

La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
<i>ANTECEDENTES.....</i>	<i>1</i>
<i>ACTUALIDAD, NOVEDAD Y OBJETO DE ESTUDIO</i>	<i>4</i>
<i>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>5</i>
<i>OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....</i>	<i>6</i>
<i>MARCO TEÓRICO.....</i>	<i>6</i>
<i>CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....</i>	<i>11</i>
CONTROL SEMÁNTICO.....	13
CAPÍTULO I. LA INTERSECTORIALIDAD. CONCEPTUALIZACIÓN. PANORAMA INTERNACIONAL Y DE CUBA.....	19
<i>COMPRENSIÓN CONCEPTUAL DE LA INTERSECTORIALIDAD.....</i>	<i>19</i>
<i>. TABLA NÚM. II.1. FACTORES INFLUYENTES Y/O DETERMINANTES EN LA SALUD, SECTORES, INSTITUCIONES Y PROGRAMAS QUE INTERVIENEN.....</i>	<i>21</i>
<i>PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN DIFERENTES COMUNIDADES</i>	<i>23</i>
<i>FACTORES CONDICIONANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD.....</i>	<i>30</i>
<i>VOLUNTAD POLÍTICA.....</i>	<i>30</i>
<i>PAPEL DEL ESTADO Y GOBIERNO</i>	<i>30</i>
<i>REFORMAS ADECUADAS DEL SECTOR SANITARIO.....</i>	<i>31</i>
<i>FORTALECIMIENTO DE LOS MINISTERIOS Y SECRETARÍAS.....</i>	<i>31</i>
<i>FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA.....</i>	<i>31</i>
<i>DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD.....</i>	<i>31</i>
<i>RECURSOS HUMANOS MOTIVADOS.....</i>	<i>32</i>
<i>INVERSIÓN TECNOLÓGICA.....</i>	<i>32</i>
<i>SOCIEDAD ORGANIZADA.....</i>	<i>33</i>
<i>FACTORES DESENCADENANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD.....</i>	<i>33</i>
<i>EXPERIENCIAS DE LA INTERSECTORIALIDAD EN VARIOS PAÍSES.</i>	<i>35</i>
<i>LA INTERSECTORIALIDAD EN CUBA.....</i>	<i>42</i>
<i>CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....</i>	<i>45</i>

.....	46
CAPÍTULO II ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN. MATERIALES Y MÉTODOS	
EMPLEADOS.....	47
<i>ESTUDIO SOBRE EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE DIRECCIÓN</i>	<i>48</i>
<i>REVISIÓN DOCUMENTAL.....</i>	<i>50</i>
<i>ELEMENTOS QUE DEFINEN LA GESTIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD: SITUACIÓN DE SALUD O PROGRAMAS NACIONALES.....</i>	<i>50</i>
<i>DEFINICIÓN DE LOS TEMAS NECESARIOS PARA LA FORMACIÓN GERENCIAL ORIENTADA A LA INTERSECTORIALIDAD.....</i>	<i>51</i>
<i>FACTORES CONDICIONANTES Y DESENCADENANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD QUE DEBIERAN CONSIDERARSE COMO INDISPENSABLES PARA LA PRÁCTICA SOCIAL CUBANA.....</i>	<i>54</i>
<i>VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....</i>	<i>55</i>
<i>CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....</i>	<i>56</i>
CAPITULO III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
<i>OBJETIVO NÚM. 1</i>	<i>57</i>
<i>OBJETIVO NÚM. 2</i>	<i>60</i>
<i>OBJETIVO NÚM. 3</i>	<i>66</i>
<i>.....</i>	<i>66</i>
<i>OBJETIVO NÚM. 4.....</i>	<i>70</i>
<i>PRINCIPALES ASPECTOS DERIVADOS DE LA VALORACIÓN CRÍTICA.....</i>	<i>71</i>
<i>CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.....</i>	<i>75</i>
CONCLUSIONES GENERALES.....	77
RECOMENDACIONES.....	79
<i>PRESENTACIÓN DE UNA PROYECCIÓN ESTRATÉGICA.....</i>	<i>79</i>
<i>.....</i>	<i>80</i>
PUBLICACIONES E INFORMES TÉCNICOS DEL AUTOR, RELACIONADOS CON LA INTERSECTORIALIDAD.....	87
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS.....	I
<i>ANEXO A. GUÍA DE PUNTOS A TRATAR EN LOS GRUPOS FOCALES.....</i>	<i>I</i>
<i>ANEXO B. CUESTIONARIO EMPLEADO CON LOS EQUIPOS DE PROYECTOS Y LOS PRESIDENTES DE GOBIERNO MUNICIPALES.....</i>	<i>III</i>
<i>ANEXO C. MODELO DE ENCUESTA SOBRE INTERSECTORIALIDAD EN LOS MUNICIPIOS CON PROYECTOS DE DESARROLLO MUNICIPAL.....</i>	<i>IV</i>
<i>ANEXO D. TABLA RESUMEN ACERCA DE TEMAS MÁS CONOCIDOS.....</i>	<i>IX</i>
<i>ANEXO E. TABLA DE TEMAS CONOCIDOS Y FUENTE DEL CONOCIMIENTO.....</i>	<i>X</i>
<i>ANEXO F. TABLA SOBRE TEMAS QUE APORTARON AL TRABAJO GERENCIAL... </i>	<i>XI</i>
<i>ANEXO G. TABLA SOBRE PRESENCIA DEL TRABAJO INTERSECTORIAL.....</i>	<i>XII</i>
<i>ANEXO H. MODELO DE ENCUESTA SOBRE INTERSECTORIALIDAD PARA MUNICIPIOS SIN PROYECTOS DE DESARROLLO.....</i>	<i>XIII</i>
<i>ANEXO I. TABLA RESUMEN SOBRE CONOCIMIENTOS EN MUNICIPIOS SIN PROYECTOS DE DESARROLLO. POR RANGOS.....</i>	<i>XIV</i>
<i>ANEXO J TABLA RESUMEN SOBRE CONOCIMIENTOS EN MUNICIPIOS SIN PROYECTOS DE DESARROLLO. POR PROVINCIA.....</i>	<i>XV</i>
<i>.....</i>	<i>XV</i>
<i>ANEXO K. GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA REUNIONES DEL EQUIPO DE PROYECTO DE DESARROLLO MUNICIPAL.....</i>	<i>XVI</i>

<u>ANEXO L. TABLAS RESÚMENES DE OBSERVACIONES POR MUNICIPIOS.....</u>	<u>XXVIII</u>
<u>.....</u>	<u>XXI</u>
<u>ANEXO M. TABLA RESUMEN SOBRE ASPECTOS PRESENTES EN LOS PROGRA-</u>	
<u>MAS NACIONALES DE SALUD.....</u>	<u>XXII</u>
<u>ANEXO N. TABLA RESUMEN SOBRE ACCIONES PRESENTES EN LOS PROGRA-</u>	
<u>MAS NACIONALES DE SALUD.....</u>	<u>XXIII</u>
<u>ANEXO Ñ. TABLA RESUMEN SOBRE VALORES MEDIOS Y DE DISPERSIÓN DE</u>	
<u>ACCIONES POR NIVEL DE LOS PROGRAMAS.....</u>	<u>XXIV</u>
<u>ANEXO O. TABLA RESUMEN DE LOS INDICADORES PRESENTES EN LOS PRO-</u>	
<u>GRAMAS.....</u>	<u>XXV</u>
<u>ANEXO P. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES EN LOS PROGRAMAS</u>	
<u>INTEGRALES.....</u>	<u>XXVI</u>
<u>ANEXO Q. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES EN LOS PROGRAMAS</u>	
<u>AMBIENTALES.....</u>	<u>XXVII</u>
<u>ANEXO R. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES EN LOS PROGRAMAS</u>	
<u>DE OTROS RIESGOS.....</u>	<u>XXVIII</u>
<u>ANEXO S. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES PARA EL CONTROL</u>	
<u>DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....</u>	<u>XXIX</u>
<u>ANEXO T. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES PARA EL CONTROL</u>	
<u>DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....</u>	<u>XXX</u>

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La salud pública, compuesta por diversas disciplinas, tiene un objetivo central: el mejoramiento de la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida humana con calidad. Lo que demanda una acción integradora.

Este es un fenómeno históricamente determinado, no surge espontáneamente, al menos en el sentido de acción consciente y concertada de varios actores sociales hacia un fin de salud. Para ello es necesaria la intervención de personas, con capacidad de decidir actuaciones conjuntas, por la posición que ocupan en la sociedad. De ahí que la existencia de un pensamiento intersectorial en la conducción de las acciones sociales, juegue un rol mediador fundamental entre los determinantes de la realidad objetiva y la realización de esas acciones.

La compleja interrelación entre determinantes y condicionantes para el desarrollo de la acción integral en salud en los distintos países, tiene lugar en variados escenarios según el grado de desarrollo socioeconómico y humano alcanzado, la historia, cultura y ambiente natural, la estructura social, la organización y funciones del gobierno y de cada sector en particular. Esto patentiza lo limitado que resulta tratar los problemas del sufrimiento humano, con un enfoque patrimonial del sector salud..

“Las limitaciones de la aproximación biomédica a los problemas del sufrimiento humano fueron puestas de manifiesto hace más de 30 años por autores como Mc Keown, Cochrane e Illich. A partir de sus trabajos surge la noción de Intersectorialidad como un intento de incrementar las ganancias en salud de las intervenciones

desde actuaciones formalmente coordinadas del sector sanitario con otros sectores.”¹

Sin embargo, *“la idea del trabajo intersectorial con una connotación mundial tomó carta de naturaleza en la estrategia de Salud para Todos a finales de los años 70, donde aparece como llamada intuitiva y global y desde entonces ha sido masivamente aceptada como meta de las intervenciones de Salud Pública”²* en diversos lugares del mundo, pero la opinión generalizada es que no existe correspondencia plena entre el discurso y la acción, lo cual por otra parte, es necesario demostrar.

En Cuba, el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como objetivo central la salud, el bienestar, las condiciones y la calidad de vida de la población para lo cual cuenta con una red de servicios de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, de formación de recursos humanos y de investigación.

Es parte central de esta concepción la integración con la organización económico-social, sus sectores y la propia población. En tal sentido la dirección en salud tiene que asumir también roles participativos dentro de un gran sujeto de dirección que es toda la sociedad a cuyos planes y programas se subordina.

La salud pública cubana del período revolucionario se caracterizó desde su inicio por una preocupación constante de todo el pueblo atendiendo no solamente los aspectos curativos, sino también los promocionales y preventivos, lo que conllevó que las tareas de la salud pública no estuvieran limitadas a ser desarrolladas por el sector salud, El Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, fue muy preciso cuando señaló:

“[...]Cómo el campo de la medicina se une con el campo de la economía, con el campo de la agricultura y con el campo de la industria; cómo la medicina preventiva se vincula con la técnica agrícola de producción, cómo el índice de las enfer-

¹ Alvarez-Dardet, C. Las bases de la promoción de la salud. Extraído el 10 de enero del 2002 del sitio WEB de la Universidad de Alicante. <http://www.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.html>.

² Alvarez-Dardet, C. Obra citada

*medades se reduce parejamente no sólo al número de médicos, sino a la cantidad de proteínas, de minerales y de vitaminas que cada ciudadano ingiera diariamente y de las condiciones en que se produzcan; y cómo la reducción de las enfermedades va paralela a la elevación de las condiciones de higiene de las ciudades, del número de acueductos, del número de viviendas decorosas, del número de medios con que se cuenta para rodear a cada ser humano de las mejores condiciones materiales de vida; como marcha paralela la medicina preventiva con la educación general, con la cultura general, con la enseñanza en todos los niveles; cómo incluso, esa medicina preventiva es tarea no sólo de los médicos, no sólo del Ministerio de salud pública, como es tarea también del Ministerio de educación, como es tarea de las organizaciones de masas, como hay que preparar a los niños, como hay que enseñarlos, como hay que educarlos, qué hábitos hay que crearles, qué desarrollo hay que promover, qué conocimientos de higiene hay que inculcarles, cómo hay que enseñarlos, incluso, a alimentarse[...]*³

Consecuentemente, desde un inicio comenzó el trabajo conjunto con las organizaciones de masas y otros sectores, por citar algunos: educación, deportes, comercio, gastronomía y agricultura. Los resultados que se fueron alcanzando permitieron constatar desde la práctica, lo que posteriormente comenzó a ser un nuevo paradigma para abordar los problemas de salud.

Un hito importante lo constituyó en el año 1976, el proceso de descentralización del sistema político cubano al diseñar todo un sistema de organización estatal que tenía como punto de partida el principio de que el poder pertenece al pueblo.

Se crea así un escenario que posibilitó un mayor acercamiento del nivel de dirección con las instituciones subordinadas, con más integración. Se facilita la organización y funcionamiento del sistema local y se amplía la capacidad de identificar los problemas de salud, bienestar y calidad de vida, con un mayor nivel de res-

³ Castro, F. (2000) *La salud pública y el desarrollo de la medicina*. Pag. 297. Ciudad de La Habana. Editora Política.

puesta, participación más directa de la población, de sus organizaciones representativas y de los sectores de la economía y la sociedad.

Otra experiencia muy relacionada en particular con la intersectorialidad, lo constituyen los proyectos de trabajo realizados por el MINSAP con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en diversos municipios del país, donde ya se han alcanzado resultados notables y se prevén otros más significativos en el futuro inmediato.

ACTUALIDAD, NOVEDAD Y OBJETO DE ESTUDIO

No obstante los logros alcanzados, existe la impresión de que en el país la intersectorialidad en salud no ha logrado aún los efectos y resultados que pudiera ser capaz.

Aunque ésta es una consideración que se repite en los análisis de muchos países del mundo, lo cierto es que en Cuba hay particulares condiciones para lograr que la acción intersectorial se manifieste en toda su plenitud.

Lograrlo es una necesidad vital para las grandes metas que el sistema cubano de salud se plantea, pero para hacerlo es necesario determinar dónde están los problemas, cómo se manifiestan y cómo pueden ser solucionados. Resultaría al mismo tiempo un objeto de estudio novedoso y a la vez un aporte significativo al trabajo de la salud pública cubana.

El modelo cubano de gestión sanitaria incluye los conceptos de promoción de salud, estilos de vida saludables, universalidad en el acceso y la atención primaria como estrategia del sistema de salud, por citar sólo algunos y ninguno de ellos es posible sin una acción y una respuesta Intersectorial científicamente fundamentada.

Todas estas consideraciones conducen a plantearse el siguiente

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
Esta investigación se justifica en	<i>¿Se conoce y materializa la intersectorialidad en la práctica social cubana, de manera que se aprovechen al máximo sus potencialidades en las condiciones de un sistema de salud público, único, igualitario y gratuito?</i>

la necesidad de poder obtener evidencias científicamente fundamentadas que identifiquen los factores que determinan, condicionan y desencadenan la respuesta frente a los problemas de salud, bienestar y calidad de vida, la participación de los sectores y la población en la identificación y solución de los problemas y la capacitación como forma efectiva de lograr participación.

Por otra parte, el análisis sobre la aplicación real de la intersectorialidad aparece en la literatura internacional más bien como conceptos intuitivos, criterios derivados de la observación o la apreciación empírica, pero el autor no ha podido hallar en los libros consultados, las revistas especializadas, los informes de eventos científicos y boletines de la OPS y la OMS, así como en Internet, estudios de base científica que demuestren en qué medida la intersectorialidad se aplica o se debería aplicar, dónde están los puntos débiles, cuáles son sus causas y cómo pudieran resolverse.

Lo cierto es que una investigación de este tipo requiere resolver primero cuáles son los factores condicionantes y desencadenantes de la intersectorialidad, para a

partir de ahí poder efectivamente confrontar lo que está sucediendo con lo que debería suceder.

En el caso de Cuba, es necesario identificar cuánto se ha avanzado, cuánto nos queda por hacer por la intersectorialidad, y cómo sus resultados enriquecen el proceso de perfeccionamiento.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Teniendo en cuenta el problema planteado y las consideraciones hechas en los párrafos anteriores, los objetivos de esta investigación son los siguientes:

	OBJETIVO GENERAL
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1.	<p>Evaluar los conocimientos gerenciales necesarios para asegurar que los directivos y profesionales, vinculados con la intersectorialidad, estén preparados para participar de forma activa y positiva en dicho proceso. que promuevan un empleo pleno de sus potencialidades.</p>
2.	<p>Caracterizar el nivel de preparación y conocimientos de los directivos y profesionales pertenecientes a los diferentes sectores implicados en los procesos de salud, bienestar y calidad de vida en los niveles locales de salud.</p>
3.	<p>Identificar los factores que condicionan y los que permiten desencadenar la intersectorialidad en las condiciones particulares del sistema social cubano y de las políticas y procedimientos de su sistema de salud</p>
4.	<p>Valorar el desarrollo de la intersectorialidad en la práctica social cubana y establecer sus limitaciones y debilidades.</p>

MARCO TEÓRICO

Los procesos que se desarrollan en función de la salud, el bienestar y la calidad de vida se caracterizan por su complejidad, dimensión social, universalidad, varia-

da composición de componentes, elevada dinámica de realización y atributos propios, pero el efecto de esos procesos depende, esencialmente, de su capacidad para integrarse en un sistema armónico y coherente, capaz de lograr como resultado un efecto típicamente sinérgico. La acción intersectorial forma parte importante de esos procesos.

Esto no es casual, pues mientras que en la naturaleza los fenómenos, los órganos y los organismos tienen una estructura y contenido sorprendentemente integrados, el hombre al crear sus organizaciones, al tratar de explicarse los fenómenos o al intentar tomar decisiones racionales, no le resulta tan fácil o tan evidente hacerlo tomando en cuenta todos los elementos implicados, tanto en su interrelación interna y externa como en su dinámica.

En el caso específico de la gerencia en salud, los enfoques actuales de vanguardia tanto en los sistemas de salud pública estatales como en los privados se basan precisamente en alcanzar procesos de integración sistémica, tanto dentro de las propias instituciones como entre ellas y esto se hace necesariamente extensivo al tomar en cuenta los diferentes sectores económicos y sociales que forman parte de los determinantes y condicionantes de la salud, sin cuya incorporación la acción de las instituciones que planifican o prestan servicios de salud sería insuficiente. La Epidemiología actúa como elemento catalizador de una integración de este tipo.

De lo planteado anteriormente, se puede deducir que el estudio, análisis, diseño y ejecución de esos procesos requiere un enfoque en sistema dadas sus características de complejidad y dinamicidad y un pensamiento epidemiológico debido a que estamos trabajando precisamente, con problemas de salud.

Como es conocido, aplicar el enfoque sistémico ⁴ consiste en utilizar el concepto de sistemas para analizar, comprender e incluso modificar la conducta o los resultados de un fenómeno u objeto, todo lo cual implica tener en cuenta:

- El objeto como un todo y formado por las partes
- Papel relativo de cada parte y del todo
- Objetivos, elementos, propiedades, modo de regulación y variables de estado (resultados)
- Valor positivo o negativo de esta red de interrelaciones
- Principios, leyes, convenciones, creencias o paradigmas que lo gobiernan
- Su interacción con el medio ambiente e incluso el propio medio ambiente
- Evolución en el tiempo y el espacio

Los objetos de dirección constituyen en su totalidad sistemas artificiales autodirigidos donde su capacidad para actuar como un todo integrado está limitado por la capacidad de aquellos que lo diseñaron, por las posibilidades intelectuales y gerenciales de los que lo dirigen, por los niveles de conocimiento y habilidades de los que lo operan, por las tecnologías en que se apoya y por las circunstancias agresivas o favorecedoras, estables o cambiantes del medio dentro del cual operan. De ahí la importancia del enfoque sistémico para comprenderlos y dirigirlos.

La Epidemiología es una disciplina esencialmente investigativa y sistémica⁵ pues justamente descansa en entender los fenómenos de salud-enfermedad en su integridad, en su diversidad, en sus particularidades y en su dinamicidad en la pobla-

⁴ Contrariamente a lo que muchas personas creen, el enfoque sistémico como método del conocimiento científico no es tan nuevo como parece. Los estudios sobre medicina experimental de Parecelso en el siglo XVI, la dialéctica de Hegel a principios del siglo XIX o el análisis del modo de producción capitalista desarrollado por Marx en El Capital a finales del siglo XIX son algunos ejemplos notables. En la actualidad, debidamente conceptualizado y metodizado el enfoque sistémico es uno de los fundamentos metodológicos principales del trabajo gerencial.

⁵ La Epidemiología “nació” sistémica. Si se analizan los brillantes trabajos y acciones de un precursor de esa ciencia como fue el Dr. John Snow al resolver las causas, el posible mecanismo de transmisión y las formas de diseminación de la epidemia de cólera en Londres, en el año 1854, se podrá apreciar claramente el empleo de conceptos básicos de lo que después llamaríamos enfoque sistémico.

ción humana. Esto significa que la utilización del enfoque en sistema no sólo es un aliado natural de la Epidemiología, sino que extiende significativamente las posibilidades de la propia Epidemiología para influir en el alcance de las metas de salud. De ahí, que se hable de enfoque sistémico-epidemiológico para enfatizar que el gerente en salud debe considerarlo como una unidad metodológica.

Otro fenómeno contemporáneo importante consiste en la organización y estructuración de sistemas de salud a escala de país e incluso de grandes regiones geográficas, como es el caso de la Comunidad Europea que incluye una combinación interesante de descentralización-centralización, una concepción interdisciplinaria en el control de las enfermedades y la comprensión de que el fenómeno salud es un problema intersectorial. *“La nueva salud pública, para lograr una efectiva confluencia multidisciplinaria, consolidar un quehacer científico riguroso y plenamente reconocido y ampliar su base de reproducción, creando profesionales plenamente identificados y capaces de contribuir efectivamente al mejoramiento de la salud poblacional, debe trascender sus antiguos problemas y limitaciones”*⁶

La salud pública como sistema contiene numerosas particularidades que la diferencian de otros sectores económicos y sociales. Veamos solamente aquellos que marcan más significativamente la diferencia:

Universalidad. La salud pública tiene que ver con todas las personas, ya sean sanas o enfermas, reciban el servicio o no, pertenezcan a determinado género, edad o grupo étnico e incluso ignoren casi todo acerca de sus posibilidades.

Interdependencia- La producción de salud depende de la interrelación de numerosos actores, todos los cuales son al mismo tiempo, objeto y sujeto del sistema.

