

Acercamiento geográfico al Sistema de Salud de la Provincia de Pinar del Río.

Lic. William Hernández Mondejar¹ Dra. Luisa Iñiguez Rojas² Lic. Adrian Gerhartz Abraham³

¹Centro de Estudios Demográficos. Universidad de la Habana. (mondejar@cedem.uh.cu)

²Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de la Habana.

(Iñiguezrojas@yahoo.com)³Centro de Investigaciones Marinas. Universidad de la Habana. (adrian.gerhartz@cim.uh.cu)

Resumen

En el Sistema de Salud Cubano se han introducido modificaciones y transformaciones durante la década del 2000, con el objetivo de incrementar la calidad, la eficiencia y la cobertura de los servicios en todo el país. La investigación se propone como objetivo analizar la evolución y diferenciación territorial de la distribución y accesibilidad a los servicios de primer y segundo nivel de atención en la provincia de Pinar del Río. Fue tratada la distribución geográfica de los servicios de atención primaria y secundaria, su relación con las densidades de población y las distancias a las instituciones de salud, así como la evolución de los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia (CMEF). Fueron empleados los Sistemas de Información Geográfica. Como aproximación a la accesibilidad, se realizó un estudio de caso en los municipios de Bahía Honda y La Palma, donde se aplicaron entrevistas a los usuarios de los policlínicos Pedro Borrás y Manuel González Díaz. Se concluye sobre la utilidad del empleo de los SIG en la planificación y gestión de la distribución de los servicios de salud, así como la importancia del análisis de la accesibilidad en los municipios estudiados.

Palabras Claves: *servicios de salud, distribución geográfica, accesibilidad.*

Introducción

La prioridad del Estado Cubano por el Sistema Nacional de Salud ha sido mantenida a pesar de la historia de dificultades y adversidades económicas por las cuales el país ha atravesado. Desde finales de la década del 90 del pasado siglo, marcada por una profunda crisis económica que atravesó la isla a causa del derrumbe del campo socialista, comenzó a desarrollarse un proceso de recuperación de sectores de la economía y los servicios, implementándose diferentes programas de modernización y tecnificación de los servicios de salud. (Suárez 1997; Iñiguez, 2011) Este proceso tenía como objetivo, elevar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, y la creciente satisfacción de la población, hasta en los territorios con más desventajas de accesibilidad geográfica. Se trataba de

llevar servicios a la atención primaria, con el objetivo de disminuir las brechas de resolutivez entre los niveles de atención. (García, 2006)

La compleja situación económica que ha afectado al país en los últimos años de la pasada década, sumado a la crisis económica internacional que recrudece el entorno económico cubano, provocó que el gobierno se viese en la necesidad de orientarse hacia una estrategia nacional basada en la sostenibilidad, la eficiencia y la calidad de los servicios, por lo cual el Ministerio de Salud Pública decidió iniciar el proceso de Reorganización, Regionalización y Compactación del Sistema Nacional de Salud, actualmente en marcha (MINSAP, 2010), procesos que se incluyen en los *Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución*, aprobados en abril del pasado año. (Partido Comunista de Cuba, 2011)

En la actualidad se han incrementado las publicaciones internacionales que abordan la distribución geográfica de componentes del sistema de salud, incluyendo a países de América Latina. (Berrigan, 2010; Lwasa, 2007) A pesar de que en nuestro país se han desarrollado investigaciones en el campo de la Geografía de la Salud, estas han estado asociadas a una de sus direcciones conocida como Nosogeografía o Geografía de las enfermedades o de los problemas de salud, mientras, la Geografía de los Sistemas de Salud o de la Atención de salud, ha sido poco explorada. (Iñiguez, 2003)

Es por ello que se considera de utilidad, aproximarse a las variaciones en la distribución geográfica de instituciones del sector salud, como fundamento para el análisis de los impactos que las recientes transformaciones del Sistema de Salud Cubano sobre la accesibilidad a los servicios y la protección de la equidad.

El documento que se presente, se propone como objetivo analizar la evolución y diferenciación territorial de la distribución y accesibilidad a los servicios de primer y segundo nivel de atención en la provincia de Pinar del Río durante la década del 2000. Para ello se pretende responder varias interrogantes, entre las que destacamos las siguientes: ¿Cómo ha cambiado la distribución geográfica de las instituciones de salud y de recursos en la provincia de Pinar del Río en la década del 2000, y en especial, por efecto de las nuevas medidas de Regionalización, Compactación y Reorganización de los servicios de salud?; ¿Cuál es la distribución geográfica actual de las instituciones de primer y segundo nivel de atención en la provincia?; ¿Cómo se relacionan las densidades de población, con componentes del sistema?

Se desarrolla de forma experimental en la provincia de Pinar del Río, y en los municipios de Bahía Honda y de La Palma teniendo como argumentos la existencia de mejores condiciones de movilidad de los autores, así como la heterogeneidad interna dada por el alto porcentaje de relieves montañosos, la tradicional especialización de algunas de las llanuras al cultivo del tabaco, y un sistema de Asentamientos Humanos (SAH) que se distingue por tener una proporción elevada de población rural concentrada y dispersa, que llega a en algunos municipios a superar a la urbana.

Metodología y Métodos.

La información secundaria referida a la infraestructura del Sistema de Salud en los niveles de atención primaria y secundaria fue obtenida en la Dirección Provincial de Salud (DPS), las Direcciones Municipales de Salud de los municipios de La Palma y Bahía Honda, y la Dirección Provincial de Planificación Física. Se entrevistaron a responsables de la planificación y funcionamiento de los servicios de salud de la DPS y de las Direcciones Municipales de Salud Pública. De especial utilidad fue la entrevista realizada al Doctor en Ciencias Rojas Ochoa, director de la Revista Cubana de Salud Pública, sobre los enfoques a utilizar en la investigación.

Para el procesamiento cartográfico fue utilizado software ArcGis 10.0 mediante el cual se calcularon las densidades mediante un Kernel de 4.5km de buffer a partir de la nube de puntos que representaba la población dispersa la cual fue previamente estimada, y la población rural y urbana concentrada.

