

Dispensarización a 50 años: tecnología sanitaria fundacional del primer nivel de atención que exige innovación

Health screening at age 50: foundational health technology of primary care that demands innovation

Yagén María Pomares Pérez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9961-3330>

Salvador Tamayo Muñiz¹ <https://orcid.org/0000-0002-3206-5939>

Julio Guerra Izquierdo¹ <https://orcid.org/0000-0001-7762-3802>

Mariela García Velázquez² <https://orcid.org/0000-0003-1432-4033>

Rubén García López de Villavicencio³ <https://orcid.org/0000-0001-8170-0321>

Leonardo Cuesta Mejías³ <https://orcid.org/0009-0003-2319-483X>

¹ Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.

² Dirección General de Salud Provincia Cienfuegos, Cuba

³ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ypomaresperez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La dispensarización cumple 50 años como tecnología sanitaria y eje metodológico de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Nacida de la adaptación del modelo soviético y consolidada en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, constituye un proceso de registro, evaluación, intervención y seguimiento continuo del estado de salud de la población. Pese a su valor estratégico, persisten evidencias de subutilización, incumplimiento formal y obsolescencia de sus soportes tradicionales.

Objetivo: Fundamentar la necesidad de reivindicar la dispensarización como tecnología sanitaria susceptible de innovación y argumentar la urgencia de su actualización tecnológica en el primer nivel de atención.

Posicionamiento del autor: Los autores sostienen que la dispensarización debe ser comprendida como tecnología sanitaria procedimental y sistémica, lo que implica asumir que es susceptible de mejora e innovación. Se evidenció su función estratégica como sistema de vigilancia de base poblacional durante la pandemia de COVID-19, y se presentaron experiencias internacionales sobre el valor de los datos de atención primaria para la inteligencia sanitaria. Se argumenta que su principal desafío no es mantener su vigencia, sino transformarla mediante la digitalización de sus soportes y su resignificación como herramienta de gestión directiva en todos los niveles del sistema.

Conclusiones: La dispensarización es la tecnología fundacional del modelo cubano de Atención Primaria de Salud. Su actualización mediante la transformación digital y su consolidación como sistema de inteligencia sanitaria constituyen una necesidad impostergable para responder a los desafíos demográficos, epidemiológicos y gerenciales del siglo XXI.

Palabras clave: dispensarización; atención primaria de salud; tecnología sanitaria; vigilancia en salud; toma de decisiones; medicina familiar y comunitaria; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: Dispensarization celebrates 50 years as a health technology and methodological axis of Primary Health Care in Cuba. Derived from the adaptation of the Soviet model and consolidated in the Family Doctor and Nurse Program, it involves the registration, assessment, intervention, and continuous follow-up of the population's health status. Despite its strategic value, evidence persists of underutilization, formal compliance, and obsolescence of its traditional supports.

Objective: To substantiate the need to vindicate dispensarization as a health technology susceptible to innovation and to argue the urgency of its technological update in the first level of care.

Author's position: The authors maintain that dispensarization should be understood as a procedural and systemic health technology, which implies assuming that it is susceptible to improvement and innovation. Its strategic function as a population-based surveillance system was evidenced during the COVID-19 pandemic, and international experiences on the value of primary care data for health intelligence are shown. It is argued that its main challenge is not to maintain its validity, but to transform it through the digitalization of its supports and its resignification as a management tool at all levels of the system.

Conclusions: Dispensarization is the foundational technology of the Cuban Primary Health Care model. Its update through digital transformation and its consolidation as a health intelligence system constitute an urgent need to respond to the demographic, epidemiological and managerial challenges of the 21st century.

Keywords: dispensarization; primary health care; health technology; health surveillance; decision making; family and community medicine; Cuba.