⁶López Cervantes, M. La construcción de una nueva salud pública. Una tarea multidisciplinaria. Editorial. Vol. 39. Num. 3. Extraído el 4 de febrero del 2002 del sitio WEB del Instituto Nacional de Salud Pública. México. www.insp.mx/salud/39/393-1html-8k .

Extensión. Implica la participación, el compromiso y la acción de numerosos sectores de la economía, la industria, el comercio, la cultura, la educación, el turismo, la legislación, la protección, la seguridad ciudadana, los medios de comunicación y las ciencias.

Dinámica tecnológica. La tecnología para la salud (equipos, medios diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, terapias, sistemas organizativos y tecnologías informáticas) está sujeta a cambios acelerados y sostenidos en el tiempo.

Presión social. La salud es una condición para la realización personal, social y colectiva e incluso un indicador del nivel alcanzado por una sociedad. Los ciudadanos están cada vez más conscientes de lo que la salud representa para el bienestar propio y el de su familia y en esa medida lo exigen.

Interrelación con el desarrollo económico. Está demostrado que la salud es una condición para el desarrollo económico, pero que este es a su vez una condición para el mejoramiento del estado de salud de la población. Esto hace que la salud en el mundo actual debiera ser considerada no un gasto social, sino una inversión.

La salud pública está constituyéndose en una de las fuerzas vitales que han conducido a la reflexión y a la acción colectivas en torno a la salud y el bienestar. Pero existe la impresión generalizada de que este papel conductor se ha ido desgastando y que la salud pública vive hoy una severa crisis de identidad, de organización, de realización y de financiamiento.

En la actualidad, debe haber un equilibrio entre la cultura de la salud y la gestión eficiente de los servicios en la que ya no predominen los enfoques asistenciales y curativos, sino un avance hacia la promoción y prevención de la salud, para lo cual es necesario contribuir a mejorar el papel social y los alcances de las acciones del sector salud conjuntamente con otros sectores económicos y sociales. De

ahí se desprende la necesidad del enfoque intersectorial como un componente esencial de la producción de salud.

Las denominadas *Funciones esenciales de salud pública* (FESP),⁷ preconizadas por la OPS-OMS, son competencia del estado y deben cumplirse descentralizadamente. En seis de dichas funciones se destaca el carácter participativo e intersectorial para el mejoramiento de la práctica de la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria.

*“Se necesita un proceso que permita que las personas y comunidades puedan mantener y mejorar su calidad de vida en el sentido más amplio, es decir, a lo que se refiere al bienestar físico y mental, a las relaciones con los demás, a la creatividad y a la productividad, a las satisfacciones personales, a la promoción de salud convertida en un instrumento para alcanzar el más alto nivel de bienestar social e individual de las poblaciones, lograda por medio de una respuesta social organizada, con participación de múltiples actores, cuyas decisiones tengan efecto sobre la salud. Se necesita convertir la intersectorialidad en el eje de la promoción de salud, en su piedra angular, junto a la participación comunitaria”*⁸

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

El concepto de intersectorialidad, como integrante fundamental de los sistemas de salud pública y una de las condiciones para el éxito de estos últimos, es un tema sumamente conocido, debatido y generalmente aceptado por autoridades, profesionales de la salud, gobiernos y agencias internacionales.

Nuestro mayor interés es conocer en qué medida países como Cuba, con un sistema de salud único y reconocido internacionalmente como de gran calidad, hace

⁷ Reunión de consulta de expertos (1999, septiembre 9 al 10). Funciones esenciales de salud pública y medición del desempeño de la práctica de salud pública. Washington, D.C.

⁸ Promoción de la salud: una antología (1996). OPS. Publicación científica No. 557. Washington DC, p. 25, 403pp.

un empleo pleno, exhaustivo y eficiente de sus posibilidades. De eso trata la investigación que se presenta en esta tesis

CONTROL SEMÁNTICO

El capítulo presenta los términos incluidos en la tesis que se han empleado de una manera específica o cuyo significado no es de amplio conocimiento. Incluye también las siglas

ABOGACÍA

Combinación de acciones individuales y sociales, diseñados para ganar el compromiso y apoyo político, además de la aceptación social para lograr una meta en salud.

INTERSECTORIALIDAD EN SALUD

Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida.

INTERSECTORIAL EN SALUD INDUCIDA

La originada en situaciones emergentes tales como desastres naturales, epidemias, guerras, u otro tipo de contingencia que afecte a grandes grupos de población y en las cuales las acciones intersectoriales en salud, surgen como una necesidad fuertemente determinada por las circunstancias especiales actuantes y no por un trabajo de negociación, concertación y convencimiento previos.

ACTORES SOCIALES

Personas, organizaciones o agrupaciones humanas que de forma estable o transitoria, desarrollan intereses y necesidades, acumulan fuerza y producen hechos de importancia para la salud o para cualquier otra actividad de significación social

ALIANZA

Acuerdo generalmente temporal entre dos o más organizaciones, para actuar de forma conjunta en el alcance de determinadas metas que se corresponden con sus intereses respectivos, pero manteniendo la individualidad o independencia de cada una.

CALIDAD DE VIDA

Percepción individual, familiar o colectiva y comunitaria, de cómo vivo, para qué vivo, y cómo me inserto en la producción, distribución y consumo de una sociedad dada.

DESCENTRALIZACIÓN

Transferencia del poder político, la capacidad de decisión y de los recursos, sobre todo a nivel intermedio y local, para el fortalecimiento consecuente de esos niveles. Favorece la capacidad de coordinación intersectorial en el nivel local, privilegiando la complementariedad y el mejor aprovechamiento de esfuerzos y de recursos. Descentralización y acción intersectorial son procesos interdependientes.

ESCENARIO

Descripción lo más amplia posible de situaciones, contextos y condiciones ubicadas en el futuro, contra la cual se examinan consecuencias y posibilidades de estrategias alternativas.

ESTILOS DE VIDA

Hábitos, tradiciones, costumbres que el hombre tiene, en relación con sí mismo o los que lo rodean, relacionados con el ambiente, cultura, educación individual, fa-

miliar y comunitaria en que históricamente se ha desarrollado. Es parte de su personalidad, como individuo.

ENFOQUE SISTÉMICO- EPIDEMIOLÓGICO.

Base metodológica de la gerencia en salud que hace énfasis en que la formulación de políticas y la realización de intervenciones sean producto de la integración conceptual del enfoque sistémico y el epidemiológico.

FACTORES DETERMINANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD

Problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya naturaleza demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud, lo que implica la planeación y organización consciente de procesos de integración con otros sectores, para enfrentarlos

FACTORES CONDICIONANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD

Punto intermedio entre los problemas de salud, bienestar y calidad de vida (factores determinantes) y los procesos gerenciales que se aplican para resolverlos de forma intersectorial (factores desencadenantes). Se refiere a las premisas, políticas, aptitudes y actitudes cuya presencia crea el escenario adecuado para que la intersectorialidad se produzca.

FACTORES DESENCADENANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD

Enfoques, técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales, cuya utilización y presencia es fundamental para asegurar una acción adecuadamente coherente y coordinada de los diferentes sectores de la sociedad ante los problemas de la salud, el bienestar y la calidad de vida.

GRADO DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Nivel de coordinación y sinergismo existente entre los subsistemas y las instituciones que integran el sistema de salud en general, y de servicios de salud en particular. Factor que debe contribuir a la intersectorialidad en salud

NIVEL LOCAL

Entidades provinciales y municipales que se relacionan de forma directa o indirecta con la producción social de salud, pertenezcan o no al sector de salud.

NIVEL NACIONAL

Ministerio de Salud Pública y sus instituciones de carácter nacional. Por extensión, aquellos otros organismos o entidades de su mismo nivel horizontal o superior.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Contribución de la comunidad organizada en el marco del proceso de la producción social en salud. Se considera un factor democratizador y dinamizador favorable para el desarrollo de acciones intersectoriales, por ser un proceso integrador alrededor de los reales problemas que debe enfrentar la población.

PROYECTO DE DESARROLLO MUNICIPAL

Forma integrada de abordar los problemas de salud en la cual, a partir de objetivos precisos, se pretende alcanzar mejoras sustanciales en la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población en el nivel local. Por sus características, posibilita agrupar y orientar hacia direcciones específicas los esfuerzos normalmente dispersos de personas, instituciones, sectores y niveles.

SALUD

Categoría biológica, psicológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad que expresa el nivel de bienestar físico, mental y social de individuos, la familia y

colectivos de trabajadores y la comunidad en cada momento de desarrollo de las sociedades. Derecho humano universal. Inestimable bien social.

SECTOR

Organismos, organizaciones, instituciones o grupos que tienen una identidad o un objetivo determinados y cuya actividad es potencialmente un factor favorecedor, agresivo o ambos para la salud de las personas y por ende para la salud pública.

SECTOR SALUD.

Conjunto de organizaciones públicas, privadas y de otros sectores, encargadas de la promoción, protección, curación y rehabilitación de la salud. Es un concepto eminentemente institucional.

SISTEMA DE SALUD

Conjunto de organizaciones, sectores, comunidades, grupos sociales e incluso individuos, de cuya actuación planeada, coordinada y debidamente integrada, depende la respuesta social organizada a los problemas de salud. Es un concepto eminentemente social y es al mismo tiempo el escenario donde la intersectorialidad en salud tiene lugar.

SITUACIÓN DE SALUD

Los problemas principales de salud existentes en un determinado contexto, que pueden hacer más o menos necesaria la intervención intersectorial.

SIGLAS

APS: Atención primaria de salud

ASS: Análisis situación de salud

CMF: Consultorio médico de la familia

EBS: Equipo básico de salud

ENSAP: Escuela nacional de salud pública

ETS: Enfermedad de transmisión sexual

FESP: Funciones esenciales de la salud pública

GBT: Grupo básico de trabajo

MGI: Medicina general integral

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud, organización regional de la OMS para Las Américas.

PAIA: Programa de atención integral a la adolescencia

PAIF: Programa de atención integral a la familia

PDM. Proyecto de desarrollo municipal

SNS: Sistema nacional de salud

CAPÍTULO I. LA INTERSECTORIALIDAD. CONCEPTUALIZACIÓN. PANORAMA INTERNACIONAL Y DE CUBA

COMPRENSIÓN CONCEPTUAL DE LA INTERSECTORIALIDAD

El capítulo explora los aspectos conceptuales fundamentales acerca del tema central de la tesis y presenta una caracterización internacional y nacional sobre su forma de operar y su situación actual.

El autor considera que la comprensión conceptual de la intersectorialidad tiene que partir de un enfoque sistémico de la salud, en el que la intersectorialidad se justifica y se explica.

“Los problemas de salud son generalmente de alta complejidad, donde las fronteras del problema y del sistema que lo genera son difusas y el problema está determinado por reglas, pero estas son imprecisas y variables. Así, el concepto de sector de la planificación económica resulta pobre para el enfrentamiento de los problemas cuasi estructurados. Resulta entonces que los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del “sector salud””⁹

La salud pertenece al grupo de los denominados *sistemas altamente complejos*, entendiendo como tal la presencia de un número muy grande de elementos, relaciones, propiedades, jerarquías y fronteras que tienen numerosas formas de combinarse y recombinarse y que están sometidos a una dinámica muy elevada donde las categorías como causalidad, casualidad y posibilidad tienen una presencia significativa.

La salud aparece como un producto social en la cual sus actores y las acciones, trascienden significativamente las fronteras del denominado “sector salud,” por lo que se

⁹ Capote, R. (1992) Sistemas locales de salud: Organización, regionalización, principios generales en Paganini y Capote (Ed). *Los sistemas locales de salud*. Publicación científica OPS/OMS No. 519. Pag. 129. Washington. Las palabras subrayadas aparecen en cursivas en el original.

requiere de una *respuesta social organizada*, sin la cual el enfoque no sería sistémico y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo.

Numerosos enfoques, acciones e intervenciones participan y se inter cruzan en el intento de alcanzar un modelo sistémico del sector de salud. Cada uno por sí sólo no puede lograr el producto deseado y mucho menos si esas interrelaciones no tienen un mínimo de armonía y coherencia. Hablar de modelo es notablemente fácil, pero llevarlo a la práctica enfrenta contradicciones entre intereses, poderes, puntos de vistas, políticas, grupos sociales y necesidades, sólo para mencionar algunos.

La intersectorialidad conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.

La experiencia del autor en países como Argentina, Bélgica, Cuba, Guatemala, Panamá y Venezuela le ha permitido identificar una larga lista de problemas de salud, en la mayoría de los cuales resulta muy evidente que el sector salud, por muy elevado que sea el presupuesto y recursos que posea no puede resolverlos por sí solo.

En la relación que aparece más adelante (Tabla II.1), puede apreciarse la diversidad, magnitud y trascendencia que pudieran representar para la salud y el bienestar de la población esos problemas, aunque su afectación a la salud dependerá del país de que se trate y de cómo sea enfocado por el sistema de salud correspondiente, según las particularidades sociales, económicas, culturales, demográficas y políticas que existan. En definitiva, no se trata de generalizar estos problemas, sino de destacar que en su mayoría, su origen, su solución o ambas cosas, dependen de sectores

que se ocupan de actividades que no son precisamente, como las que se atribuyen al sector salud.

. TABLA NÚM. II.1. FACTORES INFLUYENTES Y/O DETERMINANTES EN LA SALUD, SECTORES, INSTITUCIONES Y PROGRAMAS QUE INTERVIENEN

Factores influyentes o determinantes en el problema de salud	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes en la salud	Sector salud como determinante positivo	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes de forma positiva en el problema de salud
1. Deficiente educación sanitaria de la población	Sectores de medios masivos de difusión Comunidad Organizaciones ambientalistas	Programas de educación y Promoción de salud	Sectores de la Cultura Sectores Deportivos y cultura física Sectores de Educación Comunidad Organizaciones ambientalistas
2. Insuficiente abasto y calidad del agua de consumo	Sectores responsables de la emisión de desechos líquidos Acueducto y alcantarillados Agencias de gobierno Organizaciones ambientalistas	Programas de educación y Promoción de salud Programas de Higiene Ambiental	Sectores de acueducto y alcantarillados Agencias de gobierno Organizaciones ambientalistas Alcaldías
3. Presencia de micro vertederos y escombros	Sectores varios productores y emisores de desechos y escombros con mala disposición Comunidad	Programas de educación Intervenciones locales Programas de Higiene Ambiental	Sectores responsables de la emisión de desechos sólidos con medidas de control Comunidad Otros organismos colaboradores Alcaldías.
4. Factores contaminantes del medio ambiente	Sectores del transporte, Sectores de industrias varias Comunidad Sectores responsables de la emisión de desechos sólidos y líquidos. Otros	Programas de educación Programa de Higiene Ambiental	Sectores responsables de la emisión de desechos sólidos y líquidos, con medidas concretas para su control. Comunidad Sectores del transporte, industrias varias Organizaciones ambientalistas
5. Delincuencia y violencia en las localidades	Sectores de Cultura Comunidad Medios masivos de difusión Organizaciones sociales Organismos del orden Interior	Programas de educación Investigaciones sociales Intervenciones comunitarias	Organizaciones políticas Organizaciones sociales Organismos del orden Interior Sectores de Educación Comunidad Sectores de la Cultura

Factores influyentes o determinantes en el problema de salud	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes en la salud	Sector salud como determinante positivo	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes de forma positiva en el problema de salud
	Sector de Educación Comunidad Alcaldías		Sector de Deportes y cultura física, otras Organizaciones internacionales ONGs Alcaldías
6. Insuficiente atención al anciano	Sector comunitario Sector salud Organizaciones sociales Organizaciones políticas Comunidad Sectores de expendio de alimentos	Programas de educación Centros apropiados Programa de Atención al Adulto Mayor	Organizaciones sociales Organizaciones políticas Comunidad Sector de expendio de alimentos Organizaciones internacionales ONGs
7. Alto número de divorcios y madres solteras	Sector de la vivienda Sector del trabajo Sector de la seguridad social.	Programas de educación Programa Atención al adolescente Programa de orientación y educación sexual	Organizaciones sociales Organizaciones políticas Sectores de la vivienda Sector de educación Sector del trabajo Sector de la Seguridad social
8. Inadecuado balance energético	Medios masivos de comunicación con inadecuada orientación nutricional Asociaciones de consumidores Asociaciones indígenas	Programas de educación Programa de Nutrición	ONGs Agencias de gobierno Agencias internacionales Asociaciones de consumidores Asociaciones indígenas
9. Práctica sexual insegura	Comunidad (tabúes) Organizaciones sociales Comunidad Sector de Educación Sectores de medios masivos de comunicación	Programas de educación y orientación sexual Cobertura de anticonceptivos y medios de protección (condones)	Organizaciones sociales Sectores Culturales Comunidad Sectores vinculados con la práctica deportiva Sector de Educación Agencias internacionales Sector de medios masivos de comunicación
10. Incremento del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones	Sectores Culturales Comunidad Industria productora del tabaco y del alcohol Asociaciones de consumidores Asociaciones indígenas Sectores de expendio de tabaco y alcohol	Programas de educación Aplicación de Legislación sanitaria Intervención comunitaria Programas específicos	Organizaciones sociales Sectores culturales Sectores de expendio de alimentos Comunidad Industria productora del tabaco y del alcohol Asociaciones indígenas Asociaciones de consumidores.

Factores influyentes o determinantes en el problema de salud	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes en la salud	Sector salud como determinante positivo	Sectores, instituciones y organizaciones determinantes de forma positiva en el problema de salud
11. Insuficiente calidad de ofertas en los servicios	Todos los sectores que prestan servicios con baja competencia y desempeño	Programas en el sector que garanticen que sus estructuras y el proceso la garanticen	Todos los sectores que prestan servicios, con adecuada Competencia y desempeño
12. Escasa preparación en salud de líderes formales e informales	Medios masivos de difusión Comunidad Ausencia de programas de preparación.	Programas de preparación y superación	Programa de preparación y superación de líderes de diferentes sectores
13. Falta de auto-responsabilidad con la salud	Sector salud Organizaciones sociales Medios masivos de comunicación Sector de educación, otros	Programas de promoción y educación para la salud.	Organizaciones sociales Comunidad Sectores de medios masivos de comunicación. Sector de educación , otros
14. Poca práctica de ejercicios físicos	Sectores del deportes y la cultura física Organizaciones sociales Comunidad Medios masivos de comunicación Sector de Educación	Los Programas de salud vigentes, de promoción y educación para la salud.	Sectores del deporte y la cultura física Organizaciones sociales Comunidad Medios masivos de comunicación Sector de Educación
15. Insuficiente competencia y desempeño de profesionales, técnicos y equipos de dirección en general	Ausencia o insuficiencia de Programa de preparación y superación de los sectores	Programa de Preparación y superación de directivos	Todos los sectores con Programa de preparación y superación

PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN DIFERENTES COMUNIDADES

Al analizar los factores influyentes y/ o determinantes en la salud, bienestar y calidad de vida se aprecia como a partir de diversos problemas que están vinculados a esos factores, se derivan consecuencias negativas para la población que pudieran enfrentarse mediante acciones concretas con la participación de instituciones y organizaciones diversas.

Estos problemas se extienden, desde insuficiencias en abastecimientos básicos para la vida como es el agua y el carácter intersectorial que requiere su abordaje, o la presencia de microvertederos y escombros y todas las consecuencias que se derivan de ello, (pero con acciones concretas que se pueden ejecutar para prevenirlos o enfrentarlos), hasta los problemas vinculados con malos hábitos, estilos y condiciones de vida por: inadecuado balance energético resultado de una alimentación pobre, incremento del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, poca práctica de ejercicios físicos, marginalidad e ingresos insuficientes, entre otros.

Otros problemas son los relacionados con incompetencias profesionales del sector salud y otros sectores por escasa preparación y su repercusión en el desenvolvimiento de los procesos, por la salud, el bienestar y la calidad de vida y las insatisfacciones que se presentan como resultado de ello.

La doctora Mirtha Roses Directora de la Organización Panamericana de la Salud, al destacar los compromisos en su nuevo mandato expresó; *“La necesaria participación de todos los sectores de la sociedad en la salud de Las Américas, trabajar en la construcción de consenso y la forja de alianza, fortaleciendo la solidaridad continental y global, ganando a nuevos actores sociales para la defensa de la salud”*.¹⁰

Es criterio del autor que las consideraciones que constantemente se realizan referentes al desarrollo tecnológico que se experimenta en el mundo en sentido general y en particular al de la informática y las comunicaciones, además de considerar en este desarrollo tecnológico precisamente el de las ciencias biomédicas, es menester incluir también el de las ciencias sociales, donde está representada la salud con su complejidad, dimensión social y universalidad.

De positivo podemos plantear que existe consenso y conciencia de la necesidad de la acción intersectorial, para poder enfrentar los problemas que atañen a la salud,

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (2003). Discurso oficial de la doctora Mirtha Roses al asumir su mandato como Directora de la Organización. . Información emitida por la representación de la OPS/OMS en Cuba, recibida de la Oficina de Información Pública, OPS, Washington, DC.

pero se hace necesario pasar de las conceptualizaciones y los discursos, llenos de compromisos y metas incumplibles, a las acciones concretas y que a su vez donde se hayan logrado avances con resultados manifiestos, estos mecanismos de trabajo conjunto se perfeccionen y pasen de una relación entre los sectores, coordinada y a veces inducida, a una relación integrada, consciente e interactiva por la salud, el bienestar y la calidad de vida. El resultado de las investigaciones que aparecen en este trabajo, ha permitido desarrollar una propuesta de proyección estratégica orientada a cambiar esta situación.

Los resultados en la intersectorialidad son mayores en la medida que se logre descentralizar estos procesos y acercarlo, cada vez más, al ámbito local y comunitario; donde los sectores cuenten con el poder y libertad de acción suficiente para, conjuntamente, enfrentar los problemas, cuyas soluciones permitan alcanzar sus propósitos.

Este acercamiento al ámbito local posibilita que la población, en su condición de sujeto y objeto, forme parte en el enfrentamiento de los problemas de salud.

