

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Jose Assef Yara
POLICLÍNICO DOCENTE “OLIMPIO VALCÁRCEL”
VENEZUELA
CIEGO DE AVILA

Título: La intersectorialidad en el sector salud y sus implicaciones en el municipio de Venezuela.

Autora: Dra. Jessika Sánchez Fardales

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2019

POLICLÍNICO DOCENTE “OLIMPIO VALCÁRCEL”
VENEZUELA
CIEGO DE AVILA

Título: La intersectorialidad en el sector salud y sus implicaciones en el municipio de Venezuela.

Autor: Dra. Jessika Sánchez Fardales.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Magaly R. Gómez Verano.

Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.

Profesora Auxiliar.

Máster en Atención Primaria de salud

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2019

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) con el propósito de describir la percepción que presentan los actores sociales procedentes del sector salud de otros sectores estatales sobre la intersectorialidad y sus implicaciones en el área de salud de Venezuela en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2018 a marzo 2019. El Universo de estudio está constituido por 22 actores sociales considerados clave en el contexto socioeconómico actual cubano. Toda la información obtenida del instrumento que fue resumida en frecuencias absolutas y porcentos. La mayoría de los actores sociales encuestados presentaban cierta experiencia en su labor. La mayoría coincide en aspectos como intersectorialidad para la salud concebida en la misión, situaciones que afectan la salud y el bienestar poblacional identificadas, el análisis de la situación de salud como el principal medio para obtención de información, sectores sociales involucrados identificados, acciones intersectoriales por la salud monitoreadas y evaluadas sistemáticamente por parte de todos los involucrados y rendición de cuentas sistemáticas como la vía de divulgación más utilizada. El personal no directivo, difiere en sus opiniones respecto a la planificación de acciones intersectoriales por la salud y al tipo de recurso intersectorial con que cuenta habitualmente, en su mayoría, presentaron una evaluación moderada del nivel de realización de la intersectorialidad mientras que en el resto de los encuestados predominó un alto nivel de realización de la misma.

Palabras clave: Salud Pública Cubana, Intersectorialidad, factores sociales, determinantes de la salud.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser el soporte incondicional en mi vida; a

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	6
▪ Metodología.....	13
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	18
▪ Conclusiones.....	36
▪ Referencias bibliográficas.....	37
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

La noción contemporánea de la determinación social de la salud de la población, requiere para su cimentación, de la capacidad del sector de la salud y de los sectores socioeconómicos para desarrollar en conjunto acciones que abarquen las causas sociales de manera consecuyente y contribuyan de forma más eficaz a promover salud, prevenir enfermedades y a solucionar problemas. El perfeccionamiento de la intersectorialidad en el nivel local es una de las vías más importantes para alcanzar tales propósitos, pues la gestión intersectorial posibilitaría la implementación de acciones adecuadas a cada entorno y un seguimiento cercano con la participación y compromiso de los implicados.

La intersectorialidad se proyecta en la realidad internacional de diversas formas, aunque como procedimiento, varios ministerios de salud y desarrollo social, han coordinado la participación de instituciones del sector de la salud con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil, con la finalidad de reducir desigualdades sociales en salud y dar respuesta a los determinantes sociales causales de cada entorno, en muchos casos, aún persiste una gestión jerárquica de los servicios de salud, y a menudo la participación de los sectores sociales se solicita como cooperación, ante un determinado problema de salud, sin posibilidad de influir en la toma de decisiones, seguimiento, control de las acciones y recursos.¹

La intersectorialidad ha contribuido al afrontamiento de dificultades y a logros en el contexto socioeconómico cubano, por más de 50 años. El alcance de la intersectorialidad en Cuba no se ha debido a la espontaneidad sino que ha sido una concepción en correspondencia con la voluntad política del estado²⁻³.

Surgida de manera intuitiva, la intersectorialidad se desarrolló y consolidó en Cuba mediante el trabajo científico, primero como filosofía y como tecnología después, en el cursar de los años, brindando posibilidades para el perfeccionamiento de los procesos de gestión en el sector de la salud y buscando influencia en todos los sectores de la sociedad y la economía. En los sistemas y servicios de salud, ha sido un principio de la salud pública lo que ha favorecido su carácter integrador y la obtención de resultados de salud y bienestar⁴.

Como tecnología, la intersectorialidad se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos y medios para interactuar con el entorno social y físico, para así mejorar las condiciones de vida. Su concepción tecnológica en salud está dada por la generación de conocimientos, capacidades, destrezas técnicas, instrumentos y herramientas que se han generado a partir de los diferentes estudios e investigaciones, que posibilitan una mayor eficacia en la producción de salud ⁵.

La intersectorialidad se enmarca dentro de los principios básicos conceptuales de una tecnología apropiada, porque forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional. También ofrece posibilidades para la formación de recursos humanos con valores éticos, y compromiso con una práctica profesional científica en función de la salud y el bienestar de la sociedad, influyendo en su disposición y utilización ante las demandas situacionales de salud y bienestar en su contexto ⁵⁻⁶.

La salud y el bienestar son producto de la confluencia de aspectos sociales, culturales, económicos, biológicos, ambientales, que conciernen a las familias, individuos, la comunidad y a los sectores sociales. Además de su valor intrínseco, la salud y el bienestar son imprescindibles para la realización personal y colectiva, por lo tanto, se asocian al éxito de una sociedad y sus instituciones de gobierno, lo que patentiza que no son patrimonio del sector de la salud y que para su fomento se requiere de políticas públicas intersectoriales a nivel global y local, respaldadas por la voluntad política de los Estados y sus gobiernos, que propicien la reflexión acción, retroalimentación colectiva, en torno a los factores que las condicionan, como parte de una gestión participativa, basada en el compromiso, el liderazgo y la toma de decisiones compartidas ⁶.

La necesidad de realizar las tareas de la salud pública con un enfoque interdisciplinario e intersectorial es innegable, pues la intersectorialidad proporciona la plataforma para el desarrollo de la acción integral por la salud y el bienestar en cualquier país o escenario, aunque difieran en el grado de desarrollo socioeconómico y humano, la historia, cultura, el ambiente natural, la

estructura social, la organización, las funciones del gobierno y de cada sector en particular ⁷.

El sistema de salud tiene como objetivo incrementar los niveles de salud, la calidad de los servicios, y la satisfacción de la población y de los prestadores, convirtiéndose así en un componente del desarrollo social y en un instrumento de justicia social. Para alcanzar sus propósitos, le concierne relacionarse, establecer alianzas e integrarse de manera sinérgica con otros sistemas de la sociedad y la economía a fin de ejercer control sobre los determinantes sociales de la salud ⁸.