Recibido: 19/02/2026

Aprobado: 21/03/2026

Introducción

Para comprender cabalmente la naturaleza y la proyección futura de la dispensarización en Cuba, resulta imprescindible remontarse a sus orígenes

conceptuales, que se encuentran en la experiencia de la Unión Soviética. Fue en ese contexto que la dispensarización se concibió originalmente como un método activo de seguimiento dinámico de la salud, orientado a la detección precoz de enfermedades, la supervisión y el tratamiento complejo de los enfermos, así como a la implementación de medidas para mejorar las condiciones de trabajo y de vida, con el fin último de mantener y fortalecer la capacidad laboral.^(1,2) La magnitud de esta tarea ha sido definida al señalar que "semejante tarea sociohigiénica, en el campo de la elevación sistemática del nivel de salud de todos los miembros de la sociedad, jamás ha sido asignada a país alguno por ningún otro Partido, solo en las condiciones de la construcción activa de la sociedad comunista se puede diseñar una estrategia de tal multivariedad, complejidad, y alta responsabilidad..."⁽³⁾ Esta estrategia se asentaba sobre varios elementos básicos: el estudio de salud de toda la población, la detección activa de enfermos en fase inicial, la observación dinámica de grupos sanos y enfermos, la ejecución oportuna de medidas curativas y el estudio de las condiciones de vida y trabajo de las personas dispensarizadas.⁽¹⁾

El método se perfeccionó a lo largo de las décadas. En los años 50 se amplió la población sujeta a dispensarización y se incorporaron más especialistas; en los 60 se afinó su organización; y en los años 70, más de 35 millones de personas en la URSS se encontraban bajo este método, que abarcaba entre el 12 % y el 20 % de la población atendida en policlínicos y hasta el 70 % de los trabajadores. Este modelo, con sus diferentes variantes, se extendió con éxito a otros países socialistas.⁽¹⁾

La transferencia de este modelo a Cuba ocurrió en un contexto de estrechas relaciones con el bloque socialista y de profunda transformación del sistema sanitario nacional. Aunque el término "dispensarización" se emplea oficialmente desde la implementación del modelo de medicina en la comunidad en 1976, el método, en la práctica, ya estaba presente desde los primeros años de la Revolución en actividades como la atención prenatal, los controles del niño sano y el seguimiento de enfermedades infecciosas (tuberculosis, lepra, etc.).⁽¹⁾ Un hito fundamental en esta evolución ocurrió en 1972, con un cuidadoso estudio de morbilidad en el área de salud del policlínico Julián Grimau,

en colaboración con asesores soviéticos, que buscaba conocer la morbilidad total del área y sentó las bases para la aplicabilidad del método en nuestras condiciones.⁽⁴⁾ Posteriormente, en 1974, se creó el Modelo de Policlínico Comunitario, el cual incorporaba, por primera vez de manera sistemática, la función docente y ponía a prueba la aplicabilidad de la dispensarización como método de trabajo. La experiencia resultó satisfactoria y se extendió progresivamente al resto del país, constituyendo el antecedente directo de lo que una década después sería el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.⁽⁵⁾

Cuba no se limitó a importar pasivamente el modelo soviético, sino que lo adaptó creativamente a sus propias realidades epidemiológicas y sociales. Este proceso anticipó incluso las metas de salud formuladas años después en la Conferencia de Alma-Ata de 1978, lo que evidencia el carácter pionero de la experiencia cubana.⁽⁵⁾

Con la creación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en 1984, la dispensarización se adoptó como actividad inherente al trabajo del Equipo Básico de Salud⁽⁶⁾ y se concibió como "un proceso coordinado y gerenciado por el Equipo Básico de Salud". Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud".⁽²⁾ Esta definición se sustenta en los principios de integralidad, continuidad, dinamismo, participación comunitaria y carácter preventivo, que le otorgan su carácter distintivo.⁽⁷⁾

Bajo este marco, la dispensarización se convirtió en el eje metodológico que articula la clasificación en los cuatro grupos establecidos: supuestamente sanos (Grupo I), con riesgo (Grupo II), enfermos (Grupo III) y con discapacidades (Grupo IV).⁽⁶⁾ En ella reside la capacidad del sistema para identificar riesgos, controlar enfermedades crónicas y articular una pesquisa activa que, como se demostró durante la pandemia de COVID-19, constituye una verdadera tecnología de vigilancia en salud.⁽⁸⁾ Sin embargo, a pesar de su innegable contribución histórica, persisten evidencias de su subutilización y de

un cumplimiento formal que no siempre se traduce en control efectivo ni en actualización dinámica del diagnóstico de salud en los consultorios.⁽⁹⁾

El presente artículo de posición sostiene que, en su 50 aniversario, la dispensarización debe ser reivindicada y comprendida como una tecnología sanitaria en el sentido más amplio del término, lo que la convierte en una herramienta fundamental para la dirección en salud. Reconocerla como tal implica asumir que, como toda tecnología, es susceptible de innovación, requiere mantenimiento y actualización, y que su verdadero valor se mide por su capacidad para facilitar la toma de decisiones informadas en salud. Por ello, el colectivo de autores argumenta que el principal desafío actual no es solo mantener su vigencia, sino también impulsar su transformación mediante la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación, así como su resignificación como herramienta de gestión directiva.⁽¹⁰⁾ El objetivo de este artículo es fundamentar, desde una perspectiva autoral, la urgencia de esta actualización tecnológica en el primer nivel de atención.