El doctor R. Borroto y colaboradores en sus consideraciones sobre el tema como uno de los cuatro ejes fundamentales de la atención primaria señala:

“[...] la participación intersectorial varía desde la realización de actuaciones aisladas por la salud hasta actuaciones sistemáticas en el marco de una conducta ordenada por la sanidad; significa entonces que los sectores no sólo se organizan ante el surgimiento de un problema que afecte la salud, también ordenan sus acciones en función de evitar el surgimiento de problemas sanitarios en los que su sector está involucrado.”¹¹

No obstante la importancia que para la salud, bienestar y calidad de vida tiene el poder enfrentar los problemas, sería mucho más útil lograr evitar sus fatales consecuencias, además del costo que representa desde todos los ángulos cuando hay que actuar sobre ellos, sin embargo, no se aprecia en los discursos y la literatura que tra-

¹¹ Borroto, R. Lemus, R.E. y Aneiros R. *Medicina familiar y educación médica. en atención primaria de salud.* Zambrana G. Ed. Universidad Mayor de San Andrés. P. 14

ta el tema, intención o tendencia a darle el enfoque de promoción y prevención que sugiere la intersectorialidad.

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Almá- Atá, URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: *"el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación"*.¹²

La participación social y comunitaria es también sistémica por naturaleza, refiriéndose a la interacción de muchos actores dentro del sistema social. De igual forma, se reconoce que las medidas particularmente, para la salud en el nivel local, serán el resultado de una alianza que se negocia continuamente, a medida que van cambiando las condiciones y dinámica en una sociedad, localidad o grupo social¹³

La promoción de salud, como una de las funciones de la salud pública, descansa indiscutiblemente, en el papel que juegue el sector salud, aprendiendo a mirar hacia

¹² OMS. (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud", Almá-Atá, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. *Serie Salud para Todos*, No. 1, Ginebra.

¹³ Barceló, R y Cervantes, J. Salud comunitaria. (1999) El proyecto uni-barranquilla. una modalidad tripartita de gestión asociada. [Versión electrónica] *Revista de la división de ciencias de la salud de la Universidad del Norte*. Barranquilla, Colombia. Vol.14. Consultado el 6 de febrero del 2002 en <http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/salud/articulos/art6.htm>

fuera para solucionar los problemas, pero con un protagonismo conjunto e integrado con la población, siendo esto vital para lograr producción de salud y calidad de vida.

Ese protagonismo que le corresponde a la población, para considerarlo participación comunitaria o social, requiere de organización y conducción acertada, reconocimiento e introducción de sus ideas, escuchándolas, dándole solución a problemas, trabajar como verdaderos equipos, así ésta se apropiará de su labor, el trabajo se realizará mejor, con más responsabilidad, mayor interés, confianza por el cambio necesario, se mostrará motivación y se obtendrán mejores resultados. A esta estrategia de trabajo se le denomina *empoderamiento y abogacía*.

Las personas no pueden alcanzar su total potencial de salud a menos que ellas sean capaces de controlar los factores que determinan su salud. Este control reside idealmente en el individuo cuando puede ejercer dominio personal sobre los determinantes de la salud; pero con algunos aspectos complejos, que tienen que ver con el estilo de vida, el control se debe ejercer además mediante las decisiones y la acción comunitaria. De acuerdo con A. Robertson y M. Minkler algunos de los hechos prominentes que incluye el nuevo concepto de promoción de la salud, entre otros son:

- Ir más allá del énfasis sobre estrategias centradas en el estilo de vida individual, para ampliar las estrategias sociales y políticas,

- Adaptar el concepto de empoderamiento y abogacía como una estrategia clave para la promoción de la salud.

- Reconocer la importancia de la participación de la comunidad en identificar los problemas de salud y las estrategias para darles solución. ¹⁴

¹⁴ Canaval Erazo, G. E.. (1998) *Promoción de salud: Predictores de empoderamiento en mujeres*. Cali 1996. Tesis para optar por el título de Ph. D. en Ciencias de Enfermería, Universidad de Illinois, Chicago, EUA.

Dentro de las actuales políticas de salud que se plantean mundialmente, la promoción de salud constituye un aspecto de gran importancia y sienta las bases de la necesidad de la intersectorialidad. Cinco líneas en la estrategia trazada en la Carta de Ottawa la caracterizan y en todas pueden encontrarse las razones de ello.

- formulación de políticas públicas saludables,
- creación de ambientes propicios,
- fortalecimiento de la acción comunitaria,
- desarrollo de aptitudes y actitudes personales,
- reorientación de los servicios de salud, comprendiendo desde el momento de la concepción hasta el de la muerte.

Todos estos lineamientos implican un profundo cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional, ya que hay que ver la salud como el resultado de la acción de todos los factores que se relacionan con ella y no meramente como sector salud en particular.

Nuevas concepciones acerca de la salud y sus políticas hacen reflexionar sobre nuevos paradigmas y formas de enfrentamiento, razón por la cual consideramos importante detenernos para analizar y valorar, cómo la intersectorialidad sustenta, en gran medida, la forma de encontrar mejoras en el bienestar de la población.

La Carta de Ottawa al señalar: *“Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”*¹⁵. Sentó precedentes para enfocar la salud con ese nuevo paradigma de ser concebida como el bienestar y requie-

¹⁵ OMS. (1986) Carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, Canadá (p. 1)

re, indudablemente, enfrentarlo con el apoyo de todos los sectores de la sociedad, sin que ello minimice el importante papel del sector salud.

Las muertes evitables en el cuadro de salud, son tanto responsabilidad individual como responsabilidad pública, sustentan el empeño de educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que vive el hombre, para que pueda obtener una mayor calidad de vida y por ende una mejor salud.

El hecho de que mundialmente sea aceptada la salud como un estado de bienestar y como fenómeno integral determinado fundamentalmente por las condiciones en que viven las personas, familias y comunidades y que esos factores socioeconómicos solamente pueden ser transformados por la sociedad, requiere del concurso de una clara definición de políticas públicas, la formulación de estrategias, planes, programas y proyectos intersectoriales para abordar los problemas y buscar soluciones. Así, la intersectorialidad se presenta como *solución* y *problema*, por consiguiente, la primera tarea del sector salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla, pues sólo de esta forma, podrá lograr las transformaciones que se requieren en la forma de abordar los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población.

Los factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad de salud, han sido identificados y clasificados en tres grandes grupos:

- Factores determinantes de la intersectorialidad
- Factores condicionantes de la intersectorialidad
- Factores desencadenantes de la intersectorialidad

Sin la concepción clara y precisa de estos factores, no sería posible establecer formas de actuación con enfoques y métodos científicamente fundamentados en este tipo de proceso.

Los factores determinantes de la intersectorialidad fueron relacionados en la tabla II.1, de este mismo capítulo.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD

Es preciso que se delimite el significado de este término, por constituir el eje central del análisis.

*“ Condicionamiento es la acción y efecto de condicionar o sea de convenir una cosa con otra, hacerla depender de alguna condición, circunstancia que es precisa y necesaria para la validación ”.*¹⁶

La intersectorialidad está subordinada a una serie de condiciones previas de las cuales depende la existencia de un escenario proclive a su materialización. La experiencia del autor en el trabajo intersectorial, le ha permitido llegar a las conclusiones siguientes en cuanto a las condiciones previas más significativas y generalizables. Se presentan a continuación.

VOLUNTAD POLÍTICA

Disposición plena de los estados y gobiernos de los países en asumir este enfoque tecnológico de la intersectorialidad como un principio de actuación para convertir en realidad lo que tanto se preconiza en cuanto a la salud, bienestar y calidad de vida de la población. Esta voluntad es la base del condicionamiento de lo que debe hacerse por los responsabilizados con esta acción.

PAPEL DEL ESTADO Y GOBIERNO

¹⁶ Diccionario Enciclopédico abreviado Tomo I ESPASA-CALPE ,S. A. Madrid España Versión en español 2001

Las posibilidades y acciones concretas de los estados y gobiernos, deberán estar enmarcadas en legislaciones y reglamentaciones donde los factores políticos, económicos y sociales se proyecten condicionadamente con este enfoque tecnológico. Se aprecian países que como líneas y criterios propios de integración lo practican y otros tienen en cuenta los acuerdos y proposiciones de las instituciones responsabilizadas con la salud internacionalmente, o ambos inclusive.

REFORMAS ADECUADAS DEL SECTOR SANITARIO

Las reformas como cambios o transformaciones en función de la salud deben contener entre sus objetivos el compartir responsabilidades entre instituciones, individuos y comunidad, así como lograr equilibrio entre sectores y complementación de esfuerzos.

FORTALECIMIENTO DE LOS MINISTERIOS Y SECRETARÍAS

Como aspectos condicionantes de la intersectorialidad, el autor considera importante las referencias de la OPS en cuanto al fortalecimiento del perfil de los ministerios o secretarías de salud con la capacidad necesaria, para ejercer la rectoría en salud, entendida como la conducción de la gestión de la política sanitaria pública, con un contexto caracterizado por las nuevas relaciones entre el Gobierno y la sociedad civil, donde los sectores de la sociedad y la economía tributen a las necesidades que, habida cuenta, la salud pública demande.

FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

De las once que se han definido, en seis de ellas se hace referencia a la intersectorialidad y participación. Se enmarca más claramente la competencia de las autoridades sanitarias y se redefine y fortalece su función rectora, y de las prácticas sociales en salud pública. Su existencia y comprensión es también un condicionante.

DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

La descentralización, entendida como el proceso de pasar a los niveles locales de salud, autoridad, responsabilidad y recursos, es otro de los factores condicionantes fundamentales. Sin ella, o con una versión recortada de ésta, el sector no tendría facultades suficientes para ejercer su liderazgo, negociar las acciones conjuntas y tomar decisiones.

RECURSOS HUMANOS MOTIVADOS

Es tanto un factor condicionante como desencadenante. En su carácter condicionante se refiere a la existencia de personas en el sector salud y en el resto de los sectores proclives al trabajo participativo, a la cooperación mutua y a una comprensión del carácter social de la producción en salud. Prepararlos para la intersectorialidad es un paso posterior, pero sin un condicionamiento psicológico mínimo la formación posterior no puede obrar milagros.

INVERSIÓN TECNOLÓGICA

En salud y otros sectores de la economía y la sociedad, las inversiones tecnológicas no sólo implican instalaciones físicas en función de la calidad de vida, que no dejan de ser importantes, porque a veces éstas se logran como resultado de la intersectorialidad

Se convierte en condicionadora por las expectativas reales que originan: Al promover nuevas acciones similares; al estar motivados sus actores por lo logrado; el fortalecimiento del recurso humano con conocimientos prácticos, de directivos y trabajadores, ampliando su capacidad y actuación, desde la superestructura hasta las comunidades locales, con poder de participación en sus propios asuntos, además,

esas inversiones tecnológicas promueven un nivel de acceso superior al conocimiento.¹⁷

SOCIEDAD ORGANIZADA

Los máximos responsables de la intersectorialidad, son aquellos que participan en ella, no sólo como objeto, sino también como sujeto de dirección del proceso, se refiere a su actor principal, la sociedad. No serían posibles los propósitos que se tracen si el nivel de organización de la sociedad no se corresponde con las necesidades que demanda esa acción.

La intersectorialidad requiere voluntad y voluntariedad y hasta espontaneidad, pero conducida sistémicamente donde cada uno de sus componentes tenga bien definido sus objetivos, funciones y acciones que le corresponde desarrollar y eso no es posible sin organización.

FACTORES DESENCADENANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD

La respuesta social organizada requiere del dominio de enfoques, técnicas, habilidades y tecnologías típicamente gerenciales ciertos para cualquier entidad y vigentes también para el trabajo intersectorial.

El problema estriba en la preponderancia de aquellos que tienen que ver con las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, la creatividad, el consenso y la orientación social del propósito común. Estos son los reales protagonistas desde el punto de vista gerencial.

La experiencia del autor y las fuentes consultadas para este trabajo, permiten presentar una relación, generalmente aceptada, de cuales son los factores desencadenantes de la intersectorialidad desde el punto de vista del trabajo gerencial. Para fa-

¹⁷ Recursos y tecnologías para la salud (2002). En OPS (Ed.) *La salud en las Américas. Volumen I* (pp. 373-379). Washington, D.C. EUA

cilitar su análisis se han organizado en cinco grupos cada uno de los cuales se abre en factores considerados específicos. Ver tabla II.2.

TABLA II.2 FACTORES DESENCADENANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD	
GRUPOS DE FACTORES	FACTORES ESPECÍFICOS
Enfoques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinativo ▪ Estratégico ▪ Ético ▪ Participativo ▪ Sistémico- epidemiológico
Técnicas de trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis y solución de problemas en grupo ▪ Dinámica de grupos ▪ Grupos focales ▪ Interacción ▪ Toma de decisiones en grupo ▪ Trabajo comunitario
Habilidades y destrezas gerenciales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación ▪ Estilo de dirección ▪ Liderazgo ▪ Motivación ▪ Relaciones Inter.-personales ▪ Toma de decisiones
Tecnologías gerenciales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirección por objetivos ▪ Dirección por proyectos ▪ Economía de la salud ▪ Estrategias gerenciales ▪ Evaluación de tecnologías en salud ▪ Finanzas ▪ Mercadotecnia en salud ▪ Negociación y concertación ▪ Sistemas de calidad en salud ▪ Sistemas de información y control ▪ Sistemas intersectoriales de gestión en salud
Producción social en salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de la situación de salud ▪ Bases de la gerencia en salud ▪ Determinantes y condicionantes de la salud ▪ Programas de salud ▪ Respuesta social en salud ▪ Sistema nacional de salud ▪ Sistemas locales de salud

Para el caso cubano, esta relación tiene sólo un valor de referencia, por lo que es necesario determinar cuáles son los factores desencadenantes que debieran tomar-

se en cuenta, bajo las condiciones y características del país y de su sistema de salud. La solución de este punto es parte de los objetivos de este trabajo.

EXPERIENCIAS DE LA INTERSECTORIALIDAD EN VARIOS PAÍSES.

La salud pública es vista, desde el punto de vista epistemológico, como un vasto campo para la acción y para la generación de conocimientos que permite la participación de muchas disciplinas alrededor de un objetivo común que es el mejoramiento de la salud de la población.

La forma de abordar y llevar a la práctica como política la intersectorialidad, es diferente en los países que serán analizados, sin embargo, hay un punto de acercamiento como procedimiento y es que para el desarrollo de la política integral de salud, los ministerios de salud y desarrollo social, coordinan la participación de las instituciones del sector con aquellas instituciones y organizaciones cuyas actividades tienen efectos en la salud de la población incluyendo educación, cultura, vialidad, ambiente, vivienda, economía, agricultura, comercio de alimentos, industria, defensa, y otras, creándose en los niveles nacional, estadual y municipal, los consejos intersectoriales de salud con la finalidad de garantizar la intersectorialidad del sistema público nacional.

Entre las funciones más relevantes de estos consejos intersectoriales se destacan:

- Actuar como órgano de coordinación entre diversos despachos ministeriales o sus equivalentes estaduales y municipales para el diseño de planes, programas y normas relacionados con la salud integral.
- Actuar como órgano asesor y consultivo del ministerio, direcciones estaduales, provinciales y municipales de salud y desarrollo social según corresponda.
- Distribuir entre los integrantes, responsabilidades y compromisos para la ejecución de las actividades que el consejo determine.

El desarrollo de determinados programas de salud, tiene un enfoque intersectorial, tal es el caso por ejemplo del programa de salud del adolescente en Colombia, que tiene como finalidad incorporar a los servicios de salud la integralidad, interdisciplinariedad, la intersectorialidad, la participación comunitaria y la participación juvenil.

En el caso de Perú¹⁸; el programa nacional de salud reproductiva y planificación Familiar, los programas responsabilizados con problemas sociales, como el de salud materno perinatal, salud del escolar y del adolescente, prevención del cáncer cérvico-uterino. En estos programas, para enfrentar los problemas identificados y alcanzar los objetivos, se plantean, entre sus estrategias, el desarrollo de la intersectorialidad.

Las actividades intra y extrasectoriales cuentan con una cobertura nacional. Las actividades de prestación de servicios incluyen a los establecimientos del Ministerio de Salud y otras instituciones.

La ampliación de coberturas y la mejora de calidad en la provisión de servicios, se realizan siguiendo las redes desarrolladas por los proyectos de fortalecimiento correspondientes, en concordancia con el desarrollo de los demás proyectos de cooperación externa en los que se incluyen otros sectores.

Hay programas como el de prevención de las toxicomanías que dada la complejidad de la problemática de las adicciones y sus múltiples acontecimientos, implica la necesidad de un abordaje intersectorial y se proponen desarrollar estrategias que contribuyan a un mayor conocimiento de los efectos de las sustancias químicas y poner en vigor redes de apoyo para su control, por lo que fomentan la participación de la familia, la escuela y la comunidad

Ejemplo de estas estrategias planteadas son:

¹⁸ Ministerio de Salud de Perú. Programa nacional de salud reproductiva y planificación familiar. Consultado el 8 de febrero del 2002 en <http://www.minsa.gob.pe/dpspf/adpnsrypf.htm>.

- Programas de enseñanza en las escuelas sobre los efectos negativos del consumo y desarrollo de capacidad para resistir las presiones de la publicidad.
- Campañas publicitarias para prevenir el consumo de cigarrillos, alcohol y drogas.
- Proyectos de atención integral a la salud de los adolescentes donde se contemple: promoción de conocimientos sobre otros aspectos de la salud del adolescente y capacitación a maestros, personal de salud y promotores adolescentes.
- Actividades de promoción y prevención primaria en forma intersectorial y con participación comunitaria: educación, cultura, trabajo, deportes y otros.

El desarrollo de estas actividades es responsabilidad de todos los niveles de atención y son ejecutadas en coordinación con los demás sectores.

En general, se aprecia un enfoque integral, o sea, un abordaje en forma conjunta, con un equipo interdisciplinario de los procesos de crecimiento y desarrollo normales y de cualquier problemática que los adolescentes presenten independientemente de si este problema se origina o se manifiesta en la esfera biológica, psicológica o social. Implica, además, la combinación de acciones de promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria. Este enfoque integral conlleva necesariamente la coordinación intersectorial.

En el caso de Chile¹⁹, el programa de prevención contra el VIH/SIDA, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) es el organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública responsable de que la sociedad asuma la prevención y la disminución biosocial del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de acuerdo

¹⁹ Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Consultado el 8 de febrero del 2002 en el sitio WEB de CONASIDA <http://www.conasida.cl/>

con criterios técnicos y a los principios de gobierno, de participación, descentralización e intersectorialidad.

Como referencias principales de CONASIDA, además de las políticas de salud vigentes y los principios éticos del derecho a la vida, la privacidad, la confidencialidad, sobresalen los principios políticos del gobierno sobre participación, equidad e intersectorialidad.

En Honduras²⁰, en la Secretaría de Salud en particular, en el Departamento Materno Infantil, se desarrolla el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) y tiene sus estrategias definidas en: Intersectorialidad social en primer lugar, adecuación de los servicios, desarrollo de recursos humanos, información, educación, comunicación y vigilancia epidemiológica.

Apreciamos en los análisis vinculados a los problemas de salud, que se realizan en estos países, que se tienen en cuenta los múltiples factores que actúan sobre la salud de las poblaciones, imbricándose mutuamente la biología, el medio ambiente, los estilos de vida de la población y el desarrollo de los servicios y sistemas de salud, lo cual exige nuevas formas de trabajar sobre la salud.

También se considera lo importante que resulta el entorno físico y social que continúa siendo difícil de encarar, sin saber a ciencia cierta cómo hacerlo; la violencia y las agresiones callejeras, los accidentes laborales y de tráfico, la contaminación atmosférica, el desempleo, la mala alimentación por falta de recursos, la falta de vivienda o condiciones higiénicas, son desfavorables para la salud y exigen planteamientos y soluciones contundentes.

Al igual que en América Latina, se observa en otros continentes la necesidad de acciones conjuntas para el logro de los propósitos en salud, así es el caso de Europa y en particular España, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde se aprecian

²⁰ Secretaría de Salud de Honduras. Programa de atención integral a la adolescencia. Consultado el 9 de febrero del 2002 en www.bvs.hn/bva/fulltext/TrifolioPAIA.pdf

estas valoraciones: descentralización, integración y participación como acciones constitutivas de la intersectorialidad.

“ Cabe recordar que la facilidad de integración de otros servicios relacionados con los sanitarios, ha sido una de las razones específicas invocadas para justificar procesos de descentralización sanitaria. Hay que considerar la relación entre la descentralización y mejora de los mecanismos de gestión y participación.”²¹

“En Canadá, las reformas en salud se orientaron a mantener el equilibrio entre las acciones que operan sobre los factores determinantes de la salud externos al sistema[...] Prioridad a la atención comunitaria, en los médicos que fomentan la asistencia no institucional, multidisciplinarios criterios menos centrados en los hospitales[...] La mayor dependencia de otras formas de atención comunitaria incluidas la promoción de salud y la prevención de enfermedades.”²²

En el caso de Canadá, es conveniente resaltar algunos comentarios internacionales sobre sus logros en materia de intersectorialidad, tomados del informe de la Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de salud, para todos en el año 2000

“Canadá, como uno de los pocos países que reconoce y ha fortalecido la intersectorialidad y ha establecido diferentes iniciativas/programas para la efectiva y apropiada cooperación intersectorial, citándose entre ellos la Estrategia Nacional para Reducir el Tabaco (TDRS); la Fase II de la Estrategia sobre Drogas de Canadá (CDS), Salud y Ambiente, la Iniciativa contra la Violencia Familiar (FVI), el Proyecto de Comunidades Saludables (HCP), la Iniciativa para el Desarrollo de la Niñez (CDI), entre otras, aunque también reconoce que en la práctica la cooperación intersectorial es difícil de realizar”. ²³

²¹ Rey del Castillo, J. (1998). *Descentralización de los servicios sanitarios, aspectos generales y análisis del caso español*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. Pág. 36.

²² OPS. (2002) *La Salud en las Américas*. Volumen I. Pag. 138

²³ OPS (1997, septiembre). *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*. XL Reunión. P. 40, Washington. D.C.