Potenciar la cultura de la salud y la gestión eficiente de los servicios, haciendo prevalecer la promoción de salud y la prevención de riesgos ha sido imperativo de acción, que necesitan la intervención coordinada del sector de la salud con otros sectores socioeconómicos ⁸.

No obstante, existir voluntad política para la intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y actores sociales convencidos de su pertinencia en materia de salud, su nivel de aplicación en la actualidad no se corresponde con el alcance tecnológico que la misma ha adquirido. Esto se manifiesta en que está menos universalizada, y sistematizada en su ejecución, no solo en los elementos que competen al sector de la salud, sino también en los vinculados a otros sectores de la sociedad y la economía ⁸.

En la medida que la intersectorialidad se conciba en la planeación estratégica de cada sector socioeconómico, se reincorpore a la cultura social, los diversos sectores dominen la disponibilidad y formas de aplicación de los instrumentos existentes y se retome la motivación de años precedentes, los resultados de acciones por la salud el bienestar y la calidad de vida serán cuantitativa y cualitativamente superiores ⁸.

La percepción de los actores sociales procedentes de varios sectores de la sociedad y la economía acerca de la intersectorialidad y sus implicaciones en la salud, es un reflejo bastante preciso de la misma en el contexto socioeconómico cubano y pudiera llevar a la práctica acciones que den respuesta real a los problemas que requieren intervención integrada ⁸.

Se tiene referencia del trabajo realizado en la Habana, por Dr.Cs. Pastor Castell-Florit Serrate ^{2,3}, sobre intersectorialidad sus implicaciones en la salud de la población cubana, en el cual utiliza un instrumento de evaluación validado por el autor. En nuestra provincia solo existe evidencia o referencia escrita de cómo se comporta la intersectorialidad en la práctica de la salud en el municipio Ciego de Ávila en el trabajo realizado por la Dra. Anabel de la fuente Serafín en el año 2017, donde los resultados fueron insatisfactorios y se constata la falta de conocimientos y práctica de esta política, sin embargo debido a la importancia, vigencia y actualidad del tema este constituye uno de los objetivos a lograr por el sector de la salud pública en el territorio, lo que hace imprescindible materializar estudios que permitan tener una base documental en diferentes escenarios de referencia para lograrlo.

Los criterios emitidos en el presente trabajo se sustentan en una investigación realizada por el Dr.Cs. Pastor Castell-Florit Serrate en Ciudad de la Habana ^{2,3}, con el propósito de identificar la percepción de actores sociales acerca del proceso de la intersectorialidad en su sector, y las implicaciones de esta para la salud y el bienestar de la población. Mediante la presente investigación se pretende describir el comportamiento de la intersectorialidad en el municipio Venezuela, para tomar las medidas pertinentes en función de mejorar o mantener esta actividad y que redunde en beneficio del estado de salud de la población.

Problema: ¿Cuál es percepción de los actores sociales que tributan al sector salud y a otros sectores sociales sobre la intersectorialidad y sus implicaciones en el municipio de Venezuela, Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Describir la percepción que presentan los actores sociales que tributan al sector salud y a otros sectores estatales sobre la intersectorialidad y sus implicaciones en el municipio de Venezuela, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas de interés.
2. Aplicar la encuesta de intersectorialidad validada por expertos (Pastor Castell).
3. Determinar la percepción de los actores sociales según calificación del proceso de intersectorialidad.
4. Describir la percepción de los actores sociales según identificación del estado de los procesos de intersectorialidad en cada sector explorado.

MARCO TEÓRICO

Investigar sobre los mayores riesgos contra la salud que asumen las personas en su vida cotidiana, permite al salubrista caracterizar y entender la interacción multifactorial y multidimensional de los procesos salud enfermedad con la mirada holística en la identificación de directrices que fomente la promoción y prevención con programas de educación en salud que empodere a las personas en su autocuidado y cuidado primario, construyendo una cultura saludable y consecuente con la responsabilidad social ⁹⁻¹¹.

Los estilos y modos de vida son resultados del valor cultural que se hereda, se gesta y se desarrolla en la vida cotidiana de las personas, familias y grupos sociales deben ser comprendidos para modelizar patrones de cuidado, basados en la integración conceptual de las diferentes áreas del conocimiento que converjan en un abordaje integral resultado de una mirada holística y de una postura bioética en su intervención como sustantivo de la responsabilidad social ¹²⁻¹⁴.

Tratar la responsabilidad social con espacios dialógicos ciudadanos genera y consensua prácticas éticas socialmente responsables dentro del marco mínimo intransable de los derechos humanos¹⁴.

Definición de Salud Pública: La Salud Pública es esencialmente el abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva colectiva poblacional. Constituye un campo del conocimiento y de la práctica social transformadora cuyo objeto de conocimiento y de trabajo es la situación de salud de las poblaciones. Se le llama situación de salud a un conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados desde perspectiva de un actor social ¹⁵.

La definición de salud pública de Winslow (modificada por Terris) y la Carta de Ottawa. "La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo" ¹⁶.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en Alma Atta, hizo la siguiente Declaración: La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud ¹⁶.

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 ¹⁷.

Las funciones esenciales de la salud pública y las prácticas sociales para la salud: Las funciones esenciales son las actuaciones de un segmento específico y funcional del sistema de salud. Deben ser vistas e identificadas, en primer lugar, como funciones que nacen de las prácticas sociales y al mismo tiempo tienen como uno de sus fines principales promover y reforzar prácticas sociales saludables ¹⁸.

La función esencial se refiere a la participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud. Implica hacer que la comunidad participe de forma organizada en diferentes programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud, con la utilización armónica de los recursos de dicha comunidad y los diferentes sectores que la componen ¹⁹.

Salud Pública en Cuba: Cuba, tiene un modelo de desarrollo de carácter socialista, donde la salud es un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del estado y que posee un sólido sistema de salud que tiene como propósito fundamental preservar y consolidar los logros alcanzados y avanzar hacia niveles superiores en la salud de la población. Siguiendo una larga y efectiva tradición, en que los problemas específicos del área de la salud en el país se inscriben entre las prioridades del Gobierno ^{20,21}.

Es un sistema de salud integrado, estatal, gratuito y basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud. El sistema actual, único y equitativo está al alcance de todos sin limitaciones de ningún tipo, científicamente sustentado, abierto a la participación popular y solidaria nacional e internacionalmente ²².