Desarrollo

La dispensarización como tecnología sanitaria: argumentos conceptuales

Para fundamentar la tesis propuesta, resulta imprescindible partir de una definición clara de la tecnología sanitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha precisado este concepto de manera amplia e inclusiva, señalando que la tecnología empleada en la atención de la salud "incluye no solo los medicamentos, los instrumentos, los equipos y los procedimientos que se aplican directamente a los pacientes, sino también los modelos organizativos y los sistemas de apoyo que hacen posible la atención de salud".⁽¹¹⁾

Bajo esta conceptualización, las tecnologías sanitarias pueden ser de muy diversa naturaleza: desde una vacuna hasta un programa de cribado poblacional o un sistema de información para la gestión sanitaria. La OPS reconoce que la evaluación de

tecnologías sanitarias es un proceso multidisciplinario que utiliza métodos explícitos para determinar el valor de una tecnología en diferentes momentos de su ciclo de vida, con el propósito de informar la toma de decisiones.⁽¹²⁾

¿Cumple la dispensarización con los atributos que definen una tecnología sanitaria? La respuesta es afirmativa si se analizan sus componentes esenciales. La literatura especializada desglosa el proceso en cuatro fases que, en su conjunto, configuran un auténtico dispositivo tecnológico aplicado a la salud poblacional:⁽²⁾ registro, evaluación, intervención y seguimiento.

1. Registro: Se recogen en un censo las características sociodemográficas de las personas, agrupadas por familias y en relación con el entorno. Incluye la edad, el sexo, la ocupación, las condiciones de la vivienda, los factores de riesgo, las enfermedades, el funcionamiento familiar y la cultura sanitaria.
2. Evaluación: Contempla un examen integral de cada persona que abarca los ámbitos biológico, psicológico y social, lo que permite clasificarla en las categorías dispensariales.
3. Intervención: Prevé la orientación sobre medidas para promover la salud, evitar daños y modificar las condiciones que puedan favorecer la enfermedad, incluyendo acciones educativas y terapéuticas.
4. Seguimiento: Se trata de un proceso continuo con ajustes sistemáticos de la atención, en función de las variaciones en el estado de salud individual y de la respuesta a las medidas aplicadas.

Estos cuatro componentes no operan de manera aislada, sino que se articulan en un ciclo tecnológico claramente definido. La dispensarización constituye, por tanto, un sistema organizativo que permite transformar la información sobre la salud de la población en acciones planificadas y evaluables. Se corresponde plenamente con la definición de tecnología sanitaria de la OPS, que incluye explícitamente los "modelos organizativos y sistemas de apoyo" como categoría tecnológica.⁽¹¹⁾ Diversos autores confirman esta condición al señalar que la dispensarización representa una de las

singularidades del modelo cubano de medicina familiar, es decir, uno de sus componentes distintivos y tecnificados que le confieren identidad y eficacia.⁽⁵⁾

Reconocer la dispensarización como tecnología sanitaria tiene implicaciones prácticas de primer orden. Una tecnología, por definición, es susceptible de ser evaluada, mejorada, actualizada e innovada. Requiere mantenimiento, inversión en su desarrollo y, sobre todo, ser utilizada con un fin claro: la toma de decisiones informadas. Si la dispensarización es una tecnología, entonces los directivos del sistema de salud están obligados a tratarla como tal, superando la visión reduccionista que a menudo la reduce a un mero trámite de llenado de planillas.