El propio informe continúa: *“La colaboración intersectorial y un apoyo amplio público son esenciales para la aplicación exitosa de las estrategias de salud. En la práctica, no hay muchos indicios de la aplicación de este principio.”*²⁴ y concluye *“La eficiencia y la eficacia de los sistemas de salud están íntimamente ligadas a la calidad de la gestión.[...] se impone a las autoridades sanitarias el desarrollo de estilos de gestión susceptibles de garantizar al sistema una óptima utilización de los recursos [...]. amerita un proceso de intervención de los diferentes niveles de gestión y de otras medidas que acompañen estos procesos, entre ellas cooperación intersectorial”*...²⁵

No es menos cierto que la intersectorialidad es un enfoque generalizado en diversos países y existe conciencia de su importancia y necesidad para abordar los problemas de salud, sin embargo lo que hemos apreciado a través de intercambios con directivos o funcionarios del sector salud u otros sectores y como temas de debate en eventos internacionales es lo siguiente:

- Se enuncia en las políticas, como estrategia de actuación, pero es fragmentada su materialización en la práctica.
- La participación de los sectores en muchos casos se demanda, por intereses particulares de los responsables de determinados programas en el sector salud, haciendo solicitud de colaboración a otros sectores, pero no de una manera organizada y sistematizada.
- Se argumenta con mucha frecuencia lo difícil que resulta la convocatoria y participación sectorial de manera consciente, pero se realiza de forma inducida haciendo uso y respondiendo a las políticas que se enuncian, en el caso de que estas políticas estén formuladas.
- Los representantes del sector salud, por sí solos, en oportunidades desarrollan la convocatoria participativa, no recibiendo respuestas oportunas por no

²⁴ OPS. Obra citada. Pag. 41

²⁵ OPS. Obra citada. Pag. 45

contar con el respaldo gubernamental en algunos casos y en otros, ambos inclusive, no contar con el liderazgo necesario que potencie ese llamado.

- El nivel de conocimientos teóricos, aplicación de técnicas gerenciales y habilidades, que requieren los líderes del sector salud y de otros sectores, para materializar este enfoque tecnológico, a veces es insuficiente o está totalmente ausente.
- La aplicación de la intersectorialidad es técnica, requiere de un enfoque sistémico epidemiológico, por ser un proceso complejo, con múltiples componentes en su composición, necesario nivel de integración y objetivos definidos, pero su propia universalidad la convierte en un acto político, estas premisas a veces son desconocidas por los responsables de llevarla a la práctica y se imposibilita más su materialización.

Inducidas por el llamado de las organizaciones y foros de salud internacionales, las políticas sanitarias, de manera bastante generalizada tratan el tema de la intersectorialidad, pero el acercamiento a la práctica, está en correspondencia, en muchos de los casos, con la situación de salud existente, vinculado a aquellos escenarios donde las posibilidades de enfrentamiento a los problemas de salud son más difíciles, por el poco desarrollo económico social o tecnológico.

En ocasiones, de forma aislada, en algún nivel intermedio o local, líderes de avanzada del sector salud, social o comunitario, se apoderan de una situación existente y hacen un llamado colectivo, que de respuesta a la solución de un problema, vinculado con la salud, el bienestar y la calidad de vida, pero se carece del enfrentamiento globalizador necesario.

La apreciación del autor, es que la intersectorialidad es considerada por algunos países, más que un enfoque tecnológico, una alternativa de solución, para los lugares con menos posibilidades de actuación y de enfrentamiento de los problemas de sa-

lud que requieren una acción colectiva y así es asumida como respuesta a las demandas.

En general, el tema de la intersectorialidad aparece en cualquier evento mundial o regional, que trate acerca de los problemas contemporáneos de salud y aborde mecanismos para su solución. Su importancia está demostrada y todos hablan de ello, la meta ahora es pasar a la acción.

LA INTERSECTORIALIDAD EN CUBA

La participación social forma parte de las primeras acciones que acometió el sistema nacional de salud en Cuba en su período revolucionario socialista, haciéndose mucho énfasis en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad con acciones a lo largo y ancho de todo el país, cumpliendo entre otros principios de la salud pública cubana, el de la orientación profiláctica y la participación de la comunidad.

El sistema de salud pública cubano se caracteriza estructuralmente por ser único, de extensa cobertura y universalidad, con transformaciones en determinadas etapas de su evolución histórica, manteniendo su papel rector.

Hay escenarios y hechos que han propiciado, favorecido y sustentado el carácter participativo de la sociedad en Cuba, estos son:

- Creación de un sistema nacional de salud único
- Reestructuración de los órganos de administración local
- Descentralización del sector salud y transferencia a los gobiernos locales
- Creación del policlínico integral y el modelo de medicina en la comunidad
- Creación del modelo de medicina familiar

La intersectorialidad, como forma de trabajo participativo y descentralizado ha sido una posible vía para abordar los actuales y complejos problemas de la salud, que rebasan el campo del sistema nacional de salud.

Los rasgos del perfil epidemiológico actual de nuestro país ratifican que la intersectorialidad, se mantienen como una necesidad posiblemente más compleja de resolver en las nuevas condiciones creadas. O sea, la intersectorialidad es una condición permanente de la producción social de salud.

La doctora Silvia Martínez Calvo identifica varios pilares en el escenario de salud cubano, algunos de los cuales, han condicionado y desencadenado la posibilidad de llevar a la práctica la acción intersectorial.

*Voluntad política, comunidad organizada y concientizada, recursos humanos altamente calificados, formación multidisciplinaria, universalidad del sistema de salud cubano.*²⁶

La participación de los sectores sociales y económicos, en todo momento ha estado inducida a formar parte en la solución de los problemas descritos, según el grado de competencia, magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del problema, tal es el caso de la batalla librada contra el Dengue durante el primer semestre del año 2002, la cual causó admiración en la comunidad científica y sanitaria internacional y se menciona frecuentemente como un modelo de trabajo intersectorial en una situación de crisis.

La convocatoria para el Harvard School of Public Health Forum on Dengue, dedicado precisamente a Cuba y celebrado en Boston, el 21 de abril del 2003 señala: “ *Este foro fue diseñado para compartir conocimientos entre los miembros de la comunidad científica de Harvard y los cubanos comprometidos con la salud pública y el control del dengue. Las estrategias de control aplicadas por Cuba constituyen un ejemplo, por lo que el intercambio de conocimientos entre especialistas de los Estados Unidos*

²⁶ Martínez Calvo, S. (2002). El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba en ENSAP (Ed) *Gerencia en Salud, Tomo III*, (pp. 17-35).

y de Cuba puede reportar ganancias importantes para el manejo futuro de esta enfermedad.. El foro fue organizado por los líderes del claustro John David (HSPH) y Michael Starnbach (HMS)²⁷.

El proceso de descentralización que el país impulsa y del que se derivan nuevas misiones para el sistema nacional de salud en todos sus niveles y elementos, tiene el propósito de aumentar las posibilidades de solución de problemas mediante el desarrollo de la capacidad para el perfeccionamiento de la participación social, la intersectorialidad, la movilización de recursos, y la sostenibilidad de los programas de desarrollo del territorio.

La creación de los consejos populares, como forma de gobierno insertado en la propia comunidad, los consejos de la administración municipal y provincial, que agrupan a los sectores más importantes de la economía y la sociedad de los territorios, donde los directores de salud pública tienen establecida la condición de vicepresidentes, han posibilitado un protagonismo del sector en la coordinación de los constituidos consejos de salud: nacional, provinciales, municipales y consejos populares por la salud, como órganos de práctica intersectorial y participación social, así como la correspondiente jerarquía por la máxima instancia del gobierno a esos niveles.

Para desencadenar la participación de los sectores de la economía y la sociedad en todos estos años, se han establecido mecanismos organizativos e instrumentos, de tipo político, estatal, gubernamental e institucional que han propiciado esa posibilidad, caracterizando una posible respuesta intersectorial. Entre los más destacados podemos señalar los siguientes:

- La comisión de salud del pueblo
- El movimiento de municipios por la salud
- El programa de salud y calidad de vida
- El plan Turquino Manatí

²⁷ Convocatoria al *Harvard School of Public Health Forum on Dengue* (trad). Extraído el 20 de diciembre del 2003 de <http://drclas.fas.harvard.edu/events/conferences/dengue.html>

- Los proyectos de desarrollo municipal

En el caso de los proyectos de desarrollo municipal, la experiencia del autor muestra que se han obtenido beneficios favorecedores, a pesar de que no se logra un nivel de generalización en sus resultados por igual en los municipios donde se desarrollan, sin embargo aparecen como elementos positivos los siguientes:

- Preparación del personal del sector salud y otros sectores mediante la capacitación, aumentándose la capacidad resolutive de los recursos humanos, incrementándose la competencia y desempeño de profesionales y técnicos de los sectores que participan.
- Trabajo integrado del sector salud y otros sectores a partir de problemas identificados.
- Mayor capacidad de gestión en los equipos de dirección de salud y otros sectores, favoreciendo el desarrollo y fortalecimiento municipal.
- Satisfacción de la población, por la solución de problemas de salud que multisectorialmente se han enfrentado.

El grupo de estudios e investigaciones vinculado a esta tesis ha permitido evaluar en profundidad la intersectorialidad alcanzada en Cuba, así como toda la potencialidad que un sistema de salud único como el nuestro y una priorización al más alto nivel de su trabajo deben permitir. Más adelante se presentan tales resultados.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

La intersectorialidad debe considerarse como uno de los principios fundamentales de la producción social en salud. Tres son los factores a tener en cuenta para su materialización: los determinantes, los condicionantes y los desencadenantes. Aunque la

gerencia en salud tiene un papel preponderante en los tres, es en este último donde su presencia resulta decisiva.

La intersectorialidad puede actuar, como en el caso de Cuba, como un elemento principal para modificar la situación de salud, pero el nuevo escenario requiere una intersectorialidad a la altura de los nuevos propósitos que plantea el sistema.

CAPÍTULO II ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN. MATERIALES Y MÉTODOS EMPLEADOS

Esta tesis representa el producto combinado de varias investigaciones, estudios y eventos que el autor ha dirigido personalmente o en las cuales ha participado como experto en temas de intersectorialidad. La estrategia de trabajo ha consistido en combinar y complementar unas con otras a los efectos de dar respuesta al problema principal que se ha planteado como objeto de su trabajo, lo cual le da unidad sistémica al conjunto. Las investigaciones, estudios y eventos integrantes son los siguientes:

- * Estudio sobre el trabajo de los equipos de dirección
- * Revisión documental
- * Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud: Situación de salud o programas nacionales.
- * Definición de los temas necesarios para la formación gerencial orientada a la intersectorialidad
- * Factores condicionantes y desencadenantes de la intersectorialidad que debieran considerarse como indispensables para la práctica social cubana
- * Validación de instrumentos

A continuación se presenta una breve descripción de las que integran y aportan resultados a esta tesis, unido a una explicación de los materiales y métodos empleados en cada caso.

ESTUDIO SOBRE EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE DIRECCIÓN

Investigación de tipo descriptiva y de corte transversal sobre el trabajo de los equipos de dirección de los sectores de los nueve municipios que forman parte del punto focal de Occidente de las provincias de Pinar del Río, Habana y Matanzas. Este estudio comprendió cinco sectores²⁸ económicos, once sociales, seis no gubernamentales, dos políticos y dos gubernamentales. Parte del estudio se extendió posteriormente a la totalidad de los municipios que no cuentan con proyectos de desarrollo municipal.

Se utilizaron técnicas de captación, integración y análisis de la información, tanto cuantitativas como cualitativas, cuyo diseño se llevó a cabo con el apoyo de grupos de expertos. El estudio fue realizado desde junio del 2002 hasta mayo del 2003. De acuerdo con el objetivo a alcanzar se utilizó cada una de las técnicas siguientes:

- * Grupos focales desarrollados en municipios del punto focal de occidente, centro y centro oriente. El objetivo principal fue conocer los criterios de los equipos de proyectos y los presidentes de los gobiernos municipales acerca de cómo la intersectorialidad operaba. La guía se muestra en el anexo A. Dado el carácter cualitativo de la información obtenida, se hicieron resúmenes textuales que se tomaron en cuenta en el análisis de los resultados.
- * Observación a los equipos de proyectos de desarrollo municipal. Se emplearon dos observadores por cada reunión los cuales utilizaron una guía que se muestra en el anexo K. El objetivo principal fue apreciar cómo se

²⁸ El concepto de "sector" en materia de salud y particularmente en intersectorialidad, tiene una connotación más amplia que el que habitualmente se utiliza para el trabajo en las ciencias económicas. En este caso se corresponde con organismos, organizaciones, instituciones o grupos que tienen una identidad o un objetivo determinados y cuya actividad es potencialmente un factor favorecedor, agresivo o ambos para la salud de las personas y por ende para la salud pública.

manejaba la intersectorialidad en el trabajo de estos equipos. Las observaciones fueron resumidas por municipios y los resultados aparecen en el anexo L.

- * Encuesta sobre conocimiento de la intersectorialidad en los municipios con proyectos de desarrollo municipal. El objetivo principal era caracterizar el conocimiento que los encuestados tenían acerca de los temas asociados a la acción intersectorial y apreciar sus consideraciones acerca de qué influencia habían hecho sobre su trabajo. El modelo utilizado para la encuesta aparece en el anexo C, las tablas se muestran en los anexos D, E, F y G..
- * Encuesta sobre conocimientos acerca de la intersectorial en los municipios sin proyectos de desarrollo municipal. Se captó información correspondiente a 95 municipios que representan el 88% del total de los 107 que no cuentan con proyectos. El objetivo principal era caracterizar qué nivel de conocimientos poseían los encuestados acerca de los temas considerados determinantes para la acción intersectorial. El modelo utilizado aparece en el anexo H y los resúmenes en los anexos I y J.

Como se podrá apreciar, se utilizaron diferentes tipos de instrumentos con el objetivo por una parte de obtener informaciones que lo requerían específicamente y por la otra para validar o confrontar lo obtenido por otras vías.

La mayor dificultad estuvo en el diferente origen y la variedad de profesiones y especialidades que poseían las personas a las que se les aplicó el estudio. Esto se resolvió con el diseño de encuestas muy sencillas y fáciles de contestar y con el empleo de facilitadores suficientemente entrenados para manejar grupos focales con las diferencias mencionadas

En cuanto a la observación, se presentaron algunas dificultades relacionadas con el dominio de los temas que debían ser observados, lo que implicó que en algunos casos no se obtuviera una información con la calidad requerida.

REVISIÓN DOCUMENTAL

La revisión documental incluyó los programas nacionales de salud y su relación con la intersectorialidad, los instrumentos legales y los trabajos del gobierno cubano relacionados con la organización del estado y su relación con la salud, así como los resultados de otros trabajos, experiencias e investigaciones del propio autor. Se hizo una búsqueda amplia en Internet mediante la cual se localizaron artículos, monografías y legislaciones vinculadas a los problemas de intersectorialidad muy en especial en el caso de América Latina. Toda esta revisión se integró mediante el empleo de tablas y resúmenes y se analizó el producto alcanzado. La información más valiosa se obtuvo en la revisión de los programas nacionales de salud que aportó elementos importantes en cuanto a la presencia y participación de la intersectorialidad en dichos programas. Las otras fuentes proporcionaron también informaciones de interés pero lamentablemente no se pudieron hallar estudios similares en otros países que permitieran confrontar los resultados de esta investigación con aquellos.

ELEMENTOS QUE DEFINEN LA GESTIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD: SITUACIÓN DE SALUD O PROGRAMAS NACIONALES

Investigación realizada por un equipo multidisciplinario de la ENSAP, de tipo descriptiva que estudió y analizó el comportamiento de los programas nacionales hasta nivel de equipo básico de salud, una revisión documental del análisis de la situación de salud, la identificación de la distribución del fondo de tiempo laboral y extra-laboral del equipo básico de salud, su caracterización y un análisis de la percepción del clima organizacional por parte de los directores de policlínicos. El au-

tor participó en su carácter de experto en intersectorialidad para analizar los aspectos de este tema en todos los puntos objetos de la investigación.

El universo y muestra comprendió: directivos, profesores, equipos básicos de salud y todas las áreas de salud de un municipio de cada una de las catorce provincias cubanas. Se empleó muestreo estratificado con asignación proporcional a cada estrato y en el último estrato, muestreo aleatorio simple.

Las técnicas utilizadas fueron: revisión documental, entrevistas, tormenta de ideas, observación, encuestas, y cálculos estadísticos (media, desviación estándar, porcentajes y clúster de análisis jerárquico). En los anexos M hasta al T aparecen los resúmenes de los valores cuantitativos de esta investigación donde el tema intersectorialidad se encuentra presente

La investigación se desarrolló desde septiembre del 2002 hasta octubre del 2003

La combinación de técnicas resultó muy efectiva tanto para captar una masa significativa de información, como para confrontar puntos de vistas diferentes sobre el mismo problema, poder complementarlos con la aplicación adicional de nuevos instrumentos y obtener finalmente elementos suficientes para hacer el proceso de análisis y conclusiones.

DEFINICIÓN DE LOS TEMAS NECESARIOS PARA LA FORMACIÓN GERENCIAL ORIENTADA A LA INTERSECTORIALIDAD

A los efectos de evaluar el nivel de preparación del personal vinculado a los procesos de intersectorialidad se hacía necesario conocer previamente contra qué factores debían compararse los conocimientos actuales para de esta manera demostrar si había insuficiencias o no.

Debido a la falta de disponibilidad de fuentes secundarias que aportaran esta información, se decidió la creación de un grupo formado por ocho expertos que presentara una relación de cuáles temas debieran representar dichos conocimientos.

El grupo estuvo formado por profesores, directivos y profesionales con experiencia tanto en los temas gerenciales aplicados a la salud como en lo relativo a la intersectorialidad.

Todos los miembros recibieron la información disponible acumulada por el autor, tanto en relación con la intersectorialidad como en experiencias cubanas y extranjeras en la formación del personal vinculados a este proceso. El trabajo se desarrolló de la forma siguiente:

- Estudio del problema objeto de investigación, los objetivos, los materiales entregados y desarrollo de discusiones abiertas sobre temas de intersectorialidad, formación de directivos, producción social en salud y la salud pública en Cuba.
- Se acordó aplicar las técnicas de análisis y solución de problemas para dar respuesta a la tarea solicitada. También se decidió que las posiciones de facilitador y registrador se rotaran entre todos los miembros para que hubiera igualdad de oportunidades de participar.
- Se aplicó “tormenta de ideas” con vistas a hallar una relación primaria de conocimientos o disciplinas de base gerencial que debían tener impacto en el trabajo intersectorial. Se recopilaron 112 ideas. Después de eliminar o combinar repeticiones la lista se redujo a 89.
- Se trabajó entonces en determinar qué proceso se seguiría para llegar a una lista manejable. Se acordó por consenso entonces:
 - * Trabajar mediante técnicas de reducción de listado hasta llegar a un máximo de 20 temas.

- * Considerar como criterios para la reducción, el aporte que el tema podía dar al trabajo y conducción de otras personas hacia fines comunes y a la capacidad para comprometer, motivar y convencer a otros.

 - * Combinar diferentes técnicas de reducción de listado hasta alcanzar por consenso el número deseado.
- a) El producto final, aceptado por consenso presentó 18 temas que se organizaron en forma alfabética para no establecer jerarquías entre ellos. Este resultado fue consultado con los expertos que participaron en el taller internacional “Proyectos de Desarrollo Municipal y su Impacto en los Sistemas Locales de Salud”, celebrado en la Ciudad de La Habana, del 18 al 23 de noviembre del 2002. Como producto de la consulta se hicieron pequeños ajustes en las denominaciones y en el alcance de algunos temas que redujo la lista a 17.
- b) Todo este proceso comprendió desde octubre hasta diciembre del 2002.

El trabajo con el grupo de expertos resultó satisfactorio. Los participantes mostraron mucho interés en la realización de esta tarea lo cual se evidenció en la puntualidad en la asistencia a las sesiones y en la meticulosidad, con la que se siguió el proceso orientado a consenso. La validación de sus resultados dentro del Taller Internacional aportó nuevos elementos que enriquecieron el trabajo. El resultado final fue utilizado para el diseño de las encuestas y para la consolidación y análisis posterior de los resultados.

FACTORES CONDICIONANTES Y DESENCADENANTES DE LA INTERSECTORIALIDAD QUE DEBIERAN CONSIDERARSE COMO INDISPENSABLES PARA LA PRÁCTICA SOCIAL CUBANA

La definición de estos factores desempeña un papel importante para el establecimiento de políticas de salud en el país, para organizar su trabajo práctico y para valorar su ejecución real. Un análisis realizado de conjunto con los expertos que asistieron al taller internacional "*Proyectos de Desarrollo Municipal y su Impacto en los Sistemas Locales de Salud*", celebrado en la Ciudad de La Habana del 18 al 22 de noviembre del 2002 evidenciaron que en Cuba se manifiestan y cumplen los factores condicionantes para que la intersectorialidad pueda producirse. Este punto se analizó en más detalle en el capítulo I.

La cuestión crucial entonces era determinar cuáles factores serían desencadenantes de la intersectorialidad en Cuba teniendo en cuenta las particularidades de nuestro sistema social y las políticas y procedimientos de la salud pública cubana, así como el hecho de que los factores condicionantes estaban claramente definidos y presentes. La definición de estos factores era necesaria para hacer la evaluación crítica de la intersectorialidad en la práctica social en Cuba.

Se decidió entonces crear un grupo de expertos para que a partir de estas premisas y con dominio de las particulares del tema en las condiciones cubanas, propusiera cuáles factores pudieran considerarse como desencadenantes de la acción intersectorial bajo dichas condiciones.

El grupo de expertos se integró con nueve personas provenientes de diferentes sectores incluyendo la salud, directivos y profesionales provenientes de los gobiernos locales y profesores. El proceso seguido fue el siguiente.

- a) Mediante el método de grupos nominales se hizo una primera lista de cuáles procedimientos, acciones, políticas o programas asumían en la práctica cubana los factores desencadenantes de la intersectorialidad. Esta relación, después de eliminar repeticiones y combinar conceptos quedó formada por 15 elementos.
- b) En una segunda vuelta se decidió trabajar para lograr colocar los quince elementos en un orden jerárquico a los efectos de establecer cuáles eran los que más peso pudieran tener en el desencadenamiento de la intersectorialidad en las condiciones de Cuba
- c) El paso anterior reveló que seis de estos elementos acumulaban el 84% de las opiniones, lo cual fue considerado por el grupo como aceptable y adoptado por consenso.
- d) La relación fue circulada por el autor mediante el correo electrónico a otros diez expertos cubanos, sin que se produjeran cambios fundamentales pues las opiniones se concentraron en diferencias en cuanto a las denominaciones y ajustes pequeños en los contenidos. La relación de estos elementos y la explicación de su contenido aparece en el capítulo III, inciso titulado: *Objetivo Núm. 3*.
- e) Todo este proceso se desarrolló entre diciembre del 2002 y febrero del 2003.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos empleados se validaron aprovechando la celebración del Taller internacional sobre proyectos de desarrollo municipal y su impacto en los sistemas locales de salud celebrado desde el 18 al 22 de noviembre del 2002.