Con vista a brindar una aproximación más real a las condiciones de accesibilidad a las instituciones de nivel primario, fue decidido captar información primaria mediante una entrevista elaborada al efecto, para ser aplicada (cara a cara), de forma aleatoria, según una guía de preguntas abiertas, siguiendo el criterio de saturación de la información.

Dicha entrevista fue aplicada en trabajo de campo a la población que procuraba los servicios en los policlínicos Pedro Borrás y Manuel González Díaz, de los municipios de La Palma y Bahía Honda respectivamente, durante las 9:00 am a 12:00 pm horas en los días 19 y 20 del mes de abril del 2011. En total se ampliaron total de 46 personas adultas mayores de 16 años.

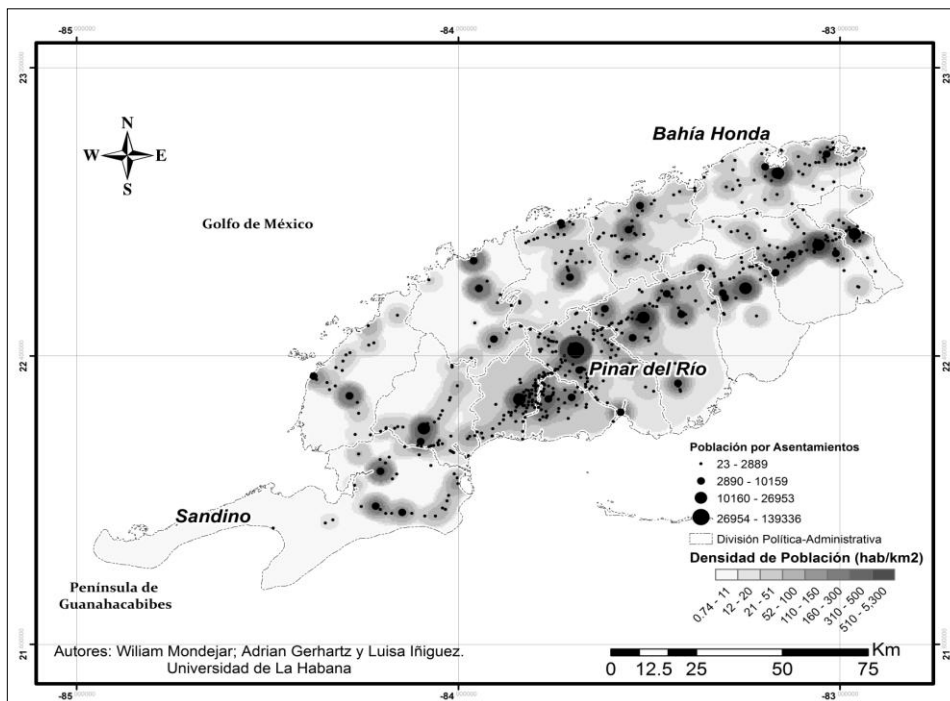
Resultados

Evolución del Sistema de Salud Pública en la provincia de Pinar del Río en la década del 2000. Población e instituciones de nivel secundario.

La distribución espacial de la población de la provincia nos retrata la presencia de un número importante de asentamientos distribuidos en un patrón lineal, asociados en su mayoría con las principales vías de comunicación. Al sur se encuentran los asentamientos urbanos de mayor tamaño, y las tres ciudades con que cuenta la provincia: Pinar del Río, Consolación del Sur y San Cristóbal. Se observa también una mayor concentración de los asentamientos rurales, en esta misma orientación, tanto de llanuras como de montañas donde se distribuyen asentamientos en 12 de los 14 municipios de la provincia. (Fig. 1)

En el resto de los espacios, las poblaciones fueron buscando las vías de comunicación, esparciéndose alrededor de los asentamientos lineales, aportando valores importantes de población dispersa que van desde los 1,600 habitantes en Candelaria a los 14,000 de Consolación del Sur. Los mayores porcentos de población dispersa, respecto al total de población, se encuentra en cinco municipios (San Juan y Martínez, San Luis, Mantua, Minas de Matahambre y La Palma).

Fig.1: Distribución de la población en Pinar del Río, 2002.

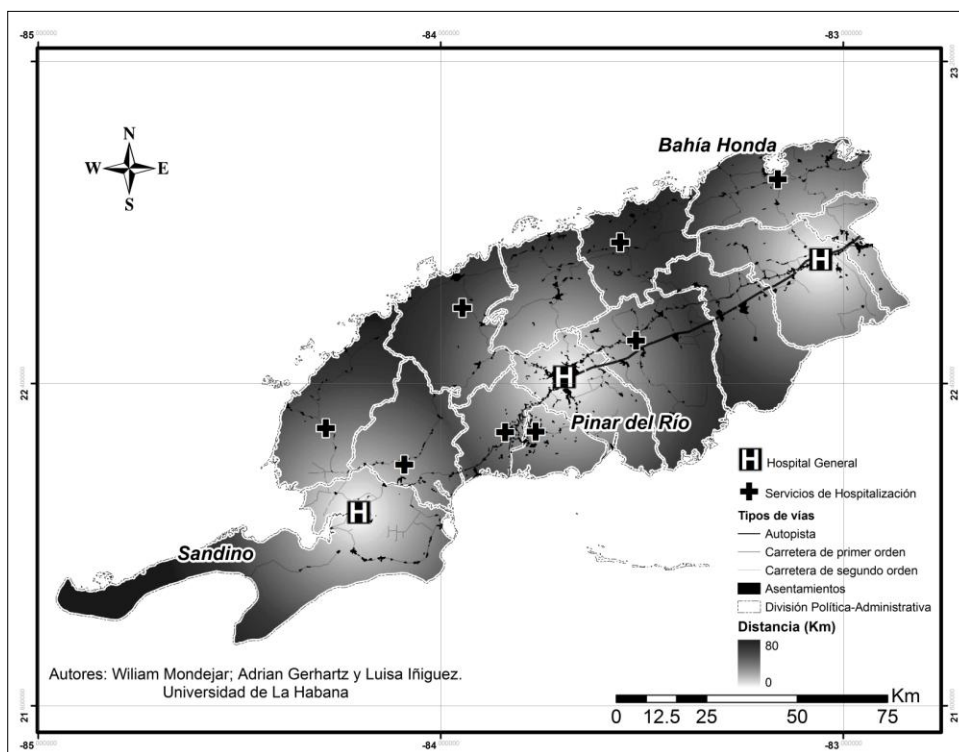


Fuente: Base cartográfica de GEOCUBA 1: 250 000 y Censo de Población y Viviendas, Cuba 2002.