La atención primaria y sus componentes como modelo esencial para el sistema de salud, reafirman la participación comunitaria y la intersectorialidad como estrategia participativa, capaz de abordar los complejos problemas del sector y el fortalecimiento del papel rector de las estructuras y niveles del sistema ²³.

La participación comunitaria e intersectorialidad en el modelo de atención integral a la salud se desarrolla conjuntamente con las organizaciones políticas y de masas, gubernamentales, y sociales ²⁴.

La salud-enfermedad como proceso social: Resulta necesario plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad como un proceso social, no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de su articulación con otros procesos sociales, lo que remite inevitablemente al problema de sus determinaciones ²⁵.

La salud, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado. La configuración de la trama socio histórica de la salud y en especial de los sistemas de salud, ha derivado en la definición ampliamente aceptada de que los sistemas de salud son esencialmente sistemas sociales ²⁶.

Relación con el medio ambiente y salud: En términos generales, se ha dicho que la salud pública se ocupa de dos amplios campos: 1) los problemas ambientales y 2) el mercado de los servicios de salud.

La salud pública pasó entonces a ser considerada como una integración de las ciencias sanitarias y las ciencias médicas. La ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social. Además, debe entenderse que los organismos de salud pública no pueden ni deben tratar de llevar a cabo por sí mismos todas las actividades. Para que tengan éxito y aceptación es preciso que la mayoría, si no todas, se emprendan en cooperación con muchos otros organismos, instituciones, profesiones y grupos comunitarios ²⁷.

Intersectorialidad y su inserción en la Salud Pública cubana: Los principios del sistema cubano de salud pública han creado condiciones para un auge de las acciones intersectoriales. El sector salud y la voluntad política manifiesta y sostenible ha posibilitado que la intersectorialidad se convierta de pensamiento en acción. Sin que minimice el importante papel del sector salud, por si misma debe considerarse como un principio de la salud pública ²⁷.

La intersectorialidad se define como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida. La práctica de la intersectorialidad confiere capacidad de respuesta superior en cantidad, calidad y dinamicidad, para enfrentar los problemas, y orientación del liderazgo compartido asumido por el sector que esté representado en el problema de mayor magnitud y trascendencia a enfrentar. Por esta razón, la intersectorialidad se ha convertido en un paradigma esencial para la producción social de la salud y por consiguiente para el progreso de la salud pública, por lo cual su desarrollo redundará en aporte a las tecnologías salubristas y requiere de conocimientos, conciencia, compromiso y sostenibilidad ²⁷⁻²⁸.

En la actualidad, para alcanzar metas superiores en salud pública y mejorar la calidad de su práctica, se trabaja en el perfeccionamiento de la intersectorialidad como tecnología imprescindible para preservar y generar la salud en la población. Es acertado considerar que la intersectorialidad no representa una opción más, sino que es la única opción posible para su desarrollo en Cuba ²⁷.

La intersectorialidad como tecnología: La intersectorialidad se desarrolló y consolidó en Cuba primero como filosofía y como tecnología después. Se enmarca dentro de los principios básicos conceptuales de una tecnología apropiada, porque forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional.

Como tecnología, la intersectorialidad se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos y medios para interactuar con el entorno social y físico, para así mejorar las condiciones de vida. Su concepción tecnológica en

salud está dada por la generación de conocimientos, capacidades, destrezas técnicas, instrumentos y herramientas que se han generado a partir de los diferentes estudios e investigaciones, que posibilitan una mayor eficacia en la producción de salud ²⁷.

Si todos estos elementos se aprovechan conscientemente, la intersectorialidad dejará de ser solo un importante principio de la salud pública cubana, para convertirse en un importante motor de cambios y mejoras en los procesos de producir salud, al lograr incorporar elementos de efectividad, eficiencia y sostenibilidad imprescindible para el éxito actual y futuro del sistema ²⁸.

En un ambiente donde prima la descentralización y la distribución de poder y el liderazgo es una tecnología general vigente y exitosa ²⁹.

El criterio multisectorial de la salud: La salud no existe de modo aislado. Está influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe, en último término, una mutua relación. En principio, los recursos de los distintos sectores deberán aplicarse en armonía y en correcta combinación para alcanzar los objetivos sociales comunes.

Participación de la comunidad: La salud no es un bien que se da. Ha de ser generada desde dentro. Parejamente, la acción sanitaria no puede ni debe ser un esfuerzo impuesto desde el exterior y ajeno a la población; ha de ser, más bien, una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben.

El espíritu de autorresponsabilidad es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la salud para todos. Tal noción es la esencia de la atención primaria de salud ²⁹.

La participación comunitaria debe ser una actitud masiva, consciente y activa de toda la población como objeto y sujeto de trabajo del sistema de salud. Para ello, se requiere de un nivel elevado de comprensión de los problemas sanitarios que atañen a la comunidad y que ésta tome parte en el proceso de la toma de decisiones que se requiere para su solución ³⁰.

Empoderamiento: Es un proceso a través del cual la gente gana mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud. De tal modo, aboga por la sinergia que emerge de la acción coordinada de diversos sectores de la

sociedad o parte de ellos, en función de solucionar un problema de salud o actuar sobre sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes. El empoderamiento puede constituir una estrategia efectiva para el desarrollo de la intersectorialidad ³¹.

El proceso de "empoderamiento" tiene como objetivo promover la participación de las personas debido a una fuerte identificación con las características socioecológicas de su comunidad y facilitar así el trabajo comunitario, que tiene como fin el incremento de la eficiencia política, la mejora de la calidad de vida de la comunidad y lograr la inclusión y justicia social ³².

La salud de las comunidades no se mueve en sentido positivo o negativo de modo autónomo, sino que se vinculan estrechamente al contexto político, económico y social, a la voluntad política, al factor educación, al desarrollo del arte y la literatura, a la fuerza de la participación social, a la interdisciplinariedad, al trabajo en equipo y sobre todo a la intersectorialidad, salud, el desarrollo verdadero es integral ³³.

Para penetrar en la génesis de los problemas de salud y encaminar su resolución se necesita la confluencia de saberes para la construcción del conocimiento, entre las ciencias de la salud, sociales, políticas, biológicas, económicas, históricas, y de la administración pública; asimismo de la interrelación y concertación de acciones sostenibles entre las instituciones de salud, la de los demás sectores de la sociedad y de la población para la generación de políticas de salud, verdaderamente efectivas, eficientes, y equitativas ³⁴.