Dicho taller contó con la participación de expertos, profesores, dirigentes y profesionales cubanos y extranjeros, los cuales debatieron numerosos temas vinculados a la intersectorialidad, el trabajo integral en los niveles locales y las mejores opciones para capacitar a los actores.

Se organizaron sesiones específicas y grupos de trabajo orientados a validar el diseño de algunos instrumentos y los resultados intermedios que se venían obteniendo tales como el contenido de las encuestas, la definición de los temas necesario para la preparación de los actores y los factores condicionantes para la acción intersectorial.

Este mecanismo de validación permitió obtener nuevos elementos en muy poco tiempo y de gran calidad, dado las experiencias y conocimientos de los participantes.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

La complejidad del problema objeto de estudio, la carencia de investigaciones previas de estas características y la no existencia o insuficiencia de fuentes secundarias apropiadas determinó la necesidad de abordar su análisis y solución siguiendo diferentes aproximaciones científicas, las cuales integraron un conjunto coherente de elementos, a partir de los cuales el autor pudo llegar a los resultados que más adelante se muestran.

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se hará un resumen de los principales resultados, organizados en función de cual ha sido su aporte a los objetivos establecidos para la solución del problema original.

OBJETIVO NÚM. 1

Determinar los conocimientos gerenciales necesarios para asegurar que los directivos y profesionales vinculados con la intersectorialidad están preparados para participar de forma activa y positiva en dicho proceso.

La identificación de los conocimientos gerenciales tenía como finalidad concentrarse en lo novedoso, lo no suficientemente estudiado y sobre todo aquello que tenía más vinculación con la planificación, organización, conducción y control de la intersectorialidad y por tanto de su manifestación en la práctica social. No quiere decir que los demás no fueran importantes, pero están ya suficientemente establecidos como para ser objeto de nuevas investigaciones.

La no disponibilidad de fuentes secundarias requirió la creación de un grupo formado por ocho expertos que presentara una relación de cuáles temas debieran representar dichos conocimientos.

El grupo estuvo compuesto por especialistas y profesores que en su conjunto aportaron experiencias de trabajo gerencial o profesoral- en el sector salud y en otros sectores. El proceso seguido se describió en el capítulo II. El resultado aceptado por consenso, fue el siguiente:

TABLA III.1 TEMAS CONSIDERADOS POR LOS EXPERTOS COMO NECESARIOS PARA LA SUPERACIÓN	
TEMA	ALCANCE
Control	Sistemas de información. Técnicas de control. Control enfocado a la gerencia. Errores típicos de los sistemas de control e información.
Comunicación	Técnicas de comunicación. Comunicaciones interpersonales. Comunicación y gerencia. La comunicación en situaciones de crisis. Los medios masivos de comunicación.
Delegación de autoridad	Poder, autoridad y delegación. Balance entre los elementos. Habilidades que facilitan y promueven la delegación de autoridad. Delegación inversa. Mecanismos de defensa
Descentralización	Descentralización y desconcentración. Poder, autoridad y descentralización. La descentralización como condición de la intersectorialidad. Premisas de una descentralización real.
Dirección por objetivos	El objetivo como concepto. Papel estratégico de los objetivos. Requerimientos, premisas y procesos. La dirección por objetivo como una concepción de trabajo gerencial.
Dirección por valores	Los valores. Su aspecto político ideológico. La construcción de valores corporativos que todos puedan entender y compartir. Enfoque participativo y gestión por valores.
Enfoque lógico	El marco lógico. Objetivos, actividades, indicadores, medios de verificación, supuestos, factores externos.. El fin último, propósitos logrados, resultados y productos logrados, actividades necesarias. Desarrollo de proyectos con un enfoque lógico.
Gerencia en salud	Los sistemas de salud y sus particularidades para un trabajo gerencial efectivo. Base teóricas de la gerencia en salud. Habilidades y tecnologías gerenciales. Su aplicación a los sistemas de salud
Intersectorialidad	La producción social de salud. Papel de la intersectorialidad Rasgos principales. Factores determinantes, condicionantes y desencadenantes. La Intersectorialidad como enfoque gerencial
Liderazgo	Elementos básicos del liderazgo. Ética y liderazgo. Condiciones para el éxito. Habilidades gerenciales y liderazgo. Tendencias contemporáneas del liderazgo.
Mercadotecnia	Mercadotecnia social. Mercadotecnia en los servicios de salud. Herramientas de la gestión sanitaria. Mercadotecnia orientada a la mejora de los servicios de salud.
Motivación	La gerencia enfocada hacia elevar el interés y el esfuerzo de los trabajadores. Factores que crean y refuerzan la motivación. Liderazgo y motivación.
Negociación	Los elementos de la negociación. Estrategia para una negociación efectiva. El proceso de la negociación. Ganar-ganar como enfoque. La solución negociada de conflictos.
Planificación estratégica	Enfoque estratégico en el trabajo en salud. Proceso lógico para un trabajo estratégico. Enfoque participativo y planificación estratégica. Métodos, procesos e instrumentos. Estrategia y plan de acción.
Problematización	El problema de salud. Proceso lógico. Métodos, técnicas e instrumentos. Los factores causales. Enfoque participativo y problematización
Toma de decisiones	La toma de decisiones como centro del trabajo gerencial. La lógica del proceso de toma de decisiones. Técnicas y métodos. La toma de decisiones en grupo. El consenso.
Trabajo en equipo	Enfoque participativo en el trabajo en equipo. La dinámica de grupos. Sinergia y trabajo en equipo. Técnicas y métodos. Equipos autodirigidos

El grupo acordó presentar el resultado en orden alfabético para evitar cualquier interpretación relativa a que unos eran más importantes que otros. .

Si se compara la tabla III.1 con la I.2 presentada por el autor en el capítulo I, se evidencia que los expertos se orientaron más bien a lograr una relación con un énfasis mayor en los aspectos didácticos, de manera que fuera más fácil de operar por aquellos que posteriormente tuvieran que identificar el nivel de conocimientos de los actores o por los encargados de diseñar programas de preparación y superación.

La estructura y contenido presentada por los expertos simplifica el proceso que va desde el conocimiento adquirido hasta las prácticas desencadenantes de la acción intersectorial.

Este resultado se utilizó para el desarrollo del trabajo investigativo vinculado al objetivo Núm. 2.

OBJETIVO NÚM. 2

Caracterizar el nivel de preparación y conocimientos de los directivos y profesionales pertenecientes a los diferentes sectores implicados en los procesos de salud, bienestar y calidad de vida en los niveles locales de salud.

Los aportes fundamentales para este objetivo se obtuvieron a partir de:

- Encuesta en los municipios con proyecto de desarrollo municipal
- Encuesta en los municipios que no cuentan con proyecto de desarrollo municipal

Estas encuestas forman parte de la investigación Estudio sobre los equipos de dirección que fue explicada en el capítulo II.

La razón principal para separar al personal a encuestar en dos grupos se debió a que los que pertenecían a municipios con proyectos de desarrollo tienen una experiencia práctica acumulada en trabajo intersectorial y en consecuencia más probabilidades de aportar información valiosa por lo que en ese caso la encuesta fue más amplia. En el otro caso, la encuesta se concentró en conocer en qué medida dominaban los temas considerados como desencadenantes

A continuación el resultado de la aplicación a municipios con proyectos de desarrollo.

Conocimiento de los temas: La pregunta solicitaba que se escribieran los cinco temas que mejor se conocían. Los resultados consolidados (Anexo C, tabla 1) muestran lo siguiente:

- * Hay una fuerte concentración en las respuestas. Los temas más representados fueron *Comunicación, Control, Dirección por objetivos y Delegación de autori-*

dad. El tema *trabajo en equipo* puede considerarse también en este grupo, pues su peso en la respuesta está por encima de la media.

- * El tema *gerencia en salud* no aparece entre los mejor conocidos. El autor interpreta como causa la de haber empleado una denominación genérica que en realidad se expresa en la práctica en varias disciplinas.
- * Aparecen con muy poco peso en el conocimiento, temas de extraordinaria importancia, tales como intersectorialidad, enfoque lógico, descentralización, planificación estratégica, negociación y problematización. El autor considera, tomando en cuenta otros resultados de la investigación, que en este efecto actúan varias causas que pueden incluir: bajo nivel de presencia de estos temas en los planes de cursos, mayor familiarización con los otros temas considerados “más populares” y las limitaciones prácticas que tienen muchos de los “desconocidos” para poder ser introducidos en la práctica.

Relación entre temas conocidos y fuente del conocimiento. Esta tabla (Anexo E) cruza los cinco temas seleccionados por cada encuestado contra la fuente que le sirvió para conocer o dominar el tema. Las consideraciones más significativas son las siguientes:

- * Los que han obtenido los conocimientos mediante cursos oficiales concentran sus respuestas en los mismos temas “dominados”, o sea *comunicación, control, delegación de autoridad, y dirección por objetivos*.
- * Sin embargo, los temas adquiridos de forma autodidacta son los siguientes: *motivación, planificación estratégica, mercadotecnia, intersectorialidad y control*, siendo este último tema el único donde hay coincidencia.
- * Hay que tener en cuenta, sin embargo, que del total de encuestados (467), el 70% está integrado por graduados de cursos y sólo el 30% son conside-

rados “autodidactas”. A lo anterior se añade que el 56% de los autodidactas dejó en blanco la casilla correspondiente al primer lugar, mientras que sólo el 6% de los graduados asumieron la misma actitud.

- * Lo anterior nos hace considerar que si el balance entre graduados y autodidactas hubiera sido pareja, la polarización de las respuestas hubiera desaparecido desde el punto de vista general, aunque la diferencia por grupos se hubiera mantenido.

Temas que más les han aportado al trabajo gerencial. Esta tabla (Anexo F) consolida las respuestas de los encuestados acerca de los tres temas que mejor han influido en su gestión. Las consideraciones principales son las siguientes:

- * Se confirma la concentración en los mismos temas señalados como más conocidos (Anexo D), o sea, *Comunicación, Control, Dirección por objetivos y Trabajo en equipo*, exceptuando *Delegación de autoridad* que pasó a la mitad inferior de la tabla.
- * En realidad, los temas anteriores desempeñan un papel importante en el trabajo intersectorial, pero muchos de los que no se han considerado, ya sea por desconocimiento, falta de voluntad para ponerlos en práctica o carencia de condiciones para hacerlo, evidencian fallas de gran significación en el aprovechamiento del valor potencial que para la salud tiene el trabajo intersectorial.

Criterios acerca de cuáles son los factores que desencadenan el trabajo intersectorial. Esta tabla (Anexo G) consolida las respuestas de los encuestados acerca de qué factores están o no presentes en la actividad intersectorial de su localidad. Es una forma indirecta de valorar el conocimiento de los encuestados acerca del trabajo intersectorial. Estas son las consideraciones principales:

- * Hay un gran peso de **no respuesta** que equivale a desconocimiento acerca del asunto. Su valor fluctúa entre un 21% y un 27%, lo cual es demasiado alto.
- * Lo anterior indica que más de la quinta parte de los encuestados no está aún en capacidad de entender el factor y de dar su criterio, lo cual debe tenerse en cuenta en los próximos procesos capacitantes.
- * Por otra parte, puede señalarse como cuestión positiva que el 70% de los factores propuestos alcanzó un peso más o menos parecido lo que confirma el hecho de que todos tienen una importancia equivalente.

Resultado de la aplicación a municipios que no cuentan con proyectos de desarrollo. (Anexo I y J)

El modelo utilizado para la encuesta (Anexo H) mostraba los conocimientos considerados determinantes para el trabajo intersectorial y daba la oportunidad de que se identificara su dominio dentro de un rango que iba desde el **desconocimiento total** (valor 0), hasta el **dominio total** (valor 5).

Se hicieron dos niveles de agregación. En el primero, cada provincia consolidó las informaciones originadas en los municipios y a partir de ellas produjo una caracterización de la provincia como un todo, con respecto a sus municipios sin proyectos de desarrollo municipal. Representa un total de 95 municipios

En el segundo procesamiento se integraron las provincias informantes en un total nacional, de manera de disponer las dos perspectivas del mismo objeto de estudio.

Ubicación del conocimiento dentro de un rango (Anexo I). Esta tabla se basa en los totales nacionales y consolida la información en la misma forma en que está construido el modelo con que se aplicó la encuesta, o sea temas/rangos. Los aspectos más significativos son los siguientes:

- Ningún tema alcanzó los puntos máximos de las escala (4 y 5), mientras que ocho de ellos aparecen marcados en el otro extremo o sea **desconocimiento total** (0). Si se consideran los dos puntos extremos (0 y 1) totalizan entre ambos el 46% del total de marcas, que es muy alto.

Los temas de mayor peso en este grupo (0 y 1) son: *enfoque lógico, dirección por valores y mercadotecnia* con igual valor en el aspecto crítico, seguidos de forma inmediata por *problematización, intersectorialidad y descentralización*.

- El punto más alto de la escala que recibió informaciones, o sea aquel que contiene marcas, es el 3. Considerándolo de forma aislada, se puede apreciar que sólo representa el 13% de las marcas lo que puede considerarse también bajo.
- Considerando el valor ponderado de las marcas, los temas que evidencian una posición menos desfavorable son: *gerencia en salud, delegación de autoridad, dirección por objetivos y control*.

Ubicación del conocimiento según provincias. (Anexo J). En este caso se trataba de obtener un panorama donde pudiera apreciarse de que forma cada provincia calificaba los diferentes temas con respecto a sus provincias. Por tanto, no se creó siguiendo el formato de la encuesta sino, distribuyendo los valores anotados en un plano temas/provincias. Los aspectos más significativos son los siguientes:

- Los municipios sin proyectos de desarrollo municipal que corresponden a las provincias de Villa Clara y Cienfuegos presentan la menor afectación, pero ni

siquiera ellas logran el 50% del valor máximo a alcanzar. En esta última provincia se destaca en particular la sostenibilidad que ha tenido el “Proyecto Global de Cienfuegos, a partir del cual, en el año 1989, se creó un grupo central ejecutivo, bajo la égida del gobierno local, que representó una coalición de trabajadores de la salud, educadores, comunicadores sociales y diferentes líderes de los sectores y de la comunidad. Este grupo se transformó de manera natural en el consejo municipal por la salud en el año 1996. Las acciones intersectoriales que se realizan y los resultados alcanzados en los últimos años se distinguen de alguna forma de otros territorios.²⁹

- Guantánamo, Granma y La Habana, son los casos más críticos, pero sin lugar a dudas el cuadro general de los municipios sin proyectos de desarrollo municipal evidencian una situación muy desfavorable en cuanto a posibilidades de desarrollar la intersectorialidad con respecto a los restantes.

En general, es evidente que el nivel de conocimientos de tipo gerencial requerido para que los directivos y profesionales puedan desempeñarse con éxito en las tareas relacionadas con la intersectorialidad en salud, resulta insuficiente.

Los municipios con proyectos de desarrollo tienen una situación más favorable que es consecuente con una posición también mejor en el trabajo intersectorial. Sin embargo, incluso en estos territorios, donde la actividad de preparación de directivos y profesionales es mucho más amplia e intensiva, quedan aún numerosos temas que requieren una atención priorizada.

²⁹ Espinosa, Alfredo. (1999, diciembre 9) Trabajo presentado en el Encuentro nacional por el V aniversario de la constitución de la red cubana de municipios por la salud. Cienfuegos, Cuba.

OBJETIVO NÚM. 3

Identificar los factores que condicionan y los que permiten desencadenar la intersectorialidad en las condiciones particulares del sistema social cubano y de las políticas y procedimientos de su sistema de salud

El cumplimiento de este objetivo permitió crear las bases sobre las cuales se hizo la valoración crítica de la intersectorialidad en la práctica social cubana (objetivo num.4)

Según estudios realizados por el autor, los factores que condicionan la intersectorialidad son los siguientes: (los detalles de cada uno aparecen en el capítulo I)

- Voluntad política
- Papel del estado y gobierno
- Reformas adecuadas del sector sanitario
- Fortalecimiento de los ministerios y secretarías
- Funciones esenciales de la salud pública
- Descentralización
- Recursos humanos motivados
- Inversión tecnológica
- Sociedad organizada

Tal como se evidenció en consulta a expertos en intersectorialidad, directores municipales y profesores cubanos participantes en el “I Taller Internacional Proyectos de Desarrollo Municipal y su impacto en los sistemas locales de salud”, estos factores además de corresponderse con los criterios más generalizados

internacionalmente, son aplicables totalmente a Cuba e incluso tienen un nivel de actividad significativa en el sistema de salud cubano.

Con respecto a los factores desencadenantes de la intersectorialidad en las condiciones cubanas, la respuesta no era tan evidente y no fue posible llegar a un acuerdo de cuáles debieran ser.

Se decidió entonces crear un grupo de nueve expertos que presentó una lista explicada de seis factores, la cual fue validada posteriormente con otro grupo de expertos.

Los factores desencadenantes aplicables a las particularidades cubanas, quedaron definidos de la forma siguiente:

PRESENCIA DE LA CONDUCCIÓN PROGRAMÁTICA EN SALUD

Conducción programática implica, que los programas de Salud como herramienta de gestión representen la plataforma donde se plasmen los objetivos y acciones que se pretenden lograr, pero no con criterio verticalista, sino adecuado en cada escenario según las condiciones concretas de realización. Es imprescindible que esté plasmada la participación de actores de otros sectores, la inclusión de acciones intersectoriales así como los indicadores específicos que corresponden.

La conducción programática implica posibilidades reales de actuación en el nivel local.

COMPONENTE DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD (ASS)

La participación intersectorial como parte del análisis de la situación de salud, es indispensable, entre otros aspectos, para generar conocimientos que creen la base para el desarrollo de estrategias en aras de la producción social de salud y

establezca compromisos y concertaciones entre los diferentes actores sociales hacia el logro de objetivos de salud comunes.

El conocimiento de las autoridades sanitarias sobre la situación de salud es indispensable para el análisis y genera mayores posibilidades de convocatoria.

El nivel local posibilita la evaluación del trabajo intersectorial.

ACCIONES ORGANIZADAS SOBRE LA BASE DE PROYECTOS

Los proyectos como herramientas de trabajo posibilitan que a partir del análisis conjunto de los diferentes actores vinculados con la salud, se establezcan objetivos y acciones que responsabilicen a cada sector con las de su competencia pero con el fin común de la salud, bienestar y calidad de vida de la sociedad.

Implica la movilización de recursos con responsabilidad compartida y se crean carpetas que contengan tantos proyectos como problemas de forma conjunta se hayan identificado y decidido a enfrentar con esta modalidad.

ORGANIZACIÓN PERSONAL DEL TRABAJO DE DIRECTIVOS Y PROFESIONALES

El trabajo organizado implica conocimientos de cómo lograrlo, además de la racionalidad del tiempo a emplear en cada actividad.

La toma de decisiones, delegación de autoridad, identificación plena de los integrantes del equipo de trabajo y la comunicación acertada, son técnicas y habilidades gerenciales, entre otras, que tienen que estar presentes para lograrlo.

La comunicación con los jefes, las posibilidades de persuasión y convencimiento, así como ser capaces de mostrar esas realidades a través de resultados positivos en el trabajo, son fundamentales.

PREPARACIÓN GERENCIAL DE LOS ACTORES

El conocimiento gerencial de todos los actores es necesario para el desarrollo de la Intersectorialidad.

No es posible la comunicación, los procesos de concertación y negociación, el insertarse en la elaboración de un proyecto conjunto, o establecer los procedimientos de evolución de estos, sino hay preparación gerencial.

Es necesario la impartición de temas que enfatizen el dominio de las habilidades y tecnologías gerenciales imprescindibles para el trabajo intersectorial.

INSERCIÓN CONCEPTUAL DE LA INTERSECTORIALIDAD EN LAS POLITICAS Y LA PRÁCTICA

La responsabilidad de los diferentes sectores con la producción social de salud, debe estar sustentada legalmente como política pública saludable. Esta responsabilidad legal se vincula a la acción, partiendo del propio sector salud, donde la intersectorialidad, debe ser un principio de la salud pública cubana, concepto básico que estará presente en los procesos y accionar que requieren la presencia de varios actores en la práctica social, hacia el logro de objetivos comunes en salud.

OBJETIVO NÚM. 4

Valorar el desarrollo de la intersectorialidad en la práctica social cubana y, establecer sus limitaciones y debilidades.

Los aspectos más relevantes para el desarrollo de este objetivo se originaron en las investigaciones y estudios siguientes:

- Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud, situación de salud o programas nacionales
- Grupos focales desarrollados en municipios del punto focal de occidente, centro y centro oriente
- Observación sobre los equipos de proyectos de desarrollo municipal

Estos resultados se complementaron con las notas acerca de actitudes y modo de pensar de los principales actores vinculados al trabajo intersectorial, tomadas por el autor durante su actividad de asesoría y control a las autoridades de los gobiernos municipales y otros sectores involucrados.

Durante ese proceso, se constataron, los factores condicionantes y desencadenantes de la acción intersectorial con la práctica social en Cuba en todos los niveles de actuación del sistema.

Tomando en cuenta estos elementos, se procedió a un trabajo de integración y análisis que dio como resultado la propuesta estratégica que se muestra en las recomendaciones..

PRINCIPALES ASPECTOS DERIVADOS DE LA VALORACIÓN CRÍTICA

Estos aspectos serán expuestos siguiendo el esquema de factores desencadenantes propuesto por el grupo de expertos y tomado como punto de partida para la valoración. La descripción detallada del significado de cada factor aparece en este mismo capítulo, en la presentación de los resultados vinculados al objetivo Nùm. 3.