Vigilancia en salud e inteligencia para la toma de decisiones: el valor estratégico de la dispensarización

La función de vigilancia en salud constituye uno de los atributos menos explorados, pero potencialmente más valiosos, de la dispensarización como tecnología sanitaria. Tradicionalmente concebida como herramienta para la atención individual y familiar, la dispensarización genera, de manera sistemática y continua, información poblacional que, adecuadamente procesada y analizada, puede constituir la base de un auténtico sistema de inteligencia sanitaria para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema.⁽⁶⁾

La Organización Panamericana de la Salud define la vigilancia en salud pública como la recopilación, el análisis y la interpretación continuos y sistemáticos de datos esenciales para la planificación, implementación y evaluación de prácticas de salud pública, estrechamente integrada con la difusión oportuna de estos datos a quienes necesitan conocerlos.⁽³⁾ Bajo esta definición, la dispensarización cubana reúne todos los requisitos para ser considerada un sistema de vigilancia de base poblacional con características singulares: opera en el primer nivel de atención, cubre la totalidad de la población asignada, actualiza periódicamente la información sobre riesgos y condiciones de salud, y la vincula con la intervención.

La experiencia de la pandemia de COVID-19 resultó paradigmática para evidenciar este potencial. Durante los momentos más críticos de la crisis sanitaria, la dispensarización demostró su capacidad para articular una pesquisa activa que funcionó como una verdadera tecnología de vigilancia epidemiológica en tiempo real. Diversos estudios documentaron cómo la estructura dispensarial permitió identificar rápidamente la morbilidad oculta, caracterizar grupos de riesgo y orientar las intervenciones de control hacia las poblaciones más vulnerables, lo que constituyó un activo invaluable para la respuesta nacional a la emergencia sanitaria.⁽⁸⁾ La pesquisa no partió de cero; se sustentó en un conocimiento previo de la población y de sus riesgos que solo la dispensarización podía proporcionar.

Este potencial, sin embargo, enfrenta limitaciones derivadas del soporte tradicional del proceso. Investigaciones realizadas en el contexto cubano han documentado que la información generada por la dispensarización con frecuencia permanece subutilizada, se fragmenta en los consultorios y carece de mecanismos eficientes para su agregación y análisis en niveles superiores del sistema.⁽⁹⁾ En consecuencia, valiosos datos sobre la situación de salud de la población no se transforman en inteligencia para la acción, lo que limita la capacidad de directivos y gestores para tomar decisiones informadas.

La experiencia internacional ofrece lecciones valiosas sobre el potencial de los sistemas de vigilancia basados en la atención primaria. En Canadá, la **Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network** (CPCSSN) ha demostrado cómo el análisis sistemático de datos de registros electrónicos permite identificar necesidades emergentes, como el incremento de las consultas por salud mental en jóvenes, y evaluar el impacto de las intervenciones, orientando así la asignación de recursos y el diseño de políticas.⁽¹⁴⁾ En contextos de bajos recursos, diversas experiencias confirman su factibilidad. En Malawi, la implementación del algoritmo mHealth ETAT para la atención pediátrica demostró que estos sistemas permiten monitorizar las trayectorias de los pacientes e identificar brechas en la continuidad de la atención.⁽¹⁵⁾ En Tanzania, el proyecto ESIDA exploró la aceptabilidad de las aplicaciones móviles para mejorar la

detección de brotes y, aunque los clínicos las valoraron positivamente, señalaron barreras de infraestructura.⁽⁶⁾ En Sudáfrica, el sistema **District Health Information System** (DHIS) ha sido una referencia durante más de dos décadas al permitir la agregación y análisis de datos de atención primaria para la planificación sanitaria a nivel distrital, provincial y nacional, incluso en contextos de conectividad limitada.⁽⁷⁾

Estas lecciones resultan aplicables al contexto cubano, donde la dispensarización genera información continua que, adecuadamente procesada, podría constituir la base de un sistema de vigilancia con ventajas comparativas únicas. En consecuencia, para desplegar plenamente dicho potencial, se requiere:

1. Integración de datos: Superar la fragmentación actual mediante plataformas que permitan agregar la información de los consultorios a nivel de área, municipio, provincia y nación, respetando la privacidad y la confidencialidad de los datos.
2. Análisis oportuno: Desarrollar capacidades para transformar los datos en información útil en tiempo real, superando la lógica del reporte estadístico retrospectivo.
3. Retroalimentación sistemática: Establecer mecanismos para que la información generada regrese a los niveles operativos, cerrando el ciclo de vigilancia y permitiendo ajustes en las intervenciones.
4. Cultura de uso de la información: Promover entre directivos y gestores el uso habitual de los datos dispensariales para fundamentar decisiones, evaluar resultados y planificar intervenciones.