Se mantienen así cuatro hospitales provinciales en la capital y dos localizados en los municipios de Sandino y San Cristóbal, de carácter regional, con un área tributaria conformada por agregados de municipios. (DPSP Pinar del Río, 2010) Estas instituciones se distribuyen al sur de la Cordillera de Guaniguanico, accidente geográfico que por su orientación, prácticamente divide a la provincia en dos unidades, haciendo de la geografía de esta una de las más complejas en la gestión de la dotación de servicios.

Si se analizan las distancias desde cualquier espacio de la provincia a estas instalaciones, se observa que en mayor desventaja se encuentra su parte norte, donde se encuentran los municipios de Mantua, Minas de Matahambre, Viñales, La Palma y Bahía Honda, en la llanura sur entre los municipios de Consolación y Los Palacios y al oeste en el municipio Sandino, donde se registra la mayor distancia de 81 kilómetros.(Fig. 2) En distancias medias de unos 40 kilómetros, se encuentran un número importante de asentamientos, tales como: rurales (Sabino Pupo, Punta La Sierra, La Jagua, Sagua, El Colosal, Valle San Juan, Pino Gordo, y otros) y urbanos (Minas de Matahambre, San Diego de los Baños, Las Posas, Santa Teresa, Alonso de Rojas, Paradero de Sábalo, y otros).

Fig. 2 Distancia a los tres centros regionales de hospitalización, 2010

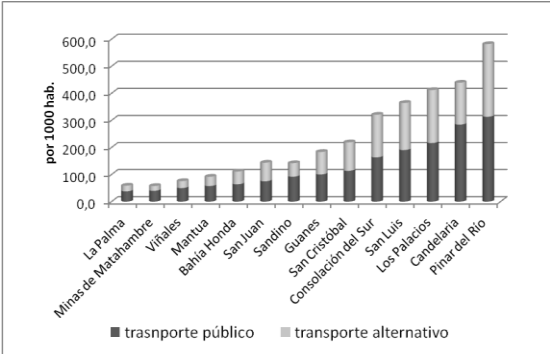


Fuente: Base cartográfica de GEOCUBA 1: 250 000 y Dirección Provincial de Salud Pública de Pinar del Río, 2011.

Cabe destacar el carácter de aproximación de distancias expuestas, medidas en línea recta y no por la red de carreteras y caminos, no obstante aún y cuando fuesen medidas de esta forma, representan también una aproximación a la accesibilidad a las instituciones, donde tendría que considerarse no solo la disponibilidad de transporte y su frecuencia, como factor decisivo, como también la accesibilidad en términos de la economía individual o familiar, teniendo en cuenta el elevado significado del transporte alternativo en la provincia.

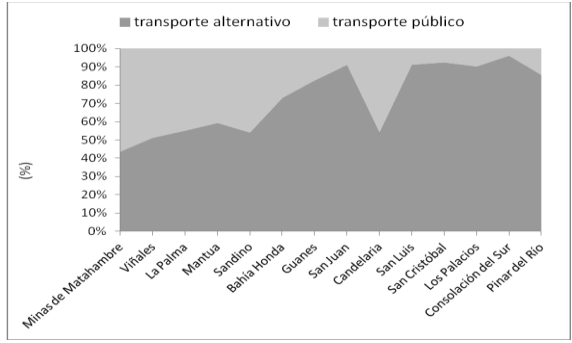
Según datos de los Anuarios Territoriales de la ONEI 2009, es posible desarrollar una aproximación al acceso de la población a través de la organización y funcionamiento del sistema de transporte interurbano y otros medios alternativos. (Fig. 3 y 4)

Fig. 3 Pasajeros transportados en la provincia por día, 2009.



Fuente: Anuarios Territoriales de Pinar del Río, ONE, 2009.

Fig. 4 Pasajeros transportados por tipos de medios en la provincia, 2009.



Fuente: Anuarios Territoriales de Pinar del Río. ONE, 2009.

Los pasajeros transportados por vehículos públicos y medios alternativos¹ por día por cada mil habitantes, muestran amplias diferencias entre los municipios del norte y el sur y oeste de la provincia con la situación más desfavorable. Sin dudas estas diferencias son reflejo de las dinámicas municipales como se observa en el caso del municipio de Candelaria, el de menor población de la provincia y el segundo con la mayor movilidad. Los datos analizados muestran la notable participación del transporte alternativo en la provincia, que en el 2009 alcanzó el 83.8%, y en todos los municipios a excepción de Minas de Matahambre.

¹ Se consideran en los Anuarios de la ONE: coches de tracción animal, bici-taxi, camiones y autos privados.

Si las distancias son analizadas con las nuevas reestructuraciones realizadas en el orden político-administrativo donde los municipios de Bahía Honda, Candelaria y San Cristóbal se incorporan a la nueva provincia de Artemisa, se producen cambios en la distancia media a los hospitales, incrementándose esta hasta los 50 km, y aumentando diez kilómetros más para los municipios y asentamientos que colindan con el municipio de San Cristóbal, donde se encuentra el Hospital Comandante Pinares, y que pertenecen al municipio de Los Palacios.