Presencia en la conducción programática en salud

- Sólo el 21.4% de los 56 programas nacionales de salud estudiados, cuentan con autores de otros sectores en su confección, expresándose el mismo comportamiento en todos los tipos de programas: los orientados al control de las enfermedades no transmisibles, 14,3%, los dirigidos al ambiente 15,4%, los transmisibles 23,7% y los integrales 33,3%. Esta situación limita la gestión integral de los problemas de salud en el país. (Anexo M)
- Sólo el 46.4% (26) de los programas nacionales de salud estudiados contemplan acciones intersectoriales. (Anexo N)
- De las 1752 acciones que aparecen definidas en los programas, solamente 144, es decir, el 8.2% son intersectoriales. (Anexo Ñ)
- Ningún programa de salud contempla indicadores relacionados con la actividad intersectorial. (Anexo O)
- Sólo el 10.5% de los equipos básicos de salud (EBS) realizan acciones intersectoriales relacionadas con los programas integrales (Anexo P)
- Sólo el 7.4% de los (EBS) realizan acciones intersectoriales relacionados con los programas ambientales (Anexo Q)

- Sólo el 12.3% de los EBS realizan acciones intersectoriales relacionados con los programas de otros riesgos (Anexo R)
- Sólo el 2.4% de los EBS realizan acciones intersectoriales relacionados con los programas de enfermedades transmisibles (Anexo S)
- Sólo el 4.9% de los EBS realizan acciones intersectoriales relacionados con los programas no transmisibles (Anexo T)
- Los programas nacionales de salud que contemplan acciones intersectoriales a nivel del EBS son los siguientes:
 - Programa de inmunización.
 - Programa de control de roedores.
 - Programa de atención materno infantil.
 - Programa de control del bajo peso al nacer.
 - Programa de diagnóstico y control del cáncer de mama.
 - Programa nacional de leptospirosis.
 - Programa de atención integral a la familia.
- A partir de estos resultados puede deducirse que esos programas, están carentes de acciones intersectoriales, por lo que el grado de incidencia en aquellos que deben de protagonizar la acción, el EBS se hace prácticamente nulo.

Componente del análisis de la situación de salud

- En el proceso de evaluar la calidad del análisis de la situación de salud (ASS) que realizan los EBS, se constató que la participación comunitaria e intersectorial no estuvo concebida en la realización de los ASS del consultorio.

- La calidad de los documentos de ASS de la comunidad resultó deficiente al no alcanzar los estándares deseados en cada uno de los aspectos evaluados.
- La metodología para la confección del ASS no se corresponde con las necesidades que esta práctica requiere para que cumpla con la misión de que sea un espacio participativo e intersectorial.
- Los riesgos a la salud de la población son descritos en los ASS en particular los ambientales y psicosociales, incluyendo el tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo, las características del agua y los residuales sólidos y líquidos. Sin embargo, la participación comunitaria e intersectorial y el enfoque familiar no estuvieron reflejados en estos análisis en forma importante a pesar de su trascendencia.

Acciones organizadas sobre la base de proyectos

No se contemplan acciones organizadas sobre la base de proyectos, las pocas apreciadas se corresponden con intereses vinculados a la movilización de recursos externos, buscando financiamiento, pero no sustentada en intereses globales e integrales de la localidad con el fin de enfrentar problemas que afecten la salud y el bienestar de la población en su radio de acción.

Organización personal del trabajo de directivos y profesionales

- El proceso gerencial se encuentra enmarcado en un contexto altamente burocratizado que se manifiesta en el alto porcentaje de tiempo dedicado a actividades administrativas de bajo impacto estratégico y bajo valor agregado, fun-

damentalmente las reuniones y también en trámites y elaboración de documentos, en detrimento de gestiones que favorezcan el trabajo intersectorial

Preparación gerencial de los actores

- El dominio de temas gerenciales de importancia vital para el desarrollo de la acción intersectorial es muy dispar y en general insuficiente. Los municipios con proyectos de desarrollo municipal tienen una situación más favorable con respecto al resto, se carece aún de una cultura generalizada sobre los temas considerados necesarios.
- No se apreció la existencia de un sistema de preparación y superación organizado y sistemático para los equipos de dirección de policlínicos y mucho menos vinculados con los de otros sectores.
- El sistema de preparación y superación existente tiene un enfoque individualista, los actores de salud que participan lo hacen mediante convocatorias aisladas o en dependencia del interés que muestren ocasionalmente los implicados.

Inserción conceptual de la intersectorialidad en las políticas y la práctica

- * La intersectorialidad como parte del pensamiento y la cultura de directivos y profesionales del sector salud y de los otros sectores vinculados al sistema es aún muy limitada.

- * Los proyectos de desarrollo municipal han hecho que se avance en esta dirección pero muchos actores, sobre todo los que no pertenecen a municipios con proyectos de desarrollo municipal, no la interiorizan aún como un tema de importancia nacional y parte integrante de las políticas de salud.
- * En muchos casos, la participación intersectorial es más el producto del nivel de exigencia del gobierno en todos sus niveles y por tanto, aparece como una obligación puntual para determinadas situaciones y no como un componente natural, necesario e imprescindible para la producción de salud.
- * El protagonismo de la dirección del sector salud ha logrado ciertos avances en esta dirección, pero todavía carece de suficientes herramientas gerenciales que le permitan hacer mejor su trabajo y de una comprensión generalizada del carácter social del problema que haga menos compulsivo el proceso de integrarse.
- * En el nivel de los EBS, la intersectorialidad, como concepto, es prácticamente desconocida o mal interpretada por parte de muchos de los que deben impulsarla e incluso la necesitan para tener éxito en su trabajo.

Todos estos resultados evidencian que el trabajo intersectorial carece aún de suficiente protagonismo en el sistema cubano de salud pública, de lo que puede deducirse que existen reservas de eficiencia, efectividad y eficacia que no son explotadas aun y que de serlo, a partir de un enfoque más orientado a la intersectorialidad, rendiría beneficios importantes para el sistema.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

A pesar de las condiciones que tiene el país para hacer un empleo adecuado de la intersectorialidad en función de la salud pública cubana, prevalecen limitaciones en el orden de políticas, programas, decisiones, preparación del personal y procedimientos en uso que deben ser resueltas.

Muchas de estas limitaciones se originan en el hecho de que determinados valores organizativos que pueden incidir en el éxito de la intersectorialidad en los niveles locales, no forman parte de la cultura organizacional en los niveles centrales y por tanto no pueden materializarse en los documentos normativos y en las acciones provenientes de estos niveles.

CONCLUSIONES GENERALES

- Al no estar los factores condicionantes debidamente respaldados por los factores desencadenantes, trae como resultado que la acción intersectorial sea insuficiente.
- La no presencia de ciertos valores organizacionales centrales, de importancia particular para la materialización efectiva de la intersectorialidad, provoca que las autoridades locales se vean limitadas para hacer de esta tecnología un modo natural y generalizado de producir salud. .
- La insuficiencia de la capacitación a directivos y un trabajo débil en cuanto a gestión del conocimiento, representan otras de las limitaciones más importante para la aplicación de la intersectorialidad, siendo el nivel local el más afectado
- La concepción y conducción de los programas no tiene incorporada en todas sus potencialidades la presencia de otros sectores.
- El trabajo orientado a proyectos con un enfoque intersectorial no está suficientemente generalizado.
- No se utiliza el Análisis de la Situación de Salud para involucrar los sectores en la valoración y solución de los problemas, fundamentalmente en el nivel local

- La intersectorialidad inducida, desencadenada ante situaciones críticas, evidencia potencialidad, limitaciones y consecuencias negativas de su no utilización.
- Es necesario elaborar y poner en práctica una proyección estratégica elaborada sobre una base científica que posibilite la adecuada correspondencia con la presencia de los factores condicionantes de la intersectorialidad en Cuba.

RECOMENDACIONES

PRESENTACIÓN DE UNA PROYECCIÓN ESTRATÉGICA

Esta proyección fue desarrollada teniendo en cuenta en primer lugar, las condiciones que posee Cuba para hacer un uso pleno de la intersectorialidad y a partir de ahí analizar como se podía resolver o reducir el efecto de las limitaciones encontradas en las investigaciones anteriormente presentadas y en consecuencia, proponer varias líneas de trabajo integradas en un documento único.

Aunque este proyecto de estrategia se presenta como un todo integrado alrededor del problema de la intersectorialidad, su tratamiento práctico, después de aprobado, debe ser la de incorporar sus contenidos a las políticas y estrategias nacionales y locales en el trabajo de salud.

Se quiere en definitiva tratar la intersectorialidad de una forma sistémica, pero al mismo tiempo impedir que pierda su esencia como componente de la producción social de salud.

**PROYECCIÓN ESTRATÉGICA ORIENTADA A SOLUCIONAR O REDUCIR LAS
LIMITACIONES QUE PRESENTA LA INTERSECTORIALIDAD EN LA PRÁCTI-
CA SOCIAL CUBANA**

OBJETIVOS:

- * *Elevar el papel que la intersectorialidad puede desempeñar en un sistema de salud como el de Cuba, donde sus posibilidades son mucho más altas que en otros países.*
- * *Promover la introducción de enfoques, métodos y tecnologías que al mismo tiempo que faciliten y desarrollen el papel que los diferentes sectores puedan hacer a la producción de salud, se logre un efecto inducido positivo en la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema.*
- * *Potenciar las posibilidades de trabajo y de influencia del Director Provincial y Municipal de Salud en su papel actual como Vicepresidente del Consejo de la Administración del Poder Popular.*
- * *Proponer acciones, procedimientos y decisiones que permitan eliminar o reducir las limitaciones que en la actualidad presenta la aplicación de la intersectorialidad en el sistema de salud de Cuba*

ESTRUCTURA DE LAS PROPUESTAS:

Las propuestas estratégicas están organizadas considerando dos grandes niveles organizativos, el nacional y el local. Esto se hace a los efectos de simplificar y no hacer demasiado extenso el documento y al mismo tiempo para distinguir entre elementos que pertenecen fundamentalmente a las grandes políticas, de los otros que están más vinculados con la operación práctica. A continuación, una breve

explicación del alcance asignado a cada uno de estos vocablos a los efectos del presente documento.

Nivel nacional. *El Ministerio de Salud Pública y sus instituciones de carácter nacional. Por extensión, aquellos otros organismos o entidades de su mismo nivel horizontal o superior.*

Nivel local. *Entidades provinciales y municipales que se relacionan con la producción social de salud de forma directa o indirecta, pertenezcan o no al sector de salud.*

PROPUESTAS ORIENTADAS AL NIVEL NACIONAL

I La intersectorialidad por sí misma debe considerarse como un principio de la salud pública cubana y como tal debe ser declarado oficialmente y conocido por todos los actores que participan directa e indirectamente en la producción de salud en el país. En consecuencia con esto:

a Se fomentará la creación de valores organizacionales centrales que por su vinculación con el empoderamiento de los niveles locales, influyan en el diseño de las políticas, programas, decisiones, preparación del personal y procedimientos que se emitan y en consecuencia amplíen el marco dentro del cual los niveles locales puedan actuar en función de la intersectorialidad.

b Los programas nacionales de salud deben incluir explícitamente los aspectos de intersectorialidad vinculados a ellos, sus indicadores deben aparecer en el sistema de control asociado, y en el proceso de análisis de su ejecución se tomará en cuenta cómo la intersectorialidad ha operado y qué beneficios ha aportado.

- c Debe mencionarse en términos conceptuales, el papel de los equipos básicos de salud en dichos programas en relación con el trabajo intersectorial, pero sin que esto perjudique la autonomía de actuación que dichos equipos deben tener, de acuerdo con la situación de cada localidad.*
 - d Las políticas y estrategias generales para la salud cubana tomarán en cuenta la necesidad y conveniencia de la participación de los otros sectores en los procesos de la producción social de salud, como mecanismo básico para que en el nivel local se consideren tales elementos en sus propias políticas y estrategias.*
 - e Revisión y ajuste de la metodología para la realización de los análisis de la situación de salud de manera que se incluya la intersectorialidad como un aspecto a tomar en cuenta, fundamentalmente en los niveles locales*
 - f Promover que en el contexto nacional haya una comprensión generalizada de que la salud es, entre otras cosas, un problema intersectorial y como tal debe ser considerado.*
 - g Sustentar el carácter legal de las políticas públicas saludables donde se reflejen las responsabilidades de los sectores con la intersectorialidad.*
- II La formación y desarrollo de directivos considerará en sus planes y programas de estudio aquellas disciplinas que al mismo tiempo que contribuyen a un trabajo de mayor calidad y precisión por parte de estos, les aportan elementos para facilitar el trabajo de intersectorialidad. En consecuencia con esto:*
- a Se incorporarán y darán prioridad a temas fundamentales para el trabajo con las personas y la conducción exitosa de las acciones. Se tomará*

como punto de partida los temas identificados que formarán parte del programa de preparación y superación de directivos.

- b Dada la diversidad de situaciones, el balance entre contenidos de las materias que forman parte de la preparación y superación de directivos se pueden adecuar en cada nivel local de acuerdo con las condiciones concretas y las competencias profesionales y ocupacionales que se requieren en cada lugar para ejercer las actividades de dirección.*

- c El programa nacional para la preparación y superación de los directivos del sistema de salud contará con los componentes requeridos en sus contenidos que posibiliten el cumplimiento del objetivo planteado.*

PROPUESTAS ORIENTADAS AL NIVEL LOCAL

- I El establecimiento de políticas y estrategias en el nivel local, tendrá en cuenta la intersectorialidad como un elemento clave. En consecuencia con esto:*
 - a La elaboración de tales políticas se hará de forma conjunta con los sectores implicados en dicho nivel local e incluirá los compromisos de dichos sectores en la producción social de salud en ese nivel.*

 - b Las Asambleas del Poder Popular contarán dentro de sus lineamientos con la fiscalización de estos procesos mediante las comisiones de salud, y otras que se consideren.*

 - c Los Consejos de la Administración Provincial y Municipal serán los órganos donde se sustenten la aprobación, monitoreo y evaluación del plan*

conjunto que dé respuesta a los problemas identificados para actuar intersectorialmente.

d La proyección estratégica de los sectores comprometidos con las acciones intersectoriales reflejará los objetivos y tareas vinculadas con esta que corresponden a su sector.

e Se constituirán grupos de proyectos conjuntos intersectoriales bajo la coordinación del Director de Salud correspondiente, para la movilización de recursos internos y externos. Se conformarán carpetas de proyectos con este fin.

f Los Directores de Salud serán facilitadores y coordinadores de las actividades organizativas de los procesos intersectoriales que se desarrollen en el Consejo de la Administración a su nivel.

g En los Consejos de la Administración programados para analizar las acciones intersectoriales, se considerarán los acuerdos de los Consejos de Salud, de la Comisión de calidad de vida y otros relacionados con acciones intersectoriales.

h El análisis de la situación de salud en el nivel local, incluirá como un elemento a valorar el funcionamiento del trabajo comunitario e intersectorial, como componentes que lo caracterizan.

II La formación y desarrollo de directivos promovida por el sector salud se hará extensiva a todos los sectores que desempeñan un papel específico en la producción social de salud en el nivel local. En consecuencia con esto:

-
- a *El Consejo de la Administración promoverá, orientará y asegurará este proceso como condición básica para que en la práctica la intersectorialidad pueda efectuarse como un modo natural de trabajo.*
 - b *Se tendrá en cuenta, como parte de este proceso, que los participantes provenientes del sector salud puedan alcanzar un conocimiento superior de la forma de operar de los otros sectores de manera de comprender mejor su funcionamiento y que al mismo tiempo los que provienen de estos últimos lleguen a entender en qué consiste el sistema de salud y sobre todo aquello que tiene que ver con los factores determinantes, condicionantes y desencadenantes de la intersectorialidad.*
 - c *Los procesos capacitantes harán énfasis en las particularidades locales, tomando en cuenta el nivel de desarrollo alcanzado, los problemas que deben resolverse desde el punto de vista del trabajo de los directivos y la necesidad en general, de que lo que se enseña esté en correspondencia directa con lo que se necesita o se necesitará en el futuro inmediato.*

III *Se trabajará en aplicar las tecnologías asociadas a la gestión del conocimiento de manera de avanzar progresivamente hacia la creación de una cultura organizacional sólida vinculada a la producción social de salud y a convertir el conocimiento individual en un producto social superior. En consecuencia con esto se orientará el trabajo en las direcciones siguientes:*

- a *Acceso amplio y pleno a las fuentes de información médicas, epidemiológicas, políticas y gerenciales.*
- b *Empoderamiento del personal del propio sector y de los otros sectores actuantes, pacientes, familiares y la comunidad.*
- c *Estimular el debate científico, la investigación y la experimentación*
- d *Convertir las quejas y las críticas como una oportunidad para mejorar el trabajo y el servicio.*

-
- e Organizar la referenciación competitiva (benchmarking) a escala de la propia localidad y extenderlo progresivamente de forma de asegurarse que las mejores prácticas sean conocidas y sean asimiladas si las condiciones lo permiten.
- f Utilizar el Análisis de la situación de salud como fuente de conocimiento y desarrollo.
- g Introducir en la práctica del trabajo las técnicas de análisis y solución de problemas en equipos multidisciplinarios e intersectoriales, en particular en la preparación y evaluación de los proyectos.
- h Reconocer, premiar y divulgar la iniciativa y la innovación en la producción social de salud, cualquiera que sea el sector o la localidad que la originó.

PUBLICACIONES E INFORMES TÉCNICOS DEL AUTOR, RELACIONADOS CON LA INTERSECTORIALIDAD

PUBLICACIONES EN FORMATO CONVENCIONAL:

1. Algunos aspectos de administración de salud, Temas de dirección. Folleto. Coautor. Módulo en administración para residentes Ciudad de la Habana. 1976.
2. Liderazgo, en *Gerencia en Salud Tomo II*. Página 134. ENSAP. 1998.
3. Organización del tiempo de trabajo del dirigente, en *Gerencia en Salud Tomo II*. Página 150. ENSAP. 1998.
4. Temas de gerencia para la dirección de proyectos. (Coautor) ENSAP. Libro. 1999.
5. Componentes de proyectos comunitarios. Libro. ENSAP. 2000.
6. Módulo de gerencia social y comunitaria. Folleto. (Coautor) ENSAP. 2001.
7. Los Proyectos de municipalización: Un reto al desarrollo sostenible en salud y al bienestar. Tercer Taller Nacional de Proyectos de Municipalización. Folleto. ENSAP. 2001.
8. Glosario gerencia en salud. Folleto. ENSAP. 2001.
9. Enfoque sistémico - epidemiológico y el proceso gerencial, en *Gerencia en Salud Tomo III*. ENSAP. 2002.
10. La intersectorialidad. Su beneficio social en la salud y bienestar de la población Cubana. Folleto. ENSAP. 2002.
11. La intersectorialidad. Su beneficio social en la salud y bienestar de la población Cubana, en *Folletos Gerenciales. Publicaciones Periódicas*. Centro Coordinador de Estudios de Dirección. Ministerio de Educación Superior. Página 4. MES. 2002.
12. Sistemas y servicios de salud. Dossier Maestría de Salud Pública. ENSAP. 2002.
13. Caracterización de los sistemas de salud en el mundo. Folleto. Coautor. ENSAP. 2002

14. Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial en *Gerencia en Salud Tomo IV*. Página 1. ENSAP. 2003.
15. Funciones, estructuras y sistema de Salud, en *Gerencia en Salud Tomo IV*. Página 41. ENSAP. 2003.
16. Intersectorialidad y sistemas de Salud. La experiencia cubana, en *Gerencia en Salud. Tomo IV*. Página 55. ENSAP. 2003.
17. La dirección por objetivos. Teoría y práctica en *Gerencia en Salud. Tomo IV*. Página 143. ENSAP. 2003.
18. Dirección por proyectos, en *Gerencia en Salud Tomo V*. Página 1. ENSAP. 2003.
19. Negociación, en *Gerencia en Salud Tomo V*. Página 23. ENSAP. 2003.
20. Funciones, estructuras y sistemas de Salud. Folleto. Coautor. ENSAP. 2003.
21. La acción intersectorial en la salud. Folleto. Coautor ENSAP. 2003.
22. Intersectorialidad. Intenciones en el mundo La realidad cubana. Folleto. Coautor. ENSAP. 2003.
23. Gestión en sistemas y servicios de salud. Dossier de la Maestría en Gerencia y Economía de la Salud. Universidad de Panamá. 2003
24. Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial; El Sistema nacional de salud de Cuba; Intersectorialidad y sistemas de salud; Situación de Cuba respecto al desarrollo en salud; Dirección por objetivos, teoría y práctica; Dirección por proyectos, conceptos, procesos, métodos; y Negociación, procesos y métodos en Biblioteca virtual para formación postgraduada de directivos del sector salud. ENSAP. Mayo del 2004. ISBN 959-7158-13-2

PUBLICACIONES EN FORMATO DIGITAL (Discos compactos)

1. Los proyectos de desarrollo municipal y la acción intersectorial en salud. Taller internacional proyectos de desarrollo municipal y su impacto en los sistemas locales de salud. ENSAP. 2002.

2. Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial en *Biblioteca Virtual sobre Gerencia en Salud*. ENSAP. 2003.
3. El Sistema nacional de salud de Cuba en *Biblioteca Virtual sobre Gerencia en Salud*. ENSAP. 2003.
4. Intersectorialidad y sistemas de salud. La Experiencia Cubana, en *Biblioteca Virtual sobre Gerencia en Salud*. ENSAP. 2003.
5. Situación de Cuba respecto al desarrollo en salud, en *Biblioteca Virtual sobre Gerencia en Salud*. ENSAP. 2003.
6. Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial (Coautor), en *Temas de Actualización de Salud Pública*. ENSAP. 2003.
7. Funciones, estructuras y sistemas de salud, en *Temas de Actualización de Salud Pública*. ENSAP. 2003.
8. Intersectorialidad y sistema de Salud. La experiencia cubana, en *Temas de Actualización de Salud Pública*. ENSAP. 2003.

INFORMES TÉCNICOS CON LA PARTICIPACIÓN DEL AUTOR COMO EXPERTO EN EL TEMA

1. Sugerencias iniciales al reordenamiento del MINSAP. ENSAP. 2002.
2. Propuesta de diseño organizacional del Ministerio de Salud Pública. ENSAP. 2003.
3. Proyección estratégica 2004-2006 MINSAP. ENSAP. 2004.
4. Programa de preparación y superación de los cuadros y sus reservas del sistema nacional de salud. ENSAP. 2004.