La investigación sobre los sistemas de vigilancia en APS ha identificado desafíos importantes. Por ejemplo, investigaciones cualitativas que han explorado las perspectivas de clínicos sobre sistemas de vigilancia de infecciones respiratorias revelan que los profesionales expresan reservas sobre el uso de información poblacional para influir en decisiones clínicas individuales, prefiriendo información sobre amenazas (alto riesgo) a información tranquilizadora sobre condiciones prevalentes.⁽⁸⁾ Este hallazgo subraya la necesidad de diseñar sistemas que respondan a las necesidades y a la racionalidad de los usuarios finales.

En el caso cubano, la dispensarización ofrece una ventaja comparativa extraordinaria: no se parte de cero. Ya existe un sistema que genera información continua sobre la salud de toda la población. El desafío es evolucionar desde un sistema orientado fundamentalmente al registro, con frecuencia percibido como un fin en sí mismo, hacia un sistema orientado a la inteligencia sanitaria, donde el dato se transforma en conocimiento y el conocimiento en acción. Como señala la experiencia internacional, la transformación digital de la atención primaria es factible incluso en contextos de recursos limitados, y sus beneficios en términos de calidad, eficiencia y equidad justifican ampliamente la inversión requerida.⁽¹⁹⁾

Innovación necesaria: de la historia de salud de papel al sistema de inteligencia sanitaria

La identificación de la dispensarización como tecnología sanitaria conduce inevitablemente a la pregunta por su actualización. Transcurridos 50 años desde su introducción en Cuba, persisten evidencias de que el proceso se cumple formalmente, sin que sus resultados se traduzcan necesariamente en intervenciones efectivas ni en una actualización dinámica del diagnóstico de salud.⁽⁹⁾ Esta brecha entre el deber ser y la práctica cotidiana constituye el principal síntoma de obsolescencia tecnológica.

El soporte tradicional de la dispensarización, la historia de salud familiar en papel, ha mostrado limitaciones evidentes en un contexto de transición demográfica y epidemiológica compleja. La fragmentación de la información, la duplicidad de registros, la dificultad para el análisis agregado de datos y la escasa retroalimentación en tiempo real son problemas recurrentemente señalados por los equipos básicos de salud.

En este sentido, diversos autores han propuesto la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación como vía para superar dichas limitaciones. Moreno Soca y colaboradores, por ejemplo, diseñaron una aplicación informática para el registro, control y seguimiento de la dispensarización en consultorios del municipio de Aguada, demostrando la factibilidad de migrar hacia soportes digitales que faciliten la actualización permanente y el análisis de la información.⁽¹⁰⁾

Sin embargo, la innovación requerida no es meramente tecnológica en sentido estricto. Se trata de resignificar la dispensarización como "herramienta de gestión directiva" en todos los niveles del sistema. Un sistema de inteligencia sanitaria basado en la dispensarización debería permitir:

- Al médico y a la enfermera de la familia: proporcionar información actualizada para la toma de decisiones clínicas y comunitarias en tiempo real.
- Al director del policlínico: monitorear el desempeño de los consultorios, identificar áreas de riesgo y asignar recursos con criterios de equidad y de necesidad.
- A nivel municipal y provincial: analizar los patrones epidemiológicos, evaluar el impacto de las intervenciones y planificar acciones de salud pública.
- Al nivel nacional: contar con información confiable para la formulación de políticas sanitarias basadas en evidencia.

Esta resignificación implica, además, superar la concepción de la dispensarización como un fin en sí mismo. Su valor último no radica en el porcentaje de población dispensarizada, sino en su capacidad para generar intervenciones efectivas que mejoren el estado de salud de las personas y las comunidades. Como bien señala la experiencia internacional en evaluación de tecnologías sanitarias, el valor de una tecnología se determina por su contribución a sistemas de salud equitativos, eficientes y de alta calidad.⁽¹²⁾

Transformación digital: oportunidad histórica para la dispensarización

La dispensarización cubana enfrenta, en su 50 aniversario, una oportunidad sin precedentes: la incorporación de las tecnologías digitales al primer nivel de atención. La transformación digital no debe entenderse como la mera sustitución del papel por pantallas, sino como una reingeniería de procesos que potencie las capacidades del equipo básico de salud y libere tiempo para la función sustantiva: el cuidado directo de las personas.