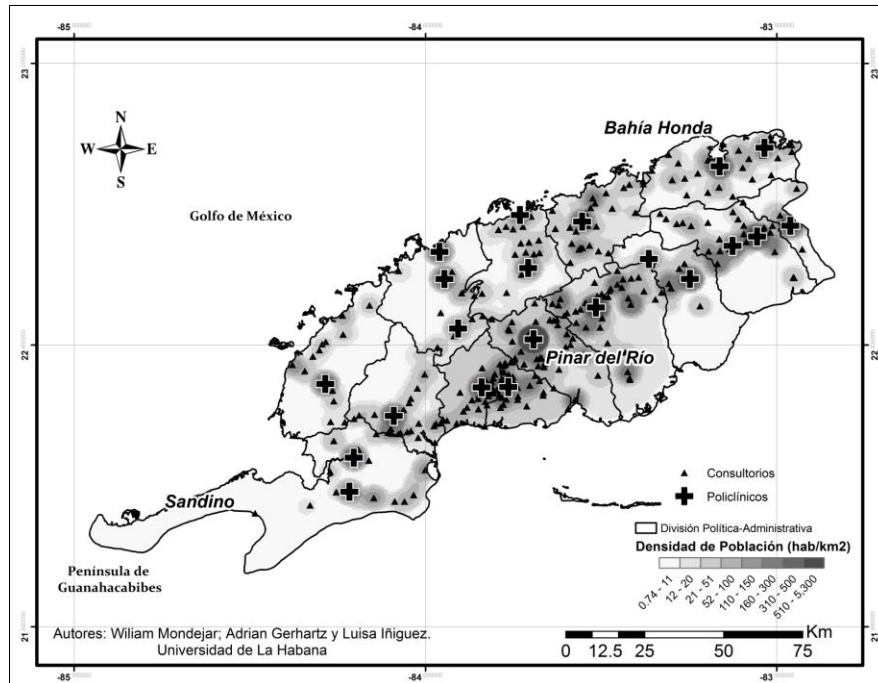
Tanto en la provincia como en sus municipios, existen contrastes en los indicadores demográficos que complejizan la distribución y el acceso a los servicios de salud, tales como: grado de ruralidad, envejecimiento y cantidad de población dispersa. Las distancias máximas a hospitales superan los 60 km; a ello se integran las limitaciones del transporte público, factor determinante en la accesibilidad a los servicios de salud de segundo nivel, donde el norte y el centro-sur de la provincia, presentan la situación más desfavorable.

Evolución de los servicios de atención primaria en salud en la provincia y en los municipios de Bahía Honda y La Palma.

En el año 2002, existían en la provincia 25 policlínicos distribuidos en todos los municipios. Los territorios de Mantua, La Palma, Candelaria, San Juan y Martínez, San Luis y Guane contaban con un solo policlínico. Ésta distribución se mantiene en la nueva reorganización. Los policlínicos de estos seis municipios se encuentran localizados en las respectivas cabeceras municipales, al igual que los policlínicos de los municipios de Pinar del Río y Consolación del Sur. El resto de los municipios que cuentan con más de un policlínico se localizan en asentamientos de importancia, como es el caso de Santa Lucía y Sumidero en Minas de Matahambre, Puerto Esperanza en Viñales, Orozco en Bahía Honda, Manuel Lazo en Sandino, Santa Cruz de los Pinos en San Cristóbal y San Diego de los Baños en Los Palacios. (Fig. 5)

En general, se observa que la localización de los policlínicos coincide con densidades relativamente elevadas de población; a excepción de asentamientos como Alonso de Rojas al sur del municipio de Consolación del Sur, Sanguily, Pollera Herradura, así como otros espacios de la costa sur de los municipios de Sandino, Guane y San Juan y Martínez.

Fig. 5 Distribución de las instalaciones de atención primaria de salud (Policlínicos y CMEF), 2002



Fuente: Base cartográfica de GEOCUBA 1: 250 000, Censo de Población y Viviendas 2002 y Dirección Provincial de Salud Pública de Pinar del Río, 2011.

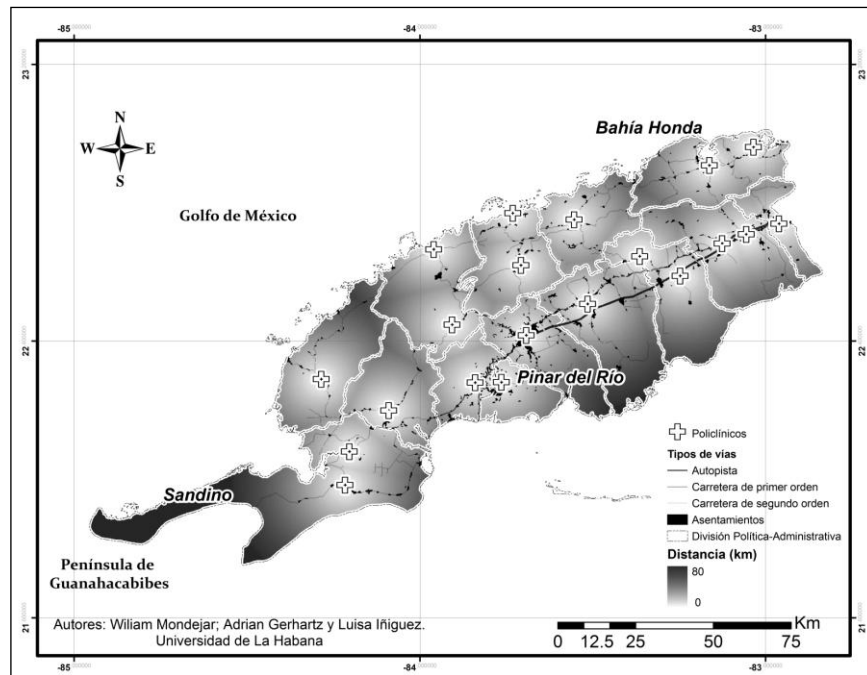
La distancia desde cualquier punto de la provincia hasta el policlínico más cercano es de 77,4 kilómetros como máximo en el extremo sur-oeste de la provincia en el municipio de Sandino. A unos cuarenta kilómetros se encuentran asentamientos como Playa La Mulata y La Mulata en el municipio La Palma, con poblaciones en el 2002 de 358 y 768 habitantes respectivamente, Macurije en el municipio de Mantua con una población de 566 habitantes, y Alonso de Rojas en el municipio de Consolación del Sur, donde residen 4 946 habitantes, entre otros (Fig.6) En los límites municipales, los cuales a su vez constituyen límites de áreas de salud en los municipios donde existe una sola área, se encuentran las poblaciones más alejadas a estos servicios. La distancia, al igual que lo referido anteriormente a los hospitales, aporta restricciones similares de acceso, que se intensifican al considerar limitantes de la red vial y de transporte.