BIBLIOGRAFÍA

- Aracil, J.(1999) *Dinámica de sistemas*. Editorial Alianza, Madrid.
- Bach, S.(2000) *Tendencias de las reformas de salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de recursos humanos*. Washington: OPS
- Bell Lara, J.. (1998) Un comentario sobre política social y salud, en *Relaciones internacionales: política social y salud*. Bogotá. Universidad Javeriana. (Comp)
- Bello Hernández, A. (1998). La Patética historia de las enfermedades epidémicas. Determinantes sociales, políticos y económicos de las enfermedades infecciosas, en *Relaciones internacionales: política social y salud*. Bogotá: Universidad Javeriana (Comp.).
- Bermejo, J. C. (2002) *Que es humanizar la salud: por una asistencia sanitaria más humana*. Madrid. Ediciones San Pablo.
- Bermejo, José C.(2003) El Centro de Humanización de la Salud, Promotor de una cultura de la salud. Consultado en http://www.humanizar.es/actualidad/documentos/bermejo/cultura_salud_cehs_2003.docetc.
- Borges Oquendo, L. de la C. , Mukodsi Caran, M.(2000) Tendencia de los costos por grupos básicos de trabajo y consultorios en un área de salud [Versión electrónica].*Rev Cub Med General Integral* 16(6):545-50.
- Capote Mir, R. (1992) Sistemas locales de salud: Organización, regionalización, principios generales en *Los sistemas locales de salud*. Washington: OPS.
- Capote Mir, R., Granados Toraño, R.(1996). La salud pública en el siglo XXI. Tendencias y escenarios.. Honduras: OPS
- Cardamone , G., Sisti, E. (1996, octubre 4) Trabajo y rehabilitación social: una perspectiva histórica. En [Versión electrónica] *Revista AEN* en http://www.pulso.com/aen/3_64.htm
- Carnota, O. (2000) *El camino hacia el alto desempeño*. Ciudad de La Habana. ENSAP
- Carnota, O.(2000) *Gerencia sin agobio*. Ciudad de La Habana. ENSAP.

- Castaño Yepe, R.(1999/2003) El crecimiento de los costos en salud: un fenómeno mundial. Bogotá. Biblioteca Virtual en Gerencia en Salud (Comp). Ciudad de La Habana
- Codina Jiménez, A. (2001) Habilidades gerenciales: Las comunicaciones interpersonales. En *Gerencia en Salud* (pp.37-65) Ciudad de la Habana. ENSAP (Ed.).
- Colectivo autores (2003) *Manual de técnicas de dirección*. Ciudad de La Habana. ACPA.
- Colectivo autores(2001) *Pensamiento estratégico contemporáneo*. Ciudad de La Habana. EAHT (Comp.)
- Contreras, P. (1998). Reflexiones sobre la seguridad social y la economía nacional e internacional, en *Relaciones Internacionales: política social y salud*. Bogotá.: Universidad Javeriana .(Comp)
- Duarte, Liliana. Management aplicado a sistemas de salud. Monografía. Consultada en el sitio Monografías.com en <http://monografias.com>.
- Foro de Europa y Las Américas sobre Reforma del Sector Salud. Málaga, España 24-27 de febrero de 2002. Resúmenes
- Gattini, C., Sanderson, C & Castillo-Salgado, C. (2002, diciembre) Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas como aproximación a las desigualdades de salud en *Revista Panamericana de Salud Pública* (pp 454-461). Vol 12, No. 6. OPS. Washington, D. C.
- Godue, C. (1998).La salud en los procesos de globalización y de internacionalización, en *Relaciones internacionales: política social y salud*. Bogotá.:Universidad Javeriana (Comp).
- González, U.(2002) El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud en [Versión digitalizada] *Rev Cub Salud Pública* . 28(2) en <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/indice.html>
- Hernández Gómez, Lidia (2002) Neoliberalismo y salud, ¿qué pasó en América Latina?, la experiencia cubana en *Revista Cubana de Salud Pública* 28(3). La Habana

- ICAS. Benchmarking en el sector salud. Modelos de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de capacitación e implementación consultada en la página WEB de ICAS en <http://www.icas.net/benchmarking.htm>
- ICAS. Costa Rica. Región Huetar Atlántica. Experiencia de los países en la implementación de la garantía de calidad. Modelos de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de capacitación e implementación, consultada en la página WEB de ICAS en <http://www.icas.net/CostaRica.htm>
- ICAS. Fortalecimiento de la cultura de calidad en los equipos interdisciplinarios con enfoque al cliente. Modelo de garantía de calidad para Latinoamérica. Guía de Capacitación e implementación, consultada en la página WEB de ICAS en <http://www.icas.net/modulo1.htm>
- Jardines, J. B.(2001) La gestión del conocimiento en los sistemas de salud, la experiencia cubana. Presentación en Power Point. La Habana, consultada en <http://www.bireme.br/crics5/proceedings/Jardines/confcr~1/tsld001.htm>
- Javier Salinas. ¡Cambio!, ¡Cambio!, ¡Cambio!. El desarrollo organizacional, consultada en el sitio WEB de Gestiópolis, en <http://www.gestiopolis.com>.
- Jorge Radivo (2000, junio) Mejoras en las Organizaciones de la Salud consultada en el sitio WEB de Intergaleno en <http://www.intergaleno.com/download/default.htm>
- Kliksberg, B. (1997) Repensando el estado para el desarrollo social. Más allá de dogmas y convencionalismos. New York: Naciones Unidas.
- Kofman, F. (2000) *Metamanagement*. México. Editorial Granica
- La construcción de una nueva salud pública. Una tarea multidisciplinaria. Editorial. Consultada en www.insp.mx/salud/39/393-1html-8k
- Martínez Calvo, S. (2001) El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba en *Gerencia en Salud*. (pp. 17-36) Ciudad de La Habana. ENSAP (Ed)
- Martínez Calvo, S.(1998)Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. *Rev Cub Salud Pública* .24(1):19-22
- Murillo, J.P. Diseño de políticas de salud para los jóvenes. ¿Una apuesta por el futuro desde el pasado?, Consultada en . http://wari.rcp.net.pe/FRE/forosalud/FINAL/pdfs/AdoleJuven_02.pdf

- Nutting, P., Burkhalter, B. (1991) *Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. Guía para clínicos*. España: S.G.
- OMS/OPS. Red Interamericana de Vivienda Saludable. Consultada en <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsasv/e/iniciativa/folleto.pdf>
- OPS. *La Salud en las Américas Edición 2002. Vol. I*. Pub Cient y Téc No. 587 Washington D.C. OPS.
- Orozco Silva, E. (2001) Inteligencia empresarial y gestión del conocimiento Vías complementarias para el mejoramiento de la empresa cubana. En *Gerencia en Salud*. (pp.103-124) Ciudad de La Habana. ENSAP (Ed.)
- Parola, P y Scott R. (2002, abril). Dengue in Cuba: mobilisation against *Aedes aegypti*, en [Versión electrónica] *THE LANCET Infectious Diseases. Vol. 2* EUA <http://infection.thelancet.com>
- Perfiles de los sistemas de salud de los países (2003, julio) en el sitio WEB del Centro de Información y Análisis sobre Reformas del Sector Salud (LARSS) en <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmonpr.htm>
- Ramírez A., & Mesa, G. (2002). *La satisfacción con los servicios de salud en la República de Cuba*. Ciudad de La Habana. ENSAP
- Rey del Castillo, J. (1998) *Descentralización de los servicios sanitarios, aspectos generales y análisis del caso español*. Andalucía, España. Escuela Andaluza de Salud
- Rojas, Francisco (2003) El componente social de la salud pública en el siglo XXI. En [Versión electrónica] *Revista Cubana de Salud Pública. 29 (1): 7*
- Rojas, Francisco (2003). Situación, sistemas y recursos humanos en salud para el desarrollo de Cuba. En [Versión electrónica] *Revista Cubana de Salud Pública. 29 (2): 157-69*
- Sachs, J. D. (2001) *Macroeconomía y salud. Invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra, OMS
- Selman-Housein, Abdo, E. (2002) *Guía de acción para la excelencia en la atención médica*. Ciudad de La Habana : Editorial Científico Técnica.
- Senge, P. (2000) *La quinta disciplina en la práctica*. Editorial Granica, España .

- Silva Ramis, M. da. Aspectos fundamentales de la teoría de sistemas. Consultado en el sitio WEB de Monografías,com <http://monografias.com>.
- Suárez, Julio. (1993) Proposición de un Modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. En *Educ. Med. Salud*. Vol. 27. Nº 1
- Suarez, Julio. Los proyectos locales de promoción de salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. Consultada en <http://www.boletinaps.org/boletin/boletin3/articulo35.pdf>
- Suarez, N. (1999) *Mobilización y Comunicación Social: ciencias sin fronteras en función de la salud*. Ciudad de La Habana. ENSAP
- Suárez, N. (2001) *Marketing en Salud: una perspectiva teórico - práctica*- Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas
- Tercer Taller Nacional de los Proyectos de Municipalización, un Reto al desarrollo sostenible en salud y al bienestar.(2001) Memorias. Punto Focal MINSAP-OPS. Ciudad de La Habana. ENSAP (Comp.)
- Uribe, P.& Magis, C. (2000) *La respuesta mexicana al SIDA: Mejores prácticas*. México. CONASIDA
- Villar, H. (2003) *La salud: una política de estado. Hacia un sistema nacional de salud*. Uruguay.
- Waresman, J. (2000) *Anatomía de un gran ejecutivo*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

ANEXOS

ANEXO A. GUÍA DE PUNTOS A TRATAR EN LOS GRUPOS FOCALES

GRUPOS FOCALES GUÍA DE PUNTOS A TRATAR

Instrucciones:

Cada municipio debe hacer dos grupos focales de no más de ocho participantes en dos sesiones de no más de una hora con treinta minutos. En la primera sesión se abordarán los puntos I y II y en la segunda los puntos III y IV. Se entregará el reporte en forma escrita con el registro detallado de la información de cada una de las sesiones de los grupos.

I FORMA DE LOGRAR LA INTERSECTORIALIDAD

1. ¿Qué es la acción intersectorial?
2. ¿Cómo es en la actualidad el abordaje de los problemas de salud?
3. ¿Cómo conciben la intersectorialidad?

II IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD A ENFRENTAR CON ENFOQUE INTERSECTORIAL

1. ¿Qué se hace actualmente para solucionar los problemas de salud?
2. ¿Qué no se hace actualmente para solucionar los problemas de salud?
3. ¿Qué se debe hacer para solucionar efectivamente los problemas de salud?
4. ¿Qué problemas se pueden solucionar con la participación de otros sectores?
5. ¿Qué problemas de salud no se pueden solucionar con la participación de otros sectores, esto es, que corresponden solamente al sector salud?
6. ¿Qué se puede hacer para lograr mayor participación de los sectores en función de la salud?

III CAPACITACIÓN EN FUNCIÓN DE LA INTERSECTORIALIDAD

1. ¿Qué papel juega la capacitación en la intersectorialidad?
2. ¿En qué se debe capacitar que facilite la participación de otros sectores en la solución de los problemas de salud?
3. ¿En que se ha capacitado que considere repercute en que pueda trabajar su sector en función de la salud?
4. ¿En que no se ha capacitado y considere que pueda repercutir en que pueda trabajar su sector en función de la salud?

IV INTERSECTORIALIDAD Y CAMBIOS

1. ¿Qué ha cambiado en la situación de salud con el abordaje intersectorial?. ¿Por qué?

2. ¿Qué no ha cambiado en la situación de salud con el abordaje intersectorial?
¿Por qué?
3. ¿Cómo se pueden lograr mayores cambios en la situación de salud con la acción intersectorial?

ANEXO B. CUESTIONARIO EMPLEADO CON LOS EQUIPOS DE PROYECTOS Y LOS PRESIDENTES DE GOBIERNO MUNICIPALES

ASPECTOS TRATADOS POR LOS EQUIPOS DE PROYECTOS MUNICIPALES Y LOS PRESIDENTES DE GOBIERNOS MUNICIPALES SOBRE LA INTERSECTORIALIDAD, EN LOS GRUPOS FOCALES DESARROLLADOS EN MUNICIPIOS DEL PUNTO FOCAL DE OCCIDENTE, CENTRO Y CENTRO ORIENTE.

☐☐ *¿Cuáles son los problemas que se han presentado en el Municipio que han requerido o demandado la participación integrada de varios sectores para su solución?*

☐☐ *¿Cuáles son los elementos o factores que han posibilitado o condicionado, que esas acciones se puedan desarrollar?*

☐☐ *¿Cuáles son las acciones y mediante que mecanismos, en estos procesos de integración de los diferentes sectores, para enfrentar los problemas de salud, bienestar y calidad de vida, se realizan en la práctica, para desencadenar la acción intersectorial?*

☐☐ *¿Cómo considera usted que ha repercutido en la intersectorialidad la existencia del Delegado de Circunscripción, presidente del Consejo Popular y el Consejo de la Administración del Poder Popular?*

ANEXO C. MODELO DE ENCUESTA SOBRE INTERSECTORIALIDAD EN LOS MUNICIPIOS CON PROYECTOS DE DESARROLLO MUNICIPAL

ENCUESTA

Esta encuesta está destinada a mejorar el trabajo relacionado con los Proyectos de Desarrollo Municipal y en particular la forma en que sectores y organizaciones trabajan de conjunto para lograr avances sustanciales en la calidad de vida de la población. Requerimos por tanto su opinión crítica y sincera, pues así tendremos mayores y mejores elementos para seguir avanzando. El cuestionario es ANÓNIMO por tanto está garantizada la confidencialidad de las respuestas que usted suministre. Muchas Gracias. Escuela Nacional de Salud Pública

EDAD: Menos de 20 ___ De 20 a 29 ___ De 30 a 39 ___ Más de 40 ___
SEXO: Femenino ___ Masculino ___ Universitario ___ No universitario ___

Organizaciones y sectores	Temáticas
Nombre de organizaciones, sectores y temáticas incluidos en el estudio. Estos nombres deben ser utilizados al contestar las preguntas relativas a ellos	

CDR	Toma de decisiones
AMC	Trabajo en equipo
VEN	Comunicación
VEN	Control
VEN	Delegación de autoridad
VEN	Descentralización
VEN	Dirección por Objetivos
VEN	Dirección por Valores
VEN	Enfoque Lógico
VEN	Gerencia en Salud
VEN	Intersectorialidad
VEN	Liderazgo
VEN	Mercadotecnia
VEN	Motivación
VEN	Negociación
VEN	Planificación estratégica
VEN	Problematización

PREGUNTAS	
I Sector u organización a que pertenece (tómelo de la lista)	
II Municipio de su sector	
III Años vinculado a los proyectos de desarrollo municipal	
P _____	M _____
IV De la capacitación recibida, escriba las cinco temáticas que conoce mejor y marque con una (X) cómo las aprendió	

Temáticas (Tómelas de la lista de temáticas)	Cursos	Autodidacta
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		

V Escriba las tres temáticas que MÁS han aportado a su trabajo (tómelas de la lista)

a) _____
b) _____
c) _____

VI Escriba las tres temáticas que MENOS han aportado a su trabajo (tómelas de la lista)

a) _____
b) _____
c) _____

VII ¿Qué influencia usted considera que tienen estos factores en el resultado de los proyectos de desarrollo municipal? (marque X en la celda que mejor refleje su opinión)

Factor	Ignoro	No	Poco	Regular	Mucho
Liderazgo del sector salud					
Participación de otros sectores					
Acción de los recursos humanos					
Aporte y empleo de recursos materiales					
Participación comunitaria					
Participación del Gobierno					
Nivel de preparación de las personas involucradas					
Motivación de la personas involucradas					
Otra (especificar)					
Otra (especificar)					

**VIII ¿Cómo valora usted la relación de los siguientes procesos con la acción intersectorial?
(marque X en la celda que mejor refleje su opinión)**

Factor	Ignoro	No	Poco	Regular	Mucho
Trabajo en grupo					
Participación social					
Participación de líderes comunitarios					
Análisis gubernamental del proceso					
Análisis y solución de problemas					
Trabajo orientado a objetivos concretos					
Comunicación y coordinación entre sectores					
Otros					

IX En los análisis colectivos que se han realizado en su radio de acción, ¿en qué magnitud se han discutido y tratado de identificar y/o solucionar los problemas siguientes?

Problemas	No	Muy poco	Poco	Regular	Mucho
Contaminación atmosférica					
Recogida de basura					
Residuales líquidos					
Abasto de agua					
Actividades deportivas					
Opciones culturales					
Atención a la Tercera Edad					
Atención a la adolescencia					
Asistencia Médica					
Educación para la salud					
Consumo de alcohol					
Consumo de tabaco					
Alimentación					
Otros					

X ¿Cuáles son sus criterios y los del sector en que trabaja acerca los asuntos siguientes: Marque con una (X) en la celda que mejor representa su opinión.				
Afirmación	Nunca	Casi nunca	No siempre	Siempre
a) Los proyectos de desarrollo Municipal toman en cuenta los intereses y criterios de mi sector				
b) Mi sector participa activamente en el abordaje conjunto de problemas de salud				
c) El enfoque intersectorial de los problemas de salud producen un beneficio social para todos los sectores				
d) La Institución en la que trabajo ha hecho aportes concretos y medibles a la solución de problemas de salud				
e) La capacitación recibida amplía las posibilidades de mi sector para el trabajo intersectorial en salud				
f) El sector salud mantiene informado al mío sobre los problemas en que nuestra participación es importante				
g) El Municipio cuenta con acceso a informaciones bibliográficas o tecnológicas que nos permiten ampliar nuestros conocimientos sobre salud				
h) El trabajo intersectorial en mi Municipio ha hecho contribuciones concretas y medibles a la solución de Problemas de Salud				
i) Los Proyectos de Desarrollo Municipal producen cambios positivos en los factores que influyen o determinan la salud en el Municipio				
j) El sector Salud actúa como líder del proceso aplicando enfoques de trabajo en equipo y logrando el desarrollo de la inteligencia colectiva				

ANEXO D. TABLA RESUMEN ACERCA DE TEMAS MÁS CONOCIDOS.

Título de la tabla: Resumen de la respuesta de los encuestados acerca de “las cinco temáticas” que conocen mejor

Temáticas	Orden de la selección					
	1er Lugar		2do Lugar		3er Lugar	
	No.	%	No.	%	No.	%
Comunicación	97	20.8	27	5.8	27	5.8
Control	82	17.6	23	4.9	22	4.7
Dirección por Objetivos	56	12.0	70	15.0	31	6.6
Delegación de autoridad	36	7.7	51	10.9	28	6.0
Gerencia en Salud	27	5.8	9	1.9	10	2.1
Mercadotecnia	20	4.3	12	2.6	13	2.8
Enfoque Lógico	16	3.4	21	4.5	15	3.2
Dirección por Valores	14	3.0	14	3.0	14	3.0
Descentralización	13	2.8	19	4.1	18	3.9
Liderazgo	13	2.8	27	5.8	51	10.9
Toma de Decisiones	10	2.1	17	3.6	29	6.2
Trabajo en Equipo	9	1.9	34	7.3	45	9.6
Intersectorialidad	9	1.9	18	3.9	18	3.9
Planificación Estratégica	6	1.3	14	3.0	30	6.4
Negociación	5	1.1	8	1.7	10	2.1
Motivación	3	0.6	17	3.6	15	3.2
Problematización	0	0.0	9	1.9	3	0.6
Otra	1	0.2	11	2.4	13	2.8
No respuesta	50	10.7	66	14.1	75	16.1
Total	467	100.0	467	100.0	467	100.0

Fuente: Estudio sobre el trabajo de los equipos de dirección

ANEXO E. TABLA DE TEMAS CONOCIDOS Y FUENTE DEL CONOCIMIENTO

Título de la tabla: Relación entre los temas más conocidos y la forma en que adquirieron los conocimientos reportados.

Temáticas	Vías				Total
	Cursos oficiales		Autodidacta		
	No.	%	No.	%	
Comunicación	81	83.5	16	16.5	97
Control	57	69.5	25	30.5	82
Delegación de autoridad	26	72.2	10	27.8	36
Dirección por Objetivos	44	78.5	12	21.4	56
Gerencia en Salud	21	77.8	6	22.2	27
Mercadotecnia	13	65.0	7	35.0	20
Enfoque Lógico	13	81.3	3	1.7	16
Descentralización	11	84.6	2	15.4	13
Liderazgo	10	76.9	3	23.1	13
Dirección por Valores	10	71.4	4	28.6	14
Trabajo en Equipo	8	88.9	1	11.1	9
Toma de Decisiones	7	70.0	3	30.0	10
Intersectorialidad	6	66.7	3	33.3	9
Negociación	4	80.0	1	20.0	5
Planificación Estratégica	3	50.0	3	50.0	6
Motivación	1	33.3	2	66.7	3
Problematización	0	0.0	0	0.0	0
Otra	1	100.0	0	0.0	1
No respuesta	10	20.0	40	80.0	50
Total	327	70.0	140	30.0	467

Fuente: Estudio sobre el trabajo de los equipos de dirección

ANEXO F. TABLA SOBRE TEMAS QUE APORTARON AL TRABAJO GERENCIAL

Título de la tabla: Resumen de las respuestas acerca de los temas que mayor aporte han hecho al trabajo gerencial de los encuestados.

Temáticas	Grupos de edades (años)								Total	
	< 20		20 – 29		30 – 39		40 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Comunicación	4	26.7	8	11.8	36	18.4	37	19.7	85	18.2
Dirección por Objetivos	0	0.0	6	8.8	28	14.3	34	18.1	68	14.6
Control	0	0.0	13	19.1	17	8.7	29	15.4	59	12.6
Trabajo en Equipo	2	13.3	13	19.1	24	12.2	11	5.9	50	10.7
Toma de Decisiones	0	0.0	0	0.0	6	3.1	10	5.3	16	3.4
Problematización	0	0.0	2	2.9	5	2.6	8	4.3	15	3.2
Enfoque Lógico	0	0.0	2	2.9	8	4.1	2	1.1	12	2.6
Liderazgo	0	0.0	0	0.0	8	4.1	3	1.6	11	2.4
Descentralización	0	0.0	2	2.9	7	3.6	1	0.5	10	2.1
Planificación Estratégica	0	0.0	1	1.5	6	3.1	3	1.6	10	2.1
Delegación de autoridad	0	0.0	2	2.9	2	1.0	4	2.1	8	1.7
Gerencia en Salud	0	0.0	1	1.5	5	2.6	3	1.6	9	1.9
Negociación	0	0.0	1	1.5	3	1.5	5	2.7	9	1.9
Mercadotecnia	0	0.0	0	0.0	3	1.5	5	2.7	8	1.7
Motivación	0	0.0	0	0.0	3	1.5	4	2.1	7	1.5
Intersectorialidad	0	0.0	2	2.9	3	1.5	0	0.0	5	1.1
Dirección por Valores	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.2
Otra	0	0.0	1	1.5	0	0.0	1	0.5	2	0.4
No respuesta	9	60.0	14	20.6	32	16.3	27	14.4	82	17.6
Total	15	100.0	68	100.0	196	100.0	188	100.0	467	100.0

Fuente: Estudio sobre el trabajo de los equipos de dirección

ANEXO G. TABLA SOBRE PRESENCIA DEL TRABAJO INTERSECTORIAL

Título de la tabla: Criterios de los encuestados acerca de la presencia del trabajo intersectorial en sus municipios

Criterios	Desencadenantes del trabajo Intersectorial					
	Presente		Ausente		No respuesta	
	No.	%	No.	%	No.	%
PDM tienen en cuenta intereses de los sectores	367	78.6	2	0.4	98	21.0
Participación activa de los sectores en problemas de salud	356	76.2	10	2.1	101	21.6
Beneficio social para todos los sectores con enfoque IS	356	76.2	3	0.6	108	23.1
Aporte institucional de los sectores a la solución de problemas de salud	342	73.2	23	4.9	102	21.8
Liderazgo del sector salud	341	73.0	2	0.4	124	26.6
PDM produce cambios positivos en factores que influyen en la salud	338	72.4	1	0.2	128	27.4
Capacitación amplia posibilidades de los sectores para el trabajo IS en salud	335	71.7	20	4.3	112	24.0
Información del sector salud a otros sectores	310	66.4	28	6.0	129	27.6
Aporte del trabajo IS en el municipio a la solución de problemas de salud	288	61.7	52	11.1	127	27.2
Acceso del municipio a información bibliográfica sobre la salud	254	54.4	88	18.8	125	26.8

Fuente: Estudios sobre el trabajo de los equipos de dirección

ANEXO H. MODELO DE ENCUESTA SOBRE INTERSECTORIALIDAD PARA MUNICIPIOS SIN PROYECTOS DE DESARROLLO

ENCUESTA

Por favor, marque por cada tema, la celda que mejor refleja su nivel de conocimientos acerca de la misma. Note que la columna CERO indica que no sabe nada acerca del tema y la columna CINCO indica que usted la maneja perfectamente. Las columnas intermedias le permiten indica las situaciones que no son extremas.