La construcción de un sistema de salud que pretenda sostener en el tiempo una estructura de servicios integrales que garanticen cobertura universal es tarea ardua. El desafío es de tal magnitud debido a sus implicaciones políticas, de gobierno, financieras, de recursos humanos y materiales; de acceso a procesos de atención integrales que garanticen calidad y seguridad, lo cual muy pocos se atreven a exponer como propósitos logrados, en el contexto latinoamericano. Cuba ha desarrollado un sistema sanitario de cobertura universal, acceso amplio y de sólidas bases en la estrategia de Atención Primaria de Salud, que la coloca en la vanguardia de toda la América en lo que respecta a indicadores sanitarios ^{35,36}.

Cuba posee un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud, el que tiene como principio la intersectorialidad y la participación comunitaria, lo que forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible. Con el papel rector del sector salud la comunidad conjuntamente con las organizaciones políticas y de masas, gubernamentales, y sociales, actúan en la identificación y solución de los problemas e implementación de actividades de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) con el propósito de describir la percepción que presentan los actores sociales procedentes del sector salud y de otros sectores estatales sobre la intersectorialidad y sus implicaciones en el área de salud de Venezuela en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2018 a marzo 2019.

Universo y muestra.

El Universo de estudio está constituido por 22 actores sociales considerados clave en el contexto socioeconómico actual cubano, por estar vinculados a la dirección, a la docencia o a la práctica médica en el radio de acción de sus respectivos sectores: salud pública, recursos hidráulicos, comunicaciones, ciencia y tecnología, transporte, delegados del Poder Popular, directivos de cultura, este se desarrolló en el área de estudio seleccionada. Se trabajó con la totalidad del universo por cumplir con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Que los sujetos de investigación estuviesen de acuerdo en participar en el estudio y firmen el consentimiento informado (ver anexo I).

Métodos

Los datos fueron recogidos a través de un instrumento de recolección de información creados y validados por el Dr. Pastor Castell Florit Serrate en su investigación Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población, publicado por la Revista Cubana de Salud Pública en 2012 ², (ver anexo II), para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

El principal objetivo de este instrumento es brindar evidencias acerca de la planificación, organización conducción y control de la intersectorialidad y su manifestación en la práctica social de un territorio dado, de manera que puedan utilizarse como base para la creación de planes estratégicos y programas de tareas que posibiliten aplicar acciones colectivas que potencien esos procesos y se conviertan en catalizadores de la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población.

Se exploraron variables valorativas, percepción de la realización del proceso de intersectorialidad en salud y bienestar (a través de la indagación en los aspectos, intersectorialidad misión visión, situaciones demandantes de participación intersectorial, fuentes de información intersectorial, sectores sociales involucrados, sectores con mayor responsabilidad, delimitación de la responsabilidad, recursos compartidos, control de las acciones, rendición de cuentas, acciones sobre la base de proyectos), y la percepción de las implicaciones de la intersectorialidad para la salud y el bienestar de la población (a través de los problemas de salud y bienestar apreciados como demandantes de intersectorialidad en su sector).

Se entregó una encuesta estructurada de 10 preguntas (ver anexo II).—La encuesta fue autoaplicada, y pretendió obtener información sobre la percepción de los actores sociales del proceso de intersectorialidad.

Se explicó que para su llenado se debía tener en cuenta la percepción personal de la intersectorialidad en su contexto.

A partir de los datos de la encuesta se calificó el nivel de realización del proceso de intersectorialidad como:

- Alto, si 8 o más aspectos fueran adecuados al proceso de intersectorialidad.
- Moderado, entre 6 y 7 aspectos adecuados.
- Bajo, si 5 o menos aspectos eran adecuados.

Las respuestas adecuadas se señalan en fuente itálica en el anexo.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitirá identificar el comportamiento de la intersectorialidad en el municipio Venezuela.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cualitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando dar salida a los objetivos propuestos.

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valores de media y de dispersión	Según años cumplidos	Media y desviación estándar.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porcentaje según grupos de edades
Actores sociales.	Cualitativa nominal politómica.	Sector de la salud. Otros sectores. Directivos. No directivos.	Según los participantes de diferentes áreas de gestión.	Número y porcentaje según grupos de edades
Nivel de realización del proceso de intersectorialidad	Cualitativa ordinal	Alto Moderado Bajo	Según ítems definidos en la encuesta de exploración de intersectorialidad (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupos de edades

Análisis de los resultados

El resultado obtenido del instrumento diagnóstico (encuesta) se mostró cualitativamente en texto donde se explicó la respuesta emitida por los encuestados. Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información obtenida del instrumento que fue resumida en frecuencias absolutas y porcentos.

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los sujetos. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La intersectorialidad en el sector salud y sus implicaciones en el municipio de Venezuela.

Tabla 1. Participantes según perfil social y tiempo en la función que desempeñan en su contexto laboral.

Tiempo en la función	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1 año	1	25,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2	9,52
De 1 a 5 años	3	75,0	1	20,0	5	83,3	4	66,6	13	61,9
De 6 a 10 años	0	0,0	3	60,0	1	16,6	2	33,3	6	28,5
Más de 10 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y el tiempo que llevan en función de dicha actividad.

Se pudo observar que el rango de 1 a 5 años resultó el más observado, con 13 participantes para un 61,9% del total, siendo este además el rango más observado en cada uno de los perfiles de actividades con 3 entre los directivos del sector salud (75,0%), 1 entre los otros actores del sector salud (25,0%), 5 entre los directivos de otros sectores (83,3%) y 4 entre los no directivos (66,6%). Solo 2 presentaban menos de 1 año en su función (9,52%).

La percepción de los actores sociales procedentes de varios sectores de la sociedad y la economía acerca de la intersectorialidad y sus implicaciones en la salud, es un reflejo bastante preciso de la misma en el contexto socioeconómico cubano y pudiera llevar a la práctica acciones que den

respuesta real a los problemas que requieren intervención integrada. Los criterios emitidos en el presente trabajo coinciden con la investigación realizada por Castell-Florit Serrate ², con el propósito de identificar la percepción de actores sociales acerca del proceso de la intersectorialidad en su sector, y las implicaciones de esta para la salud y el bienestar de la población.

Tabla 2. Participantes según perfil social y concepción de la intersectorialidad para la salud.

Concepción de la intersectorialidad para la salud	Actores sociales								Total (n=21)	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos (n=4)		No directivos (n=5)		Directivos (n=6)		No directivos (n=6)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Concebida en la misión	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0
Concebida en la visión	0	0,0	0	0,0	1	16,6	0	0,0	1	4,76

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su concepción sobre la intersectorialidad para la salud.

Se pudo observar que la totalidad de los participantes, independientemente de su perfil, indican dicha concepción concebida en la misión (21; 100,0%) mientras que solo 1 indica además concebida en la visión para un 4,76% del total, siendo este del perfil directivo de otros sectores, del que representó el 16,6%.

