clínica estomatológica.

Durante las entrevistas a decisores o gerentes se recogieron las siguientes opiniones:

- ✓ El ASIS-CB es la primera función de la salud pública para poder actuar sobre los problemas de salud bucal que afectan a la población.
- ✓ El ASIS-CB se realiza por el estomatólogo en la base cada dos años, el jefe de departamento o clínica cada dos años, el asesor municipal lo hace cada dos años, pero invertido es decir el año que no lo hacen en las clínicas al igual que el de provincia.
- ✓ Cuando el Estomatólogo realiza su plan de trabajo debe coordinar con su director y programar las horas para realizar el ASIS-CB ya sea para la pesquisa como para trabajar con él.
- ✓ Dentro del Programa nacional de estomatología está diseñado que cuando el estomatólogo atiende uno o dos CMF, para realizar el ASIS-CB tiene que estudiar al 100% de la población y cuando tiene 3 o más CMF

hay que hacer el ASIS-CB por encuestas y se tiene que explicar que método que se usó para sacar la muestra.

- ✓ El especialista de segundo nivel de atención no puede vincularse directamente con el estomatólogo para trabajar con el ASIS-CB pues él es uno solo para la población que atiende es muy amplia ya que abarca varios consultorios, mientras que el estomatólogo general y el EGI no. Cuando estos últimos realizan el ASIS-CB informan a sus jefes de departamentos y de clínicas sobre los resultados obtenidos y estos a su vez realizan su ASIS-CB y le informan sus resultados al municipio, este a provincia y este al Ministerio a nivel nacional, luego cuando el ministerio tiene los resultados destina los recursos materiales y humanos para actuar sobre los problemas detectados, de manera que el estomatólogo en su área se vincula con su director de clínica y este es quien le da las orientaciones a los especialistas del segundo nivel.
- ✓ Para escoger los temas de investigación, el estomatólogo decide sobre que quiere investigar y hay una comisión que estudia los proyectos y decide si la investigación se puede realizar o no.
- ✓ Considero que el programa de atención integral a la población esta actualizado y la metodología que se usa para el ASIS-CB también, salió primero una edición amarilla, otra azul y una verde en el 2002, 2004, 2009 y uno revisado en el 2011, como no hay que cambiar nada sustancialmente en el ASIS-CB, se puede dejar como está concebido.
- ✓ El ASIS-CB se realiza por el profesional que atiende al consultorio en conjunto con el equipo de salud y con la comunidad. La parte de estomatología somos un componente dentro del ASIS que debe realizar el médico de familia en el consultorio, pero esto no está funcionado correctamente ya que el medico desconoce el estado de salud bucal de la población que atiende.
- ✓ El ASIS-CB debe evaluarlo el propio estomatólogo y después el medico que es el que debe informar a los directivos sobre los problemas de salud de su área y actuar sobre ellos. En las clínicas lo debe de evaluar el

estomatólogo con su equipo de salud bucal (TAE y líderes de la comunidad).

- ✓ En la práctica los resultados de los ASIS-CB que se realizan en la base no están influyendo en las decisiones que toman los directivos. Los informes no se están realizando con la calidad requerida y la información no resulta confiable para la toma de decisiones.
- ✓ Todos los profesionales de la estomatología deben estar relacionados y retroalimentarse con los ASIS-CB para realizar su trabajo incluyendo todas las especialidades.
- ✓ Una vez confeccionado el plan de acción y ejecución debe evaluarse el cumplimiento de las actividades, y las que no se puedan cumplir darle seguimiento de alguna forma para que al final se pueda resolver el problema de la comunidad a la cual se debe rendir cuenta y debe participar en las soluciones.

También se exploró la opinión en relación a las condiciones en que deben ser almacenados los documentos del ASIS-CB, aspecto importante a tener en cuenta, dado que es información vital para la toma de decisiones a nivel de la atención primaria de salud que debe estar protegida y al alcance de todos los niveles para ser consultada adecuadamente en el momento que sea necesario.

El Programa Nacional de Atención Estomatológica establece dentro de sus acápites metodológicos que los documentos del ASIS-CB, se deben almacenar en el departamento de archivo y estadística de forma digital e impreso junto a los documentos de cada consultorio. Sin embargo, esto no era del conocimiento de la mayoría de los participantes en el estudio ni se encontraron evidencias sobre el cumplimiento de lo establecido.

#### Resultados de la Revisión documental de informes de ASIS-CB.

Para la caracterización de los informes de ASIS-CB se tomaron en consideración las siguientes variables: nivel en que se realizó, año en que se realizó, determinantes sociales de la salud, presencia de etapa descriptiva y

contenido, presencia de la etapa analítica y contenido, presencia de la etapa evaluativa y contenido, técnicas empleadas para identificar problemas, técnicas empleadas para priorizar problemas, instrumentos aplicados en la recogida de la información, tipo de análisis estadístico en función de la población asignada total o muestreo, presencia de consideraciones éticas, constancia de la evaluación externa del ASIS-CB, autoevaluación que refleja modificación positiva del cuadro de salud, participación de la comunidad en cada uno de los momentos, participación intersectorial en cada uno de los momentos, forma de presentación del informe final, tipo de estudio realizado, metodología aplicada, evaluación del informe final.