TEMAS	Desconocimiento total					Dominio total
	0	1	2	3	4	5
Comunicación						
Control						
Delegación de autoridad						
Descentralización						
Dirección por Objetivos						
Dirección por Valores						
Enfoque Lógico						
Gerencia en Salud						
Intersectorialidad						
Liderazgo						
Mercadotecnia						
Motivación						
Negociación						
Planificación estratégica						
Problematización						
Toma de decisiones						
Trabajo en equipo						

ANEXO I. TABLA RESUMEN SOBRE CONOCIMIENTOS EN MUNICIPIOS SIN PROYECTOS DE DESARROLLO. POR RANGOS

Título de la tabla: Resumen por rangos del nivel de conocimientos sobre intersectorialidad en municipios sin proyectos de desarrollo

TEMAS	Desconocimiento total	0	1	2	3	4	Dominio total	5	PONDERACIÓN
Comunicación			2	8	1				21
Control			3	5	3				22
Delegación de autoridad			1	7	3				24
Descentralización	4		3	4					11
Dirección por Objetivos			2	5	4				24
Dirección por Valores	7		4						4
Enfoque Lógico	6		5						5
Gerencia en Salud			1	6	4				25
Intersectorialidad	2		5	2	2				15
Liderazgo	1		2	6	2				20
Mercadotecnia	9		2						2
Motivación			4	5	2				20
Negociación	3		2	4	2				16
Planificación estratégica			2	8	1				21
Problematización	3		5	3					11
Toma de decisiones			2	9					20
Trabajo en equipo			6	4	1				17
TOTAL	35	51	76	25					

Fuente: Estudio sobre los equipos de dirección

ANEXO J TABLA RESUMEN SOBRE CONOCIMIENTOS EN MUNICIPIOS SIN PROYECTOS DE DESARROLLO. POR PROVINCIA

Título de la tabla: Resumen por provincia del nivel de conocimientos sobre intersectorialidad en municipios sin proyectos de desarrollo

TEMAS	PIN	HAB	MTZ	CIE	VCL	SSP	AVI	HOL	GRA	SGO	GUA	PROM
Comunicación	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1.9
Control	3	1	2	2	2	1	1	3	2	3	2	2.0
Deleg. autoridad.	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	1	2.2
Descentralización.	1	1	1	2	2	2	2	0	0	0	0	1.0
DPO	3	1	2	3	3	2	2	3	2	2	1	2.2
Direc. por valores.	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0.4
Enfoque lógico	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0.5
Gerencia salud	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	1	2.3
Intersectorialidad	1	1	3	2	3	2	1	1	0	1	0	1.4
Liderazgo	2	1	2	3	3	2	2	2	1	2	0	1.8
Mercadotecnia	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0.2
Motivación	2	1	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1.8
Negociación	2	0	2	3	3	2	2	1	0	1	0	1.5
Plan. estratégica	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1.9
Problematización	1	1	2	2	2	1	0	1	0	1	0	1.0
Toma decisiones	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1.8
Trabajo en equipo	1	1	1	2	3	2	1	2	1	2	1	1.5
PROMEDIO	1.7	1.1	1.6	2.1	2.3	1.5	1.4	1.7	0.9	1.5	0.6	

Fuente: Estudio sobre los equipos de dirección

ANEXO K. GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA REUNIONES DEL EQUIPO DE PROYECTO DE DESARROLLO MUNICIPAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO: Observar una reunión de trabajo del equipo de Proyecto de Desarrollo Municipal y evaluarla por dos observadores.

Los ítems a evaluar se definen a continuación:

La observación la realizarán dos personas en todos los Municipios que forman parte del Punto Focal de Occidente.

Los ítems serán evaluados en escala de 1 a 5 puntos

Muy bueno	5
Bueno	4
Regular	3
Malo	2
Muy Malo	1

Se entregarán los modelos de observación de cada Municipio.

Coordinación: Enlace, orden y continuidad de las acciones en beneficio de la efectividad.

Negociación: Proceso de discusión que busca lograr un compromiso coherente entre varias fuerzas y conjuntos sociales, en el sentido de conferir viabilidad y realismo a las propuestas de cambio. Armonizar las diferentes visiones e intereses en conflicto para elaborar una propuesta única..

Participación: Contar con las personas, compartir con ellas decisiones y tareas, abrirles espacio para el cumplimiento de sus derechos y deberes sociales y políticos, brindarles la posibilidad de ser parte activa en la gestión y beneficios de una tarea y ofrecerles la posibilidad de opinar con libertad.

Motivación: Voluntad o interés para alcanzar las metas organizacionales, condicionada por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad individual o colectiva.

Comunicación: Condición de apertura y diálogo por parte de la persona, aptitud para transmitir unas ideas, una información o un conocimiento haciendo realidad la interacción humana.

Trabajo en equipo: Grupo cuyos esfuerzos individuales dan como resultado un desempeño que es mayor que la suma de sus aportes individuales.

Liderazgo: Capacidad de asumir la responsabilidad de conducir a otros al efectivo logro de sus fines personales o colectivos, influyendo en ellos, compartiendo valores, con visión, ejemplaridad, creatividad, espíritu de iniciativa y de servicio, comunicación eficaz y trabajo en equipo y valores éticos.

Poder de convocatoria: Capacidad de ejercer autoridad para que las personas hagan cosas o dejen de hacerlas.

Objetivos concretos: Fines hacia los que dirige las actividades; puntos finales de la planeación.

Descentralización: Transferencia de poder y de recursos desde un punto central hacia la periferia de cualquier Sistema.

ANEXO L. TABLAS RESÚMENES DE OBSERVACIONES POR MUNICIPIOS

Título de la tabla: Resumen de las observaciones realizadas en las reuniones con los equipos de proyectos desarrollo municipal.

Provincia _____ La Habana Municipio Batabanó

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION				X	
NEGOCIACION			X		
PARTICIPACION			X		
MOTIVACION			X		
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO			X		
LIDERAZGO			X		
PODER CONVOCATORIA			X		
OBJETIVOS CONCRETOS				X	
DESCENTRALIZACION				X	

Provincia _____ La Habana Municipio San Nicolás

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION				X	
NEGOCIACION			X		
PARTICIPACION				X	
MOTIVACION				X	
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO			X		
LIDERAZGO			X		
PODER CONVOCATORIA			X		
OBJETIVOS CONCRETOS				X	
DESCENTRALIZACION				X	

Provincia La Habana Municipio San José

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION					x
NEGOCIACION				X	
PARTICIPACION					x
MOTIVACION					x
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO				X	
LIDERAZGO				X	
PODER CONVOCATORIA				X	
OBJETIVOS CONCRETOS					x
DESCENTRALIZACION					x

Provincia Matanzas Municipio Cárdenas

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION					x
NEGOCIACION				X	
PARTICIPACION					x
MOTIVACION					x
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO				X	
LIDERAZGO				X	
PODER CONVOCATORIA				X	
OBJETIVOS CONCRETOS					x
DESCENTRALIZACION					x

Provincia Matanzas Municipio Jovellanos

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION				X	
NEGOCIACION			x		
PARTICIPACION				X	
MOTIVACION				X	
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO			X		
LIDERAZGO			X		
PODER CONVOCATORIA			X		
OBJETIVOS CONCRETOS				X	
DESCENTRALIZACION				X	

Provincia Matanzas Municipio Varadero

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION					x
NEGOCIACION				X	
PARTICIPACION					x
MOTIVACION					x
COMUNICACIÓN					x
TRABAJO EQUIPO				X	
LIDERAZGO				X	
PODER CONVOCATORIA					x
OBJETIVOS CONCRETOS					x
DESCENTRALIZACION					x

Provincia _____ Pinar del Río Municipio San Cristóbal

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION					x
NEGOCIACION				X	
PARTICIPACION					x
MOTIVACION					x
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO				X	
LIDERAZGO				X	
PODER CONVOCATORIA				X	
OBJETIVOS CONCRETOS				X	
DESCENTRALIZACION					x

Provincia Pinar del Río Municipio Viñales

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION					x
NEGOCIACION				X	
PARTICIPACION					x
MOTIVACION					x
COMUNICACIÓN					x
TRABAJO EQUIPO				X	
LIDERAZGO				X	
PODER CONVOCATORIA					x
OBJETIVOS CONCRETOS					x
DESCENTRALIZACION					x

Provincia Pinar del río Municipio Pinar del río

ITEM	1	2	3	4	5
COORDINACION				x	
NEGOCIACION				X	
PARTICIPACION					x
MOTIVACION					x
COMUNICACIÓN				X	
TRABAJO EQUIPO				X	
LIDERAZGO				X	
PODER CONVOCATORIA				X	
OBJETIVOS CONCRETOS					x
DESCENTRALIZACION					x

Fuente: Estudio sobre los equipos de dirección

ANEXO M. TABLA RESUMEN SOBRE ASPECTOS PRESENTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

Título de la tabla: Aspectos presentes en los programas con énfasis en autores intersectoriales

Aspectos presentes	Total N 56		Transmisi- bles N 13		No trans- misibles N 14		Integrales N 6		Ambiente N 13		Riesgo N 10	
	No.	%	No	%	No	%	%	No	No	%	No	%
Fecha	46	82.1	13	100.0	13	92.9	5	83.3	7	53.8	8	80.0
Resolución Mi- nisterial	21	37.5	8	61.5	4	28.6	3	50.0	3	23.1	3	30.0
Autores	24	42.9	10	76.9	7	50.0	3	50.0	2	15.4	2	20.0
Autores APS	17	30.4	8	61.5	6	42.9	2	33.3	0	0.0	1	10.0
Autores Inter- sectoriales	12	21.4	3	23.7	2	14.3	2	33.3	2	15.4	3	30.0
Colaboradores Provinciales	19	33.9	8	61.5	5	35.7	2	33.3	2	15.4	2	20.0
Situación Mun- dial	25	44.6	10	76.9	6	42.9	2	33.3	3	23.1	4	40.0
Situación Cuba	51	91.1	12	92.3	13	92.9	6	100. 0	11	84.6	9	90.0
Objetivos Gene- rales	53	94.6	13	100.0	13	92.9	6	100. 0	11	84.6	10	100.0
Objetivos Espe- cíficos	52	92.9	13	100.0	14	100. 0	5	83.3	11	84.6	9	90.0
Propósitos	20	35.7	3	83.1	4	28.6	3	50.0	6	46.2	4	40.0
Limites	48	85.7	10	79.6	13	92.9	6	100. 0	11	84.6	8	80.0
Estrategias	31	55.4	8	61.5	8	57.1	4	66.7	4	30.8	7	70.0
Infraestructura	26	46.4	7	53.8	7	50.0	3	50.0	4	30.8	5	50.0
Líneas de Inves- tigación	22	39.3	7	53.8	8	57.1	1	16.7	2	15.4	4	40.0
Control de Cali- dad Laboratorio	15	26.8	9	69.2	2	14.3	0	0.0	2	15.4	2	20.0
Sistema de Su- pervisión	38	67.9	11	84.6	9	64.3	3	50.0	9	69.2	6	60.0
Anexos	37	66.1	11	84.6	9	64.3	5	83.3	6	46.2	6	60.0
Bibliografía	15	26.8	5	38.5	6	42.9	3	50.0	0	0.0	1	10.0

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO N. TABLA RESUMEN SOBRE ACCIONES PRESENTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

Título de la tabla: Acciones presentes en los programas con énfasis en intersectorialidad

Acciones por nivel presentes	Total * N = 56		PAIF N = 1		Daño N = 27		Riesgo N = 23		Integral N = 6	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Definidas	42	75.0	1	100	23	85.2	16	69.6	3	50.0
Nacionales	18	32.1	0	0	10	37.0	5	21.7	3	50.0
Provinciales	17	30.4	0	0	8	29.6	6	26.1	3	50.0
Hospitalarias	19	33.9	0	0	13	48.1	3	13.0	3	50.0
Municipales	22	39.3	0	0	12	44.4	7	30.4	3	50.0
Área De Salud Total	31	55.4	1	100	18	66.7	10	43.5	3	50.0
Área De Salud	22	39.3	0	0	10	37.0	9	39.1	3	50.0
GBT	8	14.3	0	0	5	18.5	2	8.7	1	16.7
EBT	15	26.8	1	100	10	37.0	3	13.0	2	33.3
Medico Familia	10	17.9	0	0	6	22.2	2	8.7	2	33.3
Enfermera Familia	3	5.4	0	0	2	7.4	0	0.0	1	16.7
Acciones Familia	6	10.7	0	0	4	14.8	2	8.7	0	0.0
Intersectoriales I	26	46.4	1	100	14	51.9	9	39.1	2	33.3

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO Ñ. TABLA RESUMEN SOBRE VALORES MEDIOS Y DE DISPERSIÓN DE ACCIONES POR NIVEL DE LOS PROGRAMAS

Título de la tabla: Valores medios y de dispersión de las acciones por nivel en los programas, con énfasis en las intersectoriales

Acciones por nivel	Número	Total	%	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación Standard
Nacionales	18	204	11.6	11.3	8.5	1	43	10.4
Provinciales	17	181	10.3	10.7	8.0	1	32	7.7
Hospitalarias	19	432	24.7	22.7	9.0	2	235	51.8
Municipales	22	213	12.2	9.7	6.5	1	36	8.9
Área de Salud Total	31	578	33.0	18.8	16.0	1	94	17.2
Área de Salud	22	240	13.7	10.9	9.0	1	32	9.1
GBT	8	45	2.6	5.6	4.0	1	15	5.1
EBT	15	144	8.2	9.6	11.0	1	17	4.8
Medico Familia	10	130	7.4	3.0	8.0	1	46	14.6
Enfermera Familia	3	6	0.3	2.0	2.0	1	3	1.0
Familiares	6	13	0.7	2.2	1.0	1	6	2.0
Intersectoriales	26	144	8.2	5.8	2.0	1	31	8.3
Definidas	42	1752	100.0	41.7	-	-	-	-

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO O. TABLA RESUMEN DE LOS INDICADORES PRESENTES EN LOS PROGRAMAS.

Título de la tabla: Distribución de los indicadores presentes en los programas con énfasis en los intersectoriales

Indicadores por nivel presentes	Total * N = 56		PAIF N = 1		Daño N = 27		Riesgo N = 23		Integral N = 6	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Definidas	9	16.1	1	100.0	5	18.5	3	13.0	1	16.7
Nacionales	3	5.4	0	0.0	0	0.0	2	8.7	1	16.7
Provinciales	6	10.7	0	0.0	2	7.4	3	13.0	1	16.7
Hospitalarias	4	7.1	0	0.0	2	7.4	2	8.7	0	0.0
Municipales	6	10.7	0	0.0	3	11.1	2	8.7	1	16.7
Área De Salud Total	8	14.3	1	100.0	4	14.8	3	13.0	1	16.7
Área De Salud	8	14.3	0	0.0	4	14.8	3	13.0	1	16.7
GBT	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
EBT	2	3.6	0	0.0	1	3.7	1	4.3	0	0.0
Indicadores Familia	1	1.8	0	0.0	0	0.0	1	4.3	0	0.0
Intersectoriales	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO P. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES EN LOS PROGRAMAS INTEGRALES

Título de la tabla: Tipos de acciones en los programas integrales en el área de salud, con énfasis en las de carácter intersectorial.

Tipos de acciones	EBS que realizan acciones		Promedio de acciones	
	Numero promedio	% (n = 19)	Total	Realizadas por los que hacen la acción
Promoción	13.0	68.4	3.7	3.5
Prevención	8.8	46.5	5.0	1.8
Curación	10.7	56.1	3.8	2.8
Rehabilitación	1.0	5.3	2.2	0.5
Dispensarización	7.7	40.5	1.2	1.0
Investigación	2.5	13.0	0.3	0.3
Administración	12.7	66.7	4.7	2.7
Epidemiológicas	3.5	18.4	0.8	0.4
Vigilancia	5.3	28.1	1.0	0.9
Legales	0.0	0.0	0.0	0.0
Intersectoriales	2.0	10.5	0.3	0.3
Capacitación	0.5	2.6	0.2	0.2
Diagnosticas	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambientales	4.3	22.8	0.5	0.2
EBS que realizan algún tipo de acción	5.2	27.0	-	-

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO Q. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES EN LOS PROGRAMAS AMBIENTALES

Título de la tabla: Tipos de acciones en los programas ambientales en el área de salud, con énfasis en las de carácter intersectorial.

Tipos de acciones	EBS que realizan acciones		Promedio de acciones	
	Numero promedio	Realizadas por los que hacen la acción	Total	Realizadas por los que hacen la acción
Promoción	2.2	11.6	1.6	0.9
Prevención	1.2	6.0	0.2	0.2
Curación	2.0	10.5	0.2	0.2
Rehabilitación	0.6	3.0	0.2	0.2
Dispensarización	0.0	0.0	0.0	0.0
Investigación	0.0	0.0	0.0	0.0
Administración	0.2	1.1	1.0	0.5
Epidemiológicas	6.2	32.6	1.2	1.1
Vigilancia	3.6	18.9	0.2	0.2
Legales	0.0	0.0	0.0	0.0
Intersectoriales	1.4	7.4	0.0	0.0
Capacitación	0.2	1.1	1.4	1.1
Diagnosticas	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambientales	0.0	0.0	0.0	0.0
EBS que realizan algún tipo de acción	1.3	6.6	-	-

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO R. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE OTROS RIESGOS

Título de la tabla: Tipos de acciones en los programas de otros riesgos en el área de salud, con énfasis en las de carácter intersectorial.

Tipos de acciones	EBS que realizan acciones		Promedio de acciones	
	Numero promedio	Realizadas por los que hacen la acción	Total	Realizadas por los que hacen la acción
Promoción	10.2	53.8	2.8	2.0
Prevención	7.3	39.0	4.6	3.9
Curación	5.1	27.1	1.4	1.3
Rehabilitación	1.3	7.0	1.4	1.4
Dispensarización	3.1	16.0	0.2	0.2
Investigación	2.1	11.1	0.3	0.3
Administración	5.0	26.3	2.7	1.9
Epidemiológicas	4.3	22.8	0.8	0.7
Vigilancia	5.7	29.8	0.7	0.5
Legales	0.0	0.0	0.0	0.0
Intersectoriales	2.3	12.3	0.2	0.2
Capacitación	0.0	0.0	0.1	0.1
Diagnósticas	1.9	9.4	0.1	0.1
Ambientales	0.0	0.0	0.0	0.0
EBS que realizan algún tipo de acción	3.5	18.4	-	-

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO S. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Título de la tabla: Tipos de acciones para el control de enfermedades transmisibles en el área de salud, con énfasis en las de carácter intersectorial.

Tipos de acciones	EBS que realizan acciones		Promedio de acciones	
	Numero promedio	% (n = 19)	Total	Realizadas por los que hacen la acción
Promoción	6.3	33.2	1.1	0.9
Prevención	7.9	41.7	1.9	1.5
Curación	14.7	77.3	4.5	4.0
Rehabilitación	1.2	6.5	0.2	0.2
Dispensarización	5.7	30.0	0.7	0.6
Investigación	0.0	0.0	0.1	0.1
Administración	6.5	34.0	1.4	1.2
Epidemiológicas	10.2	53.4	1.7	1.4
Vigilancia	10.3	53.8	2.4	0.7
Legales	0.8	4.5	0.1	0.1
Intersectoriales	0.5	2.4	0.1	0.1
Capacitación	1.4	7.3	0.2	0.1
Diagnósticas	5.5	28.7	0.6	0.6
Ambientales	1.2	6.1	0.2	0.1
EBS que realizan algún tipo de acción	5.2	27.1	-	-

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales

ANEXO T. TABLA RESUMEN DE LOS TIPOS DE ACCIONES PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Título de la tabla: Tipos de acciones para el control de enfermedades no transmisibles en el área de salud, con énfasis en las de carácter intersectorial.

Tipos de acciones	EBS que realizan acciones		Promedio de acciones	
	Numero promedio	% (n = 19)	Total	Realizadas por los que hacen la acción
Promoción	11.8	61.9	2.1	1.8
Prevención	15.5	81.4	2.6	2.3
Curación	13.3	70.0	1.8	1.6
Rehabilitación	3.9	20.6	0.4	0.4
Dispensarización	9.9	52.2	1.2	1.1
Investigación	1.0	5.3	0.2	0.2
Administración	3.9	20.6	0.9	0.8
Epidemiológicas	1.5	7.7	0.2	0.2
Vigilancia	5.2	27.1	0.7	0.6
Legales	0.0	0.0	0.0	0.0
Intersectoriales	0.9	4.9	0.3	0.2
Capacitación	0.0	0.0	0.0	0.0
Diagnósticas	4.5	23.9	0.3	0.3
Ambientales	0.2	0.8	0.1	0.1
EBS que realizan algún tipo de acción	5.1	26.9	-	-

Fuente: Elementos que definen la gestión del equipo básico de salud. Situación de salud o programas nacionales