Carissa F. Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud enunció "...la característica más fundamental del sistema de salud cubano tiene que ver con su enfoque de atención primaria de la salud, que le permite centrarse en las personas y las familias, proyectándose territorial e intersectorialmente hacia la comunidad"³⁷. Relacionado con esta temática, Castell-Florit Serrate definió "...la política gubernamental revolucionaria desde sus inicios confirió al sector salud atribuciones pertinentes, a la vez que estimuló la concepción amplia de la salud concebida como elemento sustancial del desarrollo vinculado a todos los aspectos de la vida humana y no solo la ausencia de enfermedad"³⁸.

Tabla 3. Participantes según perfil social y situaciones que afectan la salud para la salud.

Situaciones que afectan la salud	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Están identificados	4	100,0	4	80,0	5	83,3	5	83,3	18	85,7
En vías de su identificación	0	0,0	1	0,0	1	16,7	0	0,0	2	9,5
No están bien identificados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	4,8
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre el manejo de las situaciones que afectan la salud.

La mayoría de los participantes indicó que dichas situaciones están identificadas con 18 de ellos para un 85,7% del total con porcentajes muy similares para todos los grupos estudiados. Solo 2 de ellos indican dichas situaciones en vías de identificación para un 9,5% del total, y 1 opina que no están bien identificadas para el 4,8%.

La salud de la población es un determinante para el desarrollo social. Esencialmente, en este precepto radica el carácter científico-transformador del ASIS, al incidir de forma directa sobre los determinantes del estado de salud de la población e integrar en un único proceso investigativo-resolutivo los problemas de salud desde el contexto social y natural donde se originan. Lograr que el ASIS irrumpa con su carácter científico-transformador requiere que los implicados, mediados por el sector salud, investiguen la influencia condicionante de esos determinantes y ejecuten acciones resolutivas para modificar, atenuar o eliminar sus efectos negativos sobre la situación de salud comunitaria y, de esta forma, la comunidad objeto de investigación se convierta en sujeto de sus propias transformaciones ³⁹.

Tabla 4. Participantes según perfil social y medios que se emplean para la obtención de la información sobre la salud.

Medios que se emplean para la obtención de la información	Actores sociales								Total (n=21)	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos (n=4)		No directivos (n=5)		Directivos (n=6)		No directivos (n=6)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Análisis de la situación de salud	4	100,0	4	80,0	5	83,3	6	100,0	19	90,5
Percepción de la población	1	25,0	4	80,0	5	83,3	6	100,0	16	76,2
Otras investigaciones	2	50,0	4	80,0	4	66,6	4	66,6	14	66,6
Orientaciones del nivel superior	3	75,0	4	80,0	1	16,6	5	83,3	13	61,9
Percepción de otros sectores sociales	0	0,0	1	20,0	6	100,0	6	100,0	13	61,9
Autopercepción	0	0,0	0	0,0	3	50,0	6	100,0	9	42,8

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre los medios que se emplean para la obtención de la información.

El análisis de la situación de salud resultó el medio más citado por 19 de los participantes para un elevado 90,5% del total, seguido por la percepción de la población y otras investigaciones como fuentes para obtener dicha información con 16 y 14 participantes respectivamente que representaron el 76,2% y el 66,6% por ese orden.

Se observaron diferencias entre los grupos respecto a la percepción de otros sectores sociales y la autopercepción en los cuales los profesionales del sector salud, solo citan estos medios en 1 y 0 casos respectivamente para un muy bajo 20,0% y 0,0%, mientras que en el caso de los actores procedentes de

otros sectores los directivos lo citan en 6 y 3 casos por ese orden (100,0% y 50,0%) y los no directivos en 6 y 6 casos para el 100,0% en ambos temas.

La práctica de la intersectorialidad confiere capacidad de respuesta superior en cantidad, calidad y dinamicidad, para enfrentar los problemas, y orientación del liderazgo compartido asumido por el sector que esté representado en el problema de mayor magnitud y trascendencia a enfrentar. La Salud Pública Cubana, ejemplo ante el mundo por su proyección social, comunitaria e intersectorial, ha demostrado efectividad a partir de sus resultados manifiestos en el transcurso de casi 50 años. Es una de las prioridades del Estado, que vela por la plena integración con la sociedad para el desarrollo conjunto de las políticas, estrategias y objetivos que cada momento demanda, según los problemas de salud, bienestar y calidad de vida que se deban enfrentar^{2,27}.

Tabla 5. Participantes según perfil social e identificación de los sectores sociales involucrados.

Identificación de los Sectores sociales involucrados	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Están identificados	4	100,0	4	80,0	6	100,0	6	100,0	20	95,2
En vías de su identificación	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre los sectores sociales involucrados.

Se pudo observar que 20 participantes indican que dichos sectores están identificados para un 95,2% del total, con mayoría porcentual además en todos los grupos y siendo totalidad entre los directivos tanto del sector salud (4; 100%) como del resto de los sectores (6; 100,0%). Solo 1 participante indicó que dichos sectores sociales se encuentran en vías de identificación para un 4,8% del total, este correspondiente al personal de salud.

En el estudio de Castell-Florit Serrate ², este refiere que los sectores sociales involucrados y los de mayor responsabilidad en la salud y el bienestar, son conocidos en la mayoría de los contextos (61,5 % y 76,9 %), pero no todas las acciones intersectoriales son planificadas delimitando la responsabilidad de cada sector, ni se concibieron en proyectos, ello conjuntamente con las escasas rendiciones de cuentas (19,2 %), conspiraron contra la compartimentación de recursos humanos, materiales y financieros, así como contra el monitoreo y la evaluación intersectorial sistemática.

Tabla 6. Participantes según perfil social y planificación de acciones intersectoriales por la salud.

Planificación de acciones intersectoriales por la salud	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Planificadas delimitando la responsabilidad de cada sector involucrado	4	100,0	5	100,0	5	83,3	1	16,7	15	71,4
Solo en casos de crisis, campañas o por orientaciones del nivel superior	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	33,3	3	14,3
Planificadas sin delimitación de la responsabilidad de cada sector involucrado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	9,5
No se tiene información al respecto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	4,8
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre la planificación de acciones intersectoriales por la salud.

La mayoría de los participantes indica que dichas acciones se encuentran planificadas delimitando la responsabilidad de cada sector involucrado con un total de 15 para un 71,4%, que correspondieron a la totalidad del personal de salud (9; 100,0%), 5 entre los directivos (83,3%) y sólo 1 entre los no directivos de otros sectores para un bajo 16 (1 directivo y 2 actores de otros sectores

para un 16,7% y un 33,3% respectivamente) que indicaron que las acciones intersectoriales por la salud se realizan solo en casos de crisis, campañas o por orientaciones del nivel superior.