Del dato a la inteligencia sanitaria

El sistema actual genera enormes volúmenes de información que, debido a la fragmentación de sus soportes, permanecen subutilizados. Cada consultorio acumula historias de salud familiar en papel, registros de consultas, tarjeteros de pacientes y resúmenes estadísticos, que rara vez se integran para generar conocimiento útil en tiempo real. La transformación digital ofrece la posibilidad de:

1. Integrar fuentes de información: Unificar en una plataforma única los datos demográficos, clínicos, de riesgo y de seguimiento, eliminando duplicidades y facilitando la actualización permanente.
2. Automatizar alertas y recordatorios: Sistemas que adviertan al equipo básico sobre pacientes con citas vencidas, controles pendientes o indicadores de descompensación, permitiendo intervenciones oportunas antes de que ocurran complicaciones.
3. Visualizar el territorio: Mapas de calor que identifiquen geográficamente los hogares con mayor concentración de riesgos, facilitando la planificación de visitas y la priorización de intervenciones comunitarias.
4. Analizar tendencias: Herramientas que permitan al médico y a la enfermera comparar la evolución de indicadores de salud en su consultorio a lo largo del tiempo, evaluando el impacto de sus intervenciones.

Experiencias nacionales e internacionales

Cuba ya cuenta con experiencias valiosas en este campo. El policlínico "Marta Abreu", de Santa Clara, implementó un sistema de registro digital de pacientes crónicos que demostró mejoras en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción de los profesionales.⁽²⁰⁾ Por su parte, la Universidad de Ciencias Informáticas ha desarrollado propuestas de historia clínica digital familiar que integran la dispensarización como eje estructurador de la información.⁽²¹⁾

A nivel internacional, países como Brasil y España han migrado sus sistemas de atención primaria a plataformas digitales, con resultados alentadores. El sistema e-SUS AB en Brasil, por ejemplo, permite el registro individualizado y la agregación de datos para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema, demostrando que la

digitalización de la atención primaria es factible incluso en contextos de recursos limitados.⁽²²⁾

Más allá de la digitalización: transformación cultural

La experiencia internacional advierte, sin embargo, que la transformación digital no es principalmente un problema tecnológico, sino cultural y organizativo. La mera introducción de computadoras y software no garantiza mejoras si no va acompañada de:

- Capacitación continua: Los profesionales deben dominar no solo el manejo técnico de las herramientas, sino también su aprovechamiento para la toma de decisiones clínicas y gerenciales.
- Participación de los usuarios: El diseño de las soluciones digitales debe involucrar a médicos, enfermeras y directivos desde las etapas iniciales, garantizando que respondan a necesidades reales y no a imaginarios tecnológicos.
- Infraestructura sostenible: Conectividad, soporte técnico, mantenimiento de equipos y actualización permanente son condiciones sine qua non para que la digitalización no se convierta en una fuente adicional de frustración.
- Protección de datos: La migración a soportes digitales exige garantías robustas de confidencialidad, seguridad y soberanía de la información de salud.

Requisitos para una transformación exitosa

Para que la transformación digital de la dispensarización sea una realidad, se requiere:

- Voluntad política y decisión gerencial a todos los niveles
- Inversión sostenida en infraestructura tecnológica
- Desarrollo de plataformas interoperables con estándares abiertos
- Programas masivos de alfabetización digital de los profesionales
- Evaluación sistemática del impacto de las intervenciones digitales

La inteligencia artificial como horizonte

A mediano plazo, la dispensarización digitalizada podría beneficiarse de técnicas de inteligencia artificial y de aprendizaje automático. Modelos predictivos entrenados con series históricas de datos podrían identificar a pacientes con alto riesgo de descompensación, lo que facilitaría las intervenciones preventivas personalizadas. Asimismo, sistemas de apoyo a la decisión clínica podrían sugerir al equipo básico las mejores prácticas basadas en evidencia para cada perfil de paciente.⁽²³⁾

Desafíos y perspectivas a 50 años

El medio siglo de la dispensarización en Cuba encuentra al sistema de salud frente a desafíos que hacen más urgente que nunca su actualización tecnológica:

1. Transición demográfica y epidemiológica: El envejecimiento poblacional y la carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles exigen sistemas de