#### Resultados principales:

Nivel: área de salud, consultorios del médico de familia, o sea en la atención primaria.

Año: últimos tres años.

Determinantes sociales de la salud: solo se abordaron los campos de la salud de Lalonde.

Presencia de etapa descriptiva y contenido: con todos los elementos presentes y de forma satisfactoria, aunque en la mayoría se señala que se puede incrementar el uso de la estadística descriptiva.

Presencia de la etapa analítica y contenido: Insuficiente.

Presencia de la etapa evaluativa y contenido: Deficiente.

Técnicas empleadas para identificar problemas: se describen adecuadamente.

Técnicas empleadas para priorizar problemas: se describen adecuadamente.

Instrumentos aplicados en la recogida de la información: los establecidos por el PNAEI.

Tipo de análisis estadístico en función de la población asignada total o muestreo: existieron insuficiencias en la mayoría de los informes revisados.

Presencia de consideraciones éticas: reflejadas en el informe.

Constancia de la evaluación externa del ASIS-CB: no existe.

Autoevaluación que refleja modificación positiva del cuadro de salud: no existe.

Participación de la comunidad en cada uno de los momentos: insuficiente, en la mayoría de los informes no se describe como se realiza.

Participación intersectorial en cada uno de los momentos: insuficiente, en la mayoría de los informes no se describe como se realiza.

Forma de presentación del informe final: escrito a mano, algunos impresos o en formato digital, se aprecia poco empleo de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Tipo de estudio realizado: predominio de los estudios descriptivos, casi no se hacen estudios analíticos. No se encontró evidencias de estudios de evaluación ni de impactos

Metodología aplicada: en los informes asistenciales predomina el uso de la metodología del Programa nacional de Estomatología, en los informes académicos la mayoría se basa en una metodología perfeccionada en función de la adquisición de habilidades investigativas en el pregrado.

Evaluación del informe final: solo se encontraron evidencias en el ámbito docente.

Se determinaron las siguientes Fortalezas y debilidades:

#### Fortalezas

1. El Programa Nacional de Atención estomatológica integral a la población recoge en su anexo 1 el procedimiento para la realización del ASIS-CB.
2. Se cuenta con las políticas públicas, sociales y programas de salud que garantizan la realización del proceso del ASIS-CB.

3. Todos los miembros del equipo de salud de la atención primaria conocen y participan en la realización del ASIS-CB
4. Existen procedimientos para su ejecución y guías metodológicas para la confección de los informes.
5. La etapa descriptiva es satisfactoria.
6. Los instrumentos de recolección de información son adecuados.

#### Debilidades

1. Etapa analítica del ASIS-CB es insuficiente.
2. Etapa evaluativa del ASIS-CB es deficiente.
3. Poca participación comunitaria e intersectorial.
4. Falta de capacitación de los miembros del equipo de salud de la APS en metodología de la investigación, sobre todo en las técnicas de la investigación cualitativa.
5. El enfoque hacia las determinantes sociales de la salud es insuficiente.
6. Poca uso de las herramientas de la estadística de salud como apoyo al ASIS-CB.
7. Bajo número de índices o indicadores positivos de salud bucal.
8. Bajo aprovechamiento del ASIS-CB como escenario para la promoción de salud bucal.
9. Tiempo insuficiente para el desarrollo del proceso investigativo que fundamenta el ASIS-CB.
10. Exceso de recursos humanos formados para los servicios estomatológicos que no se emplean eficientemente en el ASIS-CB.
11. No se explicita el empleo de la intersectorialidad en el ASIS-CB.
12. Poca uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones como apoyo al ASIS-CB.

### 13. Insuficiente empleo de los resultados de informes del ASIS-CB en la toma de decisiones a todos los niveles.

Se evidencia la necesidad del perfeccionamiento del análisis de situación de salud, componente bucal, a partir del aprovechamiento máximo de las fortalezas y el desarrollo de acciones que potencien las debilidades convirtiéndolas en oportunidades de mejora. Este proceso logrará una toma de decisiones óptima, fundamentada en las verdaderas necesidades de la población.

#### **DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

Martínez Abreu <sup>4</sup> y Martínez Calvo <sup>5</sup> alertan de la necesidad de perfeccionar el análisis de situación de salud en las comunidades.

Martínez Calvo <sup>5</sup> refiere que: "mantener los indicadores que derivaron de los elementos del campo de salud de *Lalonde*, que fue la versión original del procedimiento para realizar el ASIS, es totalmente extemporáneo".