La intersectorialidad, base de integración de los sectores de la economía y la sociedad con el sector de la salud ha estado presente siempre dentro de las políticas del estado, revolucionado desde su interpretación empírica y filosófica, hasta la tecnológica para su aplicación en la práctica, esta tecnología salubrista ha posibilitado una dirección más eficaz y eficiente de todos los niveles del sistema que se manifiesta en indicadores de salud pública relevantes ^{2,3}.

Tabla 7. Participantes según perfil social y tipo de recurso intersectorial con que cuenta habitualmente.

Tipo de recurso intersectorial con que cuenta habitualmente	Actores sociales								Total (n=21)	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos (n=4)		No directivos (n=5)		Directivos (n=6)		No directivos (n=6)		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Materiales	3	75,0	3	60,0	4	66,6	0	0,0	10	47,6
Humanos	4	100,0	5	100,0	3	50,0	0	0,0	12	57,1
Financieros	3	75,0	4	80,0	1	16,6	0	0,0	8	38,1
Ninguno de los anteriores	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6	28,6

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre el tipo de recurso intersectorial con que cuenta habitualmente.

En este aspecto también hay opiniones diferentes, los recursos materiales y humanos son los más citados con 10 y 12 participantes por ese orden para un 47,6% y un 57,1% respectivamente, seguidos por los recursos financieros con 8 opiniones para un 38,1% del total, todas las anteriores entre personal del sector salud y los directivos procedentes de otros sectores. El personal no directivo de otros sectores en su totalidad (6; 28,6% del total y 100,0% de este grupo), indicaron que los recursos intersectoriales con que cuentan habitualmente, no corresponden a ninguno de los anteriores, o sea, que no reciben recursos intersectoriales materiales, humanos ni financieros.

Las acciones intersectoriales congregan importantes recursos materiales y humanos, con el soporte del sector de la salud y otros sectores de la sociedad, su aplicación ha contribuido a que Cuba alcance indicadores de salud relevantes a nivel mundial. La práctica de la intersectorialidad confiere capacidad de respuesta superior en cantidad, calidad y dinamicidad, para enfrentar los problemas, y orientación del liderazgo compartido asumido por el

sector que esté representado en el problema de mayor magnitud y trascendencia a enfrentar^{2,3}.

Tabla 8. Participantes según perfil social y control de acciones intersectoriales por la salud.

Control de acciones intersectoriales por la salud	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Se monitorean y evalúan sistemáticamente e por parte de todos los involucrados	3	75,0	4	80,0	5	83,3	6	100,0	18	85,7
Se monitorean y evalúan sistemáticamente e solo por parte del sector de la salud	1	25,0	1	20,0	1	16,7	0	0,0	3	14,3
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 8 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre el control de acciones intersectoriales por la salud.

Se pudo observar que 18 de los participantes para un 85,7% del total, indicaba que dichas acciones se monitorean y evalúan sistemáticamente por parte de todos los involucrados siendo mayoría de respuesta en todos los grupos de actores sociales. Solo 3 (14,3%) indicaron que las acciones se monitorean y evalúan sistemáticamente solo por parte del sector de la salud; 2 entre el personal del sector salud (1 de los directivos y 1 entre los no directivos para un 25,0% y 20,0% respectivamente) y 1 entre los directivos de otros sectores para un 16,7%.

Para que el ASIS desarrolle las potencialidades científico-transformadoras que como instrumento puede adquirir en la producción social de la salud, se requiere de la concatenación y coherencia de varios elementos. El primero, su

adecuado uso por el sector salud en su condición de mediador técnico empoderado para movilizar, implicar y capacitar a los actores sociales. El segundo, una efectiva y sostenida participación social en salud. El tercero, un saneamiento ambiental comunal estable para lograr influencias educativas positivas en la población. Sustentados estos tres aspectos en un eje jurídico-regulatorio donde la exigencia estatal sea dinámica y sostenida, y con ello, que el ASIS cumpla su función como componente científico consustancial del sistema de salud cubano³⁹⁻⁴⁰.

Tabla 9. Participantes según perfil social y divulgación del trabajo intersectorial en salud.

Divulgación del trabajo intersectorial en salud	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rendición de cuentas sistemáticas	3	75,0	4	80,0	5	83,3	6	100,0	18	85,7
Rendición de cuentas ocasionales	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	4,8
Rendición de cuentas solo al sector de la salud	1	25,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 9 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y su opinión sobre la divulgación del trabajo intersectorial en salud.

Se pudo observar que 18 de ellos indicaban las rendiciones de cuenta sistemáticas como la vía de divulgación para un 85,7% del total mientras que solo 1 persona indicaba las rendiciones de cuenta ocasionales (4,8% del total) y las rendiciones de cuentas sólo al sector salud como las vías de divulgación para este fin que representaron el 9,5% del total.

Los retos para la sostenibilidad son el fortalecimiento de la respuesta local con modelos participativos en los que las poblaciones clave diseñen, implementen y evalúen las estrategias; la promoción de actitudes de búsqueda de atención y conocimiento de los problemas de salud, con énfasis en las poblaciones claves para la divulgación de los trabajos tanto científicos como comunitarios en los municipios priorizados y consejos populares más afectados; la descentralización de la confirmación del diagnóstico; la adaptación de las guías nacionales de prácticas clínicas a las actuales recomendaciones de la OMS y

sostener los resultados alcanzados en la eliminación de las enfermedades a través de la intersectorialidad en salud ⁴¹.

Tabla 10. Participantes según perfil social y nivel de realización de la intersectorialidad.

Nivel de realización	Actores sociales								Total	
	Sector de la salud				Otros sectores					
	Directivos		No directivos		Directivos		No directivos		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Alto	4	100,0	3	60,0	5	83,3	1	16,7	13	61,9
Moderado	0	0,0	1	20,0	1	16,7	5	83,3	7	33,3
Bajo	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Total	4	100,0	5	100,0	6	100,0	6	100,0	21	100,0

La tabla 10 muestra la distribución de participantes según el perfil de la actividad que realiza y el nivel de realización de la intersectorialidad que se deriva de la evaluación de las respuestas de los actores sociales participantes.

Se pudo observar que predominó una evaluación de realización alta con 13 de los actores para un 61,9% del total seguida por una evaluación moderada en 7 de ellos para el 33,3% y solo 1 presentó una baja evaluación (4,8%).