Como elemento base en los servicios de atención primaria de salud, los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia (CMEF) son, en primera instancia, donde cada individuo entra en contacto con los servicios de salud, y de esta forma recibe un diagnóstico, sin tener que acceder directamente a un policlínico u hospital. Los CMEF aumentaron entre el 2002 y 2005; posteriormente fueron reagrupados en el año 2006 producto de la salida masiva de médicos a misiones internacionalistas, reduciéndose en

125 las instalaciones de este tipo. De los 533 asentamientos que tenía la provincia según el Censo de 2002, un total de 244 asentamientos urbanos y rurales concentrados no tenían consultorio médico, y acogían una población de 56 891 habitantes, a la cual se le prestaba servicios en consultorios a distancias variables.

En el año 2010, el proceso de Reorganización, Compactación y Regionalización de los servicios de salud, redujo nuevamente los consultorios, por lo que la provincia pasó de 1 148 en 2006 a 764 en 2010. (DPSP de Pinar del Río, 2010)

Fig. 6 Distancias a policlínicos en la provincia de Pinar del Río, 2010



Fuente: Base cartográfica de GEOCUBA 1: 250 000 y Dirección Provincial de Salud Pública de Pinar del Río, 2011.

La población que atiende cada CMEF varió en dependencia de los cambios en el número de consultorios de cada territorio entre los años 2002, 2005, 2006 y 2010. De esta forma descendió la cantidad de población atendida por estas unidades del 2002 al 2005, se incrementó en el 2006 para alcanzar en el 2010 el valor más alto de 966 personas por CMEF, que sin embargo aún no alcanza las 1500 personas que establece como límite de población a atender en el documento que recoge las transformaciones del sistema. (Ministerio de Salud Pública, 2010)

Desde el nivel municipal los cambios más significativos se observan en los CMEF, que tenían en el año 2002 una distribución asociada a los espacios de mayores densidades de población; tanto de llanuras, como de montañas. Para el año 2006, los CMEF

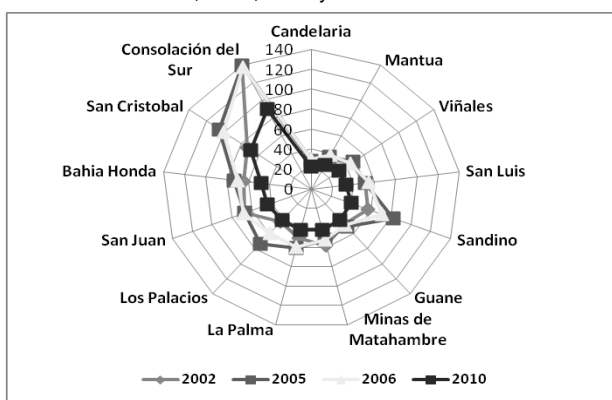
aumentaron en 216, por lo que se observa una mayor densidad de los mismos en casi todos los territorios.

Los CMEF han variado en los años seleccionados (2002, 2005, 2006 y 2010) en todos los municipios de la provincia, produciéndose por lo general un aumento entre los años 2000 y 2005, y posteriormente una reducción en el 2006. Del 2002 al 2010, en todos los municipios se aprecia una reducción en los CMEF, siendo esta más notable en cinco municipios de la porción centro sur y occidental de la provincia: Pinar del Río, Consolación del Sur, San Juan, San Luis y Sandino, con 103, 50, 23, 18 y 17 CMEF respectivamente, entre los años 2002 y 2010. (Fig. 7)

Los municipios que mayor cantidad de CMEF perdieron entre los años 2006 y 2010, con la nueva reestructuración son Pinar del Río y Consolación del Sur, con 120 y 48 CMEF menos, San Cristóbal y Sandino con 31, seguidos de San Juan y Martínez con 24 y Bahía Honda con 22. Por otra parte Guane, Candelaria y Mantua tienen las menores reducciones entre estos mismos años, con valores de 7, 8 y 11 CMEF respectivamente.

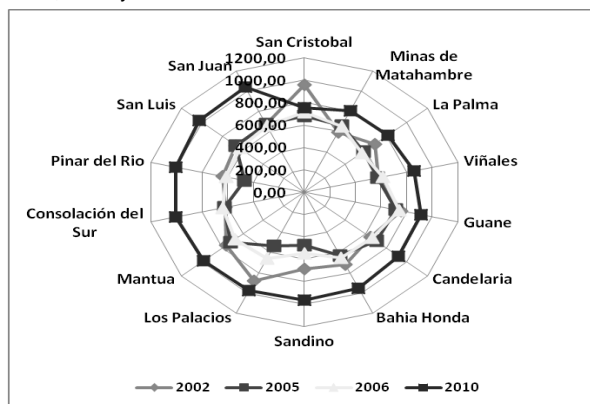
Como es lógico, estas modificaciones en la cantidad de CMEF, trajeron variaciones en la cantidad de población atendida por estas entidades, especialmente en el año 2010, donde a excepción del municipio de San Cristóbal, el resto excedió los 800 habitantes por consultorio como promedio (Fig. 8). De estos municipios, cuatro están por encima de los 1 000 habitantes por CMEF, siendo estos San Juan y Martínez, San Luis, Consolación del Sur, y Pinar del Río, con 1 044, 1 029, 1 008 y 1 004 habitantes por CMEF

Fig. 7: Cantidad de CMEF por municipios en los años seleccionados 2002, 2005, 2006 y 2010.



Fuente: Dirección Provincial de Salud Pública de Pinar del Río, 2011.

Fig.8: Población por CMEF en los años seleccionados 2002, 2005, 2006 y 2010.



Fuente: Dirección Provincial de Salud Pública de Pinar del Río, 2011.

respectivamente.