Se analiza desde varias dimensiones en el caso de la presente investigación, debido a que se reconoce en la literatura como un proceso complejo, donde interactúan varias disciplinas y enfoques, que puede ser abordado de diferentes maneras y que en el caso del contexto cubano existen particularidades a tener en cuenta con relación al modelo de la salud pública cubana y al modelo de la atención primaria orientado a la comunidad.<sup>6-8</sup>

Se evidencia la necesidad de incrementar la capacitación y superación profesional desde el punto de vista teórico y práctico en la generación de capacidades para todos los actores del análisis de situación de salud, en especial el componente bucal. A partir de la teoría del cambio <sup>9</sup>, como actualización, así como el estudio de herramientas para la gestión en salud como los mapas conceptuales, <sup>10</sup> y los análisis económicos que sustentan la salud pública donde se miden indicadores de eficiencia y efectividad,<sup>11</sup> se ofrecen oportunidades de mejora que pueden contribuir al perfeccionamiento del proceso.

El estudio realizado coincide con autores que plantean que el sistema de salud tiene como objetivo incrementar los niveles de salud, la calidad de los

servicios, y la satisfacción de la población y de los prestadores. Para alcanzar estos propósitos, le concierne relacionarse, establecer alianzas e integrarse de manera sinérgica con otros sistemas de la sociedad y la economía a fin de ejercer control sobre los determinantes sociales de la salud. En un trabajo publicado en la Revista Cubana de Salud Pública que tuvo como objetivo identificar la percepción de actores sociales acerca del proceso de la intersectorialidad en su sector y sus implicaciones en la salud y el bienestar de la población, se obtuvo información de 52 actores sociales clave en el contexto socioeconómico actual. Se pudo apreciar que a pesar de existir voluntad política y actores sociales convencidos, la realización del proceso de intersectorialidad para la salud y el bienestar en el contexto socioeconómico cubano, se percibe como baja, y que muchas de las situaciones que demandan intersectorialidad en la vida diaria demuestran insuficiente integración sectorial, ello indica que su aplicación en la actualidad no se corresponde con el alcance tecnológico que la intersectorialidad ha adquirido, por lo que hay necesidad de reforzar los elementos que competen al sector de la salud, y los vinculados a otros sectores de la sociedad y la economía.<sup>12</sup> En otras investigaciones se refiere el papel esencial de la participación comunitaria y de la intersectorialidad en el análisis de situación de salud.<sup>13-16</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas-Fernández J, Favier-Torres M. Por el rescate de los principios del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. **Revista Información Científica** [Internet]. 2020 [citado 18 Nov 2021]; 99 (2) :[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2755>
2. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. ECIMED. La Habana. 2011.
3. Martínez Calvo S. Análisis de la Situación de Salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1998 [citado 30 May 2020];24(1):19-22. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es)

4. Naípe Delgado M, Salabert Tortoló I, Martínez Abreu J, Claro Prince J, Medina Tápanes E, Vargas Carnot D. La COVID 19, los Determinantes Sociales de la Salud y las Declaraciones de Alma Atá 1978 y Astaná, Kazajistán 2018. *revmedicaelectronica* [Internet]. 2020 [citado 12 Mar 2021]; 42(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4184>
5. Martínez-Abreu J. Una reflexión necesaria acerca del enfoque social en el análisis de la situación de salud bucal. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado 18 Nov 2021]; 43 (3) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/543>
6. Martínez-Calvo S. Acerca del artículo publicado que se refiere al análisis de situación de la salud bucal. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado 18 Nov 2021]; 44 (1) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1195>
7. Almeida-Filho, Naomar, *Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones*. *Salud Colectiva* [Internet]. 2006;2(2):123-146. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203>
8. Di-Fabio J, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 18 Nov 2021]; 46 (2) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2193>
9. Viola Casseti, Joan J. Paredes-Carbonell. La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2020 [citado 2021 Nov 09]; 34 ( 3 ) : 305-307. ISSN 0213-9111. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301591>

10. García Delgado B, Di Fabio JL, Vidal Casanovas J. Mapa conceptual sobre salud pública y propiedad intelectual en Cuba: actualización 2020. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e76.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.76>
11. La Economía y la Salud Pública en Cuba en la década de 1960. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2000 Dic [citado 2021 Nov 09] ; 26( 2 ): 141-147. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200009&lng=es)
12. Castell-Florit Serrate Pastor, Gispert Abreu Estela de los Ángeles. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 09] ; 38( Supl 5 ): 823-833. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=es)
13. Gispert Abreu E de los A, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Salud bucal poblacional y su producción intersectorial. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2015 [citado 29 Abr 2018];52-3. Disponible en:  
[http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/807\\_2](http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/807_2)
14. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
15. Organización Panamericana de la Salud. Señales en Farmacovigilancia para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49549>
16. UN CEPAL. Construir un futuro mejor: acciones para fortalecer la Agenda 20-30 para el Desarrollo Sostenible. CEPAL. 2021. Disponible en:  
<http://hdl.handle.net/11362/46682>

X Simposio Visión Salud Bucal  
IX Taller sobre Cáncer Bucal