Según las respuestas del personal del sector salud predominó el nivel alto en 7 de ellos (100,0% de los directivos y el 60,0% de los no directivos); en el personal perteneciente a otros sectores se observó que 5 directivos presentaban un nivel alto para un 83,3%, mientras que los no directivos tenían una evaluación de realización moderado con 5 de los participantes para un 83,3%.

Castell-Florit Serrate ², concluye en su estudio que para la realización del proceso de intersectorialidad para la salud y el bienestar en el contexto socioeconómico, se percibió como alto en solo el 17,3 % de los sectores, prevaleció la calificación de baja sin resaltar diferencias según sector, estos resultados no coinciden con los alcanzados en el presente estudio.

Cabe señalar que los principales indicadores de salud en Cuba se encuentran dentro de los mejores de la región y aún así es preciso mejorarlos para enfrentar los nuevos retos epidemiológicos. Lejos de atenderlos de forma

individual se propone seguir perfeccionado las labores del policlínico, como base del sistema, de modo que un número cada vez mayor de problemas de salud encuentren solución en ese nivel de atención, así como fortalecer su función en lo relativo a la prevención y promoción. También es necesario instaurar y perfeccionar programas (con un enfoque multisectorial e interdisciplinario) dirigidos a cambios de estilos de vida de la población, fundamentalmente aquéllos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, que constituyen el mayor reto para el sector en la actualidad ^{1,2}.

CONCLUSIONES

La mayoría de los actores sociales encuestados presentaban cierta experiencia en su labor. La mayoría coincide en aspectos como intersectorialidad para la salud concebida en la misión, situaciones que afectan la salud y el bienestar poblacional identificadas, el análisis de la situación de salud como el principal medio para obtención de información, sectores sociales involucrados identificados, acciones intersectoriales por la salud monitoreadas y evaluadas sistemáticamente y rendición de cuentas sistemáticas como la vía de divulgación más utilizada. El personal no directivo, difiere del resto en sus opiniones respecto a la planificación de acciones intersectoriales por la salud y al tipo de recurso intersectorial con que cuenta habitualmente y por estas diferencias de opiniones, en su mayoría, presentaron una evaluación moderada del nivel de realización de la intersectorialidad mientras que en el resto de los encuestados predominó un alto nivel de realización de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E de los Á. Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet] 2018 (citado 6 Nov 2018) 44 (3) Jul-Sep. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e1214/es/>
2. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
3. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu, E de los Á. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [Internet línea]. 2009 [citado 5 Abr 2016]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000100004&lng=es
4. Castell Florit-Serrate, P. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama Internacional y de Cuba. Horizonte Sanitario [Internet]. Sep. 2014 [citado 2019 Feb 5]; 2(3):21-45. Disponible en: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/326/250>
5. [George Quintero](#) R S, [Laborí Ruiz](#) R, [Noa Legrá](#) M, [Nicot Martínez](#) N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. [Revista de Información Científica](#) [Internet]. 2017 [Citado 6 Nov 2018] [Vol. 96, N.º. 3](#), págs. 527-538. ISSN-e 1028-9933. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6027593>
6. Peralta Rojas J. Algunos aspectos económicos de la intersectorialidad en el Sistema de Salud cubano. Revista Infodir [Internet]. 2014 [Citado 6 Nov 2018]; Número 19. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/93>
7. Cuenca R, Carrillo S. Mirando al Estado desde la intersectorialidad y la intergubernamentalidad: El caso de la Iniciativa Aprende Saludable. Revista de Ciencia Política y Gobierno [Internet]. 2016 [citado 6 Nov 2018]; 3(6). Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/cienciapolitica/article/view/19220>

8. Godoy-Casasbuenas N, Franco M, Lozano JM, Gore-Saravia N. Importancia de la intersectorialidad en la investigación para la salud: conectando comunidades, científicos y tomadores de decisiones. Revista Medicina [Internet] 2017 [citado 6 Nov 2018]; 39(2). Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/117-1>
9. Sánchez-Casado L, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia. Propuestas de acción desde la intersectorialidad. Index Enferm [Internet] jul. /sep. 2017 [citado 6 Nov 2018]; 26(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200013
10. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev. Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2007 [citado 8 Ago 2016]; 45(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003200700030007&lng=es
11. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad, una tecnología que despegó con fuerza. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 6 Ago 2012];36(1):101-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu01210.pdf>
12. Castell-Florit Serrate P, Carnota Lauzán O, Mirabal Jean-Claude M, Santana Espinosa MC, Cabrera González T, Hadad Hadad J, et al. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
13. Rojas Ochoa F. Interdisciplina e Intersectorialidad. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 6 Ago 2012];36(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n3/spu01310.pdf>
14. Castell-Florit P. Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana [Internet]. Ministerio de Salud Pública: ENSAP; 2003 [citado 5 Abr 2008]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/20_intersectorialidad.doc
15. Ruelas-B E. La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud. En: La importancia de los determinantes sociales de la salud en

las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública. de México 2014: 95-97. Disponible en:

http://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/95_pdfsam_la.pdf

16. Rojas Ochoa F. Primer Congreso Latinoamericano de Educación para la Salud. La Habana; 1993.
17. Castell-Florit Serrate P. ENSAP. La Habana, Cuba. 2002.
18. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud (Ed.). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992: p. 185-204.
19. Toledo Curbelo G. Fundamento de Salud Pública 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
20. López Puig P. Cobertura Universal en Salud y el caso cubano. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2015 Mar [citado 20 Feb 2017];41(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100001&lng=es
21. Rojas Ochoa F. Economía, crisis y salud. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2013 Jun [citado 20 Feb 2017]; 39(2):194-196. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200001&lng=es
22. León Cabrera P, García Milian AJ, Castell-Florit Serrate P. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del Desarrollo Sostenible desde la Salud Pública cubana. Rev. Cubana Salud Púb. 2016;42(4):9.
23. Marimón Torres N, Torres Martínez E. Efectos del bloqueo económico, financiero y comercial de Estados Unidos en el Sistema Nacional de Salud. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2013 Jun [citado 20 Feb 2017];39(2):298-313. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200010&lng=es
24. Vidal Ledo M. Dirección en salud. Sistemas de Información. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
25. Cristina Laurell A. La salud-enfermedad como proceso social. Rev. Latinoamer Salud. 1982; (2):7-25.
26. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2015