Instituciones de atención primaria y accesibilidad a los servicios en los municipios de Bahía Honda y La Palma

Estos dos territorios se caracterizan por acoger un número importante de asentamientos rurales, la mayoría de los cuales se localizan en montañas, un número relativamente alto de población dispersa (25% en La Palma y 11% en Bahía Honda el año 2002²) y de asentamientos urbanos donde se distribuye más de la mitad de la población en el caso de Bahía Honda y alrededor del 40% en el caso de La Palma. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la Población por tipo de asentamiento, 2002

<i>Distribución de la Población</i>	<i>Cantidad La Palma</i>	<i>Población La Palma</i>	<i>Cantidad Bahía Honda</i>	<i>Población Bahía Honda</i>
Total de Asentamientos	36	35242	52	46105
Urbanos	4	16660(47.3%)	6	29794 (64.8 %)
Rurales	32	9 627(52.7%)	46	11058 (35.2%)
Población Dispersa del total		8955 (25%)		5253 (11%)

Fuente: Tomado de nomenclador del Censo de Población y Viviendas, 2002

Distribución espacial de instituciones de atención primaria en los municipios.

Como fue referido en el acápite anterior, en estos dos municipios no se localizan instituciones de nivel secundario de atención. Los cambios recientes de la nueva división político-administrativa, modifican el acceso de la población al nivel secundario de atención en La Palma, mientras en Bahía Honda, se mantiene el área tributaria al hospital general de San Cristóbal. La población residente en el municipio de La Palma, se integra al área tributaria de los hospitales localizados en la provincia de Pinar del Río.

En el municipio de La Palma, existe solo un área de salud, la cual es atendida por el Policlínico Pedro Borrás con servicio de hospitalización, mientras que en el municipio de Bahía Honda, existen dos áreas de salud. Una de estas dos áreas es atendida por el Policlínico Manuel González Díaz, ubicado en la cabecera municipal con servicio de hospitalización y, la otra está vinculada al Policlínico Pablo de la Torriente Brau del asentamiento de Orozco, que está ubicado a 15 km. de distancia de la cabecera municipal, y sin servicios de hospitalización.

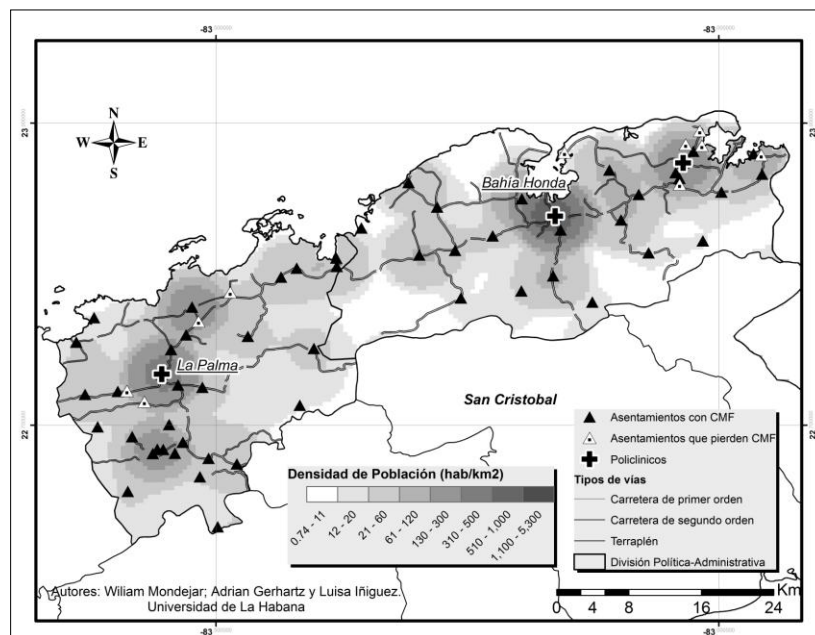
En el año 2002, el municipio de La Palma contaba con 51 CMEF, distribuidos en 27 de sus 34 asentamientos y cuatro ubicados en poblaciones dispersas. De estos asentamientos, solo cinco tenían más de un consultorio, el resto era atendido por una sola

² Los datos de población dispersa están solo disponibles en los momentos censales.

unidad de este tipo. Por su parte, en Bahía Honda, el primer nivel de atención lo conformaban además de sus dos áreas de salud, 64 CMEF. Estos estaban distribuidos en 30 de sus 52 asentamientos y solo ocho asentamientos de los municipios más poblados registraban más de un CMEF. Consecuentemente a lo sucedido en el contexto provincial, los CMEF aumentaron en su totalidad para el año 2006 a 61 unidades en el caso de La Palma y 73 de Bahía Honda.

En la nueva reorganización del año 2010, la reducción superó la realizada en el año 2006, disminuyendo los consultorios a 42 en La Palma y 48 en Bahía Honda, para un total de 90 CMEF en ambos municipios. De esta forma quedan sin CMEF diez asentamientos, cuatro en La Palma y seis en Bahía Honda. La mayor reducción ocurre en los asentamientos cabeceras de ambos municipios, desactivándose seis en ambas cabeceras. Se incrementaron, en un CMEF más, dos asentamientos, Orozco y Silvio Caro, ambos pertenecientes al municipio de Bahía Honda. En el municipio de La Palma se localiza seis nuevos CMEF, en asentamientos que no contaban con unidades de este tipo en el 2002, siendo estos: El Corojal, El Burén, La Sierra, Galalón, Las Catalinas, y Puerto Escondido. Asentamientos como El Carenero a las márgenes de la bahía del municipio de Bahía Honda quedaron sin CMEF en el 2010 y se mantienen alejados del CMEF más próximo y del policlínico que le corresponde, en este caso el Policlínico Manuel González Díaz. (Fig. 9)

Fig. 9 Asentamientos que se mantienen con CMEF y los que pierden esta unidad en los municipios de La Palma y Bahía Honda, 2010.



La accesibilidad a los servicios de atención en policlínicos según usuarios.

La accesibilidad a las instalaciones de salud depende de un conjunto de factores, donde se incluyen los geográficos, económicos, administrativos y culturales. (Escalona y Diez, 2005) En este caso, la distancia y el tiempo se asumen como factores geográficos para establecer una aproximación a la accesibilidad a los servicios de salud en los municipios estudiados.

Para la población dispersa, así como para gran parte de la población rural concentrada, el acceso se complejiza, teniendo la población que acceder a las principales vías de comunicación mediante vías secundarias o caminos, donde el sistema de transporte es aún más precario.

A partir de las entrevistas realizadas en los policlínicos Pedro Borrás y Manuel González Díaz, se exponen a continuación los resultados obtenidos.

En cuanto al servicio que se procura, en el caso de Bahía Honda, el 29,6% de los entrevistados llega al policlínico en busca del cuerpo de guardia; un 14,8% en busca de los servicios de microbiología y ortopedia, un 11,1% procura los servicios dermatológicos y en menor medida se buscan otros servicios como los de ultrasonido, pediatría y rayos x con un 7,4% (Fig. 10). En la búsqueda de servicios de cuerpo de guardia en el caso de La Palma, el por ciento se hace más elevado (36,8%) y en el caso de los servicios de microbiología estos constituyen el 15,8% de las personas entrevistadas (Fig.11).

Es importante destacar, que según opinión de proveedores de estos servicios, un elevado porcentaje de personas que buscan los cuerpos de guardia, podrían ser atendidas en sus respectivos CMEF. Ellos explican este hecho, por hábitos en los usuarios de concurrir al policlínico, o por ausencia del médico en los consultorios.³

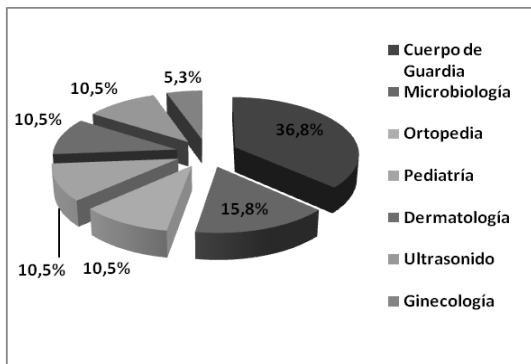
Las personas entrevistadas proceden de asentamientos ubicados fuera de la cabecera municipal, a distancias que fluctúan entre 8 y 35 km en el caso de La Palma, mientras que en Bahía Honda estas oscilan entre 6 y 25 km. En ambos municipios más del 85% se traslada en "botella"⁴ que pueden ser particulares o estatales (88,9% en La Palma y 89,5% en Bahía Honda), con más regularidad camiones, carros ligeros y tractores. Con

³ Conversación informal con los médicos: Odalys Cordero Socarras, Wilfredo Meralla, Lázaro Crespo y Milay Mondejar Ferreiro del municipio de Bahía Honda. Abril, 2011.

⁴ Medio de transporte, casual e irregular que se solicita deteniendo a vehículos que transitan por una vía, sin acuerdo de pago.

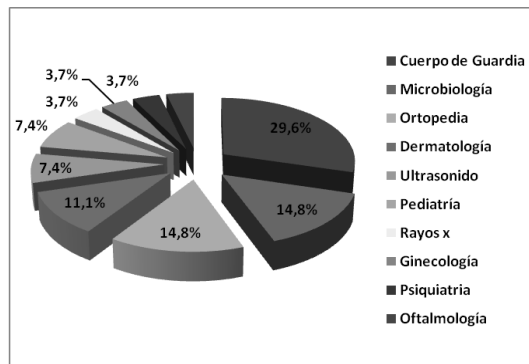
menor frecuencia, también se utilizan máquinas de alquiler y camiones de pasaje. (Fig.10 y 11)

Fig. 10: Tipos de servicios procurados en el policlínico de La Palma.



Fuente: Entrevistas realizadas por los autores.

Fig. 11: Tipos de servicios procurados en el policlínico de Bahía Honda.



Fuente: Entrevistas realizadas por los autores.

Al indagar sobre el tiempo que tardan las personas desde que salen de su casa hasta llegar al servicio, se constata que todas demoran más de una hora, incluso aquellas que viven a menor distancia. Un entrevistado residente del pueblo de Sanguily (La Palma) a 10 km de distancia de la cabecera municipal, demoró dos horas en el traslado de su casa al policlínico; mientras otro residente del batey del central Harlem (Bahía Honda) situado a 7 km del poblado cabecera tardó tres horas⁵. En ambos municipios los mayores porcentajes de personas declararon tardar entre dos y tres horas en llegar al policlínico (47,4% en La Palma y 51,9% en Bahía Honda) (Fig.18). Según los entrevistados, la mayor parte del tiempo se emplea en la espera de algún medio de transporte, lo cual preocupar en especial en caso de urgencias, pues aunque existe un servicio de ambulancia, un número nada despreciable de los entrevistados no tienen teléfono en su residencia o próximo a esta. (42,1 % en La Palma y 63,0% en Bahía Honda)

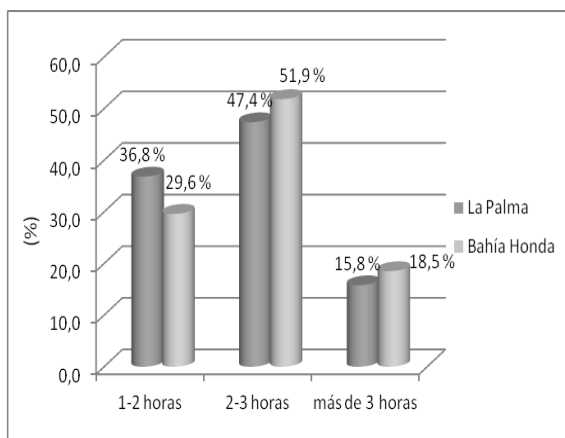
Una situación similar se aprecia en relación con los medios de transporte utilizados para regresar a sus hogares. El 81,5% de los entrevistados en Bahía Honda y 73,7% en La Palma, expresaron no tener definido el medio de regreso a la residencia. Algunas frases frecuentes fueron: “en el que aparezca”, “en el que pase”, “si algo me recoge”; incluso, una de estas personas refirió que la mejor alternativa era quedarse en casa de un familiar hasta el otro día que pudiera retornar a su lugar de residencia.⁶

⁵ Resultados de entrevistas.

⁶ Resultados de entrevistas.