- Mar [citado 20 Feb 2017];41(1):94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201500010009&lng=es
27. La filosofía de la salud pública. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2014 Mar [citado 20 Feb 2017]; 40(1):144-158. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000100015&lng=es
28. Carnota Lauzan O. Gerencia sin agobio. Un aporte a la eficiencia personal e institucional. 4ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
29. Halfdan M. El sentido de la salud para todos en el año 2000". Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2009 Dic [citado 20 Feb 2017]; 35(4):2-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002&lng=es
30. Castell-Florit P, Mirabal M. Funciones, estructuras y Sistemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
31. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones et al. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010.
32. Acuña González IM, Guevara Rivas H, Flores Sequera M. El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2014 Sep [citado 20 Feb 2017];40(3):353-361. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300005&lng=es
33. Carnota Lauzán O. La irrupción de la gerencia en las organizaciones sanitarias del sector público. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2017]; 42(4):1. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/862>
34. López Puig P. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2017];42(2):337-341 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n2/spu17216.pdf>
35. López Puig P. Hoja de ruta cubana para la cobertura universal en salud. Rev. Cubana Salud Púb. 2015;41(Supl):1-2.
36. López Puig P. Cobertura Universal en Salud y el caso cubano. Rev. Cubana Salud Púb [Internet]. 2015 Mar [citado 20 Feb 2017]; 41(1):[aprox.

<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/291/318>

37. Etienne CF. Cuba hacia la salud universal. Rev. Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 12 Dic 2017];42:e64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662014000100016&script=sci_arttext&tlng=pt
38. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. Intersectorialidad: selección de lecturas. La Habana: Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario; 2016
39. García Pérez RP, Ballbé Valdés A, Iglesias Almanza NR. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. Educ Med Super [Internet]. Sep 2014 [citado 2015 Nov 6];29(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n3/ems23315.pdf>
40. García Pérez RP. El análisis de la situación de salud como componente científico consustancial del sistema de salud cubano. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 2019 Feb 5];24(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1098>
41. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS). La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis. Acceso el 3 de octubre de 2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11078%3A2015-cuba-eliminates-mother-hiv-syphilis&Itemid=1926&lang=es

ANEXOS

Anexo I

Acta Consentimiento Informado

Compañero (a):

Por este medio le comunicamos a Ud. que ha sido escogido (a) para la realización de una investigación donde usted será el objeto de estudio sobre la percepción que se tiene sobre la intersectorialidad y sus implicaciones en el área de salud del municipio de Venezuela. Esperamos su ayuda y facilitación de los medios de información.

Si desea usted participar en el estudio exponga aquí su consentimiento:

Yo _____ he tenido contacto con la Dra. Jessika Sánchez Fardales y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio, para identificar posibles deficiencias en cuanto a los factores de desarrollo de la intersectorialidad como tecnología. He podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias.

Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del mismo, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que me atienden y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

Nombre y Apellidos del sujeto _____

Firma: _____

Anexo II

Encuesta acerca de la percepción de los procesos de intersectorialidad para la salud y el bienestar en Cuba

Estimado compañero (a):

La encuesta que sigue a continuación tiene como objetivo principal obtener información actualizada del estado de los procesos de intersectorialidad para la salud en su área de acción.

Este cuestionario es totalmente anónimo, por lo que puede responder con tranquilidad acerca de cuáles son sus impresiones, sentimientos o valoraciones reales sobre cada asunto preguntado, lo cual al mismo tiempo, representa una contribución importante de parte suya hacia el mejoramiento del sistema cubano de salud.

Sector al que pertenece:

Salud___

Otro___

Función que realiza:

Directivo___

Otra___

Tiempo en la función___

Por favor, en relación con el proceso de intersectorialidad para la salud en su área de acción o sector responda marcando con X.

1. Concepción de la intersectorialidad para la salud (respuesta múltiple).

a) *Concebida en la misión*___ b) *Concebida en la visión*___ c) Cuando se indica por el nivel superior ___ d) Ninguna de las anteriores ___ e) No se tiene información al respecto___

2. Situaciones que afectan la salud y el bienestar poblacional que demandan participación intersectorial (respuesta única).

a) *Están identificados*___ b) En vías de su identificación___

c) No están bien identificados___ d) No se tiene información al respecto___

3. Medios que se emplean para la obtención de la información acerca de las situaciones que afectan la salud y el bienestar poblacional (respuesta múltiple).

- a) *Análisis de la situación de salud*____ b) *Otras investigaciones*____
c) *Autopercepción*____ d) *Percepción de la población*____ e) *Percepción de otros sectores sociales*____ f) *Orientaciones del nivel superior*____ g) *No se tiene información al respecto*____

4. Sectores sociales involucrados en las situaciones que afectan la salud y el bienestar poblacional (respuesta única).

- a) *Están identificados*____ b) *En vías de su identificación*____
c) *No están bien identificados*____ d) *No se tiene información al respecto*____

5. Sectores de mayor responsabilidad en las situaciones que afectan la salud y el bienestar poblacional (respuesta única).

- a) *Están identificados*____ b) *En vías de su identificación*____
c) *No están bien identificados*____ d) *No se tiene información al respecto*____

6. Planificación de acciones intersectoriales por la salud (AIS) en respuesta a los problemas que afectan la salud y el bienestar poblacional (respuesta única).

- a) *Están planificadas delimitando la responsabilidad de cada sector involucrado*____ b) *Están planificadas sin delimitación de la responsabilidad de cada sector involucrado*____ c) *Se ejecutan solo en casos de crisis, campañas o por orientaciones del nivel superior*____ d) *No se tiene información al respecto*____

7. Tipo de recurso intersectorial con que cuenta habitualmente (respuesta múltiple).

- a) *Humanos*____ b) *Materiales*____ c) *Financieros*____ d) *Ninguno de los anteriores*____

8. Control de las AIS (respuesta única).

- a) *Se monitorean y evalúan sistemáticamente por parte de todos los involucrados*____ b) *Se monitorean y evalúan sistemáticamente solo por parte del sector de la salud*____ c) *No se les da seguimiento*____

9. Divulgación del trabajo intersectorial en salud (respuesta única).

- a) Rendición de cuentas sistemáticas_____ b) Rendición de cuentas ocasionales_____
- c) Rendición de cuentas solo al sector de la salud_____ d) No se rinde cuentas habitualmente_____ e) No se tiene información al respecto_____

10. Proyectos u otras herramientas intersectoriales de salud. (respuesta única).

- a) Se cuenta con proyectos en ejecución_____
- b) Los que existen están detenidos_____ c) No existen actualmente_____
- d) Se desconoce la existencia de proyectos _____

La información procedente de la discusión grupal fue analizada, resumida y sintetizada según problema de salud y bienestar identificado como demandante de intersectorialidad.