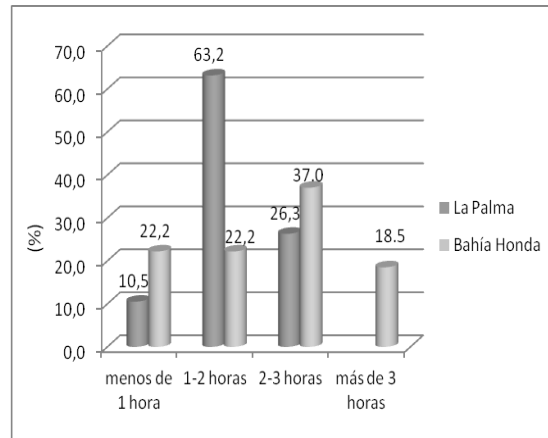
Con menor frecuencia aluden a otros medios como camiones de pasajes y carros ligeros. La concentración espacial de los CMEF coincide con las densidades de población más elevadas. La cantidad de CMEF varió en los años 2002, 2005, 2006 y 2010, observándose en este último año la mayor reducción. El estudio de caso realizado identifica asentamientos alejados de la cabecera municipal que perdieron su CMEF y revela limitantes de accesibilidad de la población a los servicios de atención primaria, en especial asociados a las dificultades del sistema de transporte público.

Fig.12 Tiempo que demora la persona en llegar el servicio.



Fuente: Entrevistas realizadas por los autores.

Fig.13: Tiempo de espera antes de coger algún medio de transporte.



Fuente: Entrevistas realizadas por los autores.

Conclusiones

- El conocimiento de la dinámica demográfica territorial y la distribución espacial de los asentamientos complementa la descripción y análisis de la distribución geográfica de los servicios de atención, lo cual puede apoyar la gestión del sector salud, y sugerir modificaciones espaciales en la búsqueda de coberturas óptimas.
- La diferenciación de indicadores demográficos de la provincia, muestra distintos grados de complejidad para la organización y gestión de la atención de salud, así como para la accesibilidad a los servicios, en especial relacionados con la cantidad de población rural de montaña y su distribución dispersa.
- El empleo de los SIG en el análisis de la distribución de componentes del sistema de atención de salud, puede contribuir a la planificación racional y monitoreo de la

eficiencia y la equidad de los servicios de salud, en especial identificando espacios geográficos prioritarios.

- Los servicios del primer nivel de atención muestran una amplia cobertura geográfica, con una distribución en general coincidente con los espacios de mayor densidad de población, a excepción de los CMEF de la parte centro sur y noroeste de la provincia.
- Las entrevistas realizadas a pesar de su carácter exploratorio, permite avanzar en el análisis de la accesibilidad a los servicios, arrojando resultados que demuestran las serias restricciones de movilidad hacia ellos, por carencias de transporte regular.
- Las entrevistas realizadas permitieron constatar la elevada frecuencia de la demanda de servicios de urgencia en los policlínicos. Un número importante de personas buscan los cuerpos de guardia, cuando sus necesidades pueden ser atendidas en los CMEF, lo cual puede estar asociado a factores como costumbres o deficiente funcionamiento de los CMEF.

Recomendaciones.

- ✓ Fomentar el uso de los mapas y de los Sistemas de Información Geográfica en la distribución y gestión de los servicios de salud.
- ✓ Establecer una relación entre los patrones de morbilidad y mortalidad tanto para la provincia como para los municipios y, la evolución de la distribución de los servicios de salud, en cada una de las etapas de transformaciones y cambios ocurridos, así como el choque de estas transformaciones en la sociedad cubana.
- ✓ Avanzar en la caracterización de la densidad y distancia a los servicios, así como el estado real de movilidad de la población, incluyendo la distancia real por carreteras, el transporte y el nivel adquisitivo de las personas, con el fin de identificar los territorios con mayor o menor desventaja de accesibilidad.
- ✓ Incluir en el análisis de la distribución de instituciones, otras instituciones como hogares maternos, casas de abuelos, farmacias, y salas de rehabilitación.

Bibliografía

1. **Berrigan. D; Pickle. L. W; Dill. J.** (2010): Associations between street connectivity and active transportation. International Journal of Health Geographycs. Disponible en web: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/9/1/20>. Consultado en octubre de 2010.
2. **Dirección Municipal de Salud Pública Municipio Bahía Honda.** (2010): Regionalización, Compactación y Reorganización de los servicios de salud. La Palma, 2010.
3. **Dirección Municipal de Salud Pública La Palma.** (2010): Regionalización, Compactación y Reorganización de los servicios de salud. La Palma, 2010.
4. **Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.** Indicadores Básicos Pinar del Río 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. La Habana.
5. **Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud:** Anuarios Estadísticos de Salud 2004, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010. La Habana.
6. **Dirección Provincial de Planificación Física Pinar del Río.** (2010): Diagnóstico-Esquema-Plan, Sistema de Asentamientos Humanos, Nueva DPA 2010.
7. ----- (2006): Infraestructura del Sistema de Salud Pública por asentamientos.
8. **Dirección Provincial de Salud Pública de Pinar del Río.** (2010): Regionalización, Compactación y Reorganización de los servicios de salud.
9. **Escalona, A. I y Diez, C.** (2005): Retos y problemas de la accesibilidad a servicios en zonas despobladas: un caso en la provincia de Teruel (España). Geo Crítica / Scripta Nova. vol. IX, núm. 188. Disponible en Web: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-188.htm>. Consultado 28 de abril del 2011.
10. **García. S, J.** (2006): ¿Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana? Revista Cubana de Salud Pública; 32(1).
11. **Iñiguez, R.L.** (2003): Geografía de la salud en Cuba: tendencias y prioridades. Revista Cubana de Salud Pública. Cuba, No 4, 2003.
12. **Iñiguez. R, L.** (2011): Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. Vol 38.
13. **Ministerio de Salud Pública.** (2010): Transformaciones Necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana, noviembre.
14. **Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI).** (2002): Censo de Población y Viviendas Cuba-2002.
15. ----- (2007), Estudios y Datos de la Población Cubana 2006, edición 2007.
16. ----- (2009): Anuarios Estadísticos Municipales. Pinar del Río 2009.

17. **Suárez, J. J.** (1997): El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. Revista Cubana Salud Pública 23(1-2):5-16.
18. **Partido Comunista de Cuba.** (2011): Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. VI Política Social.
19. **Lwasa, S.** (2007): Geospatial analysis and decision support for health services planning in Uganda. Geospatial Health 2(1), 2007, pp. 29-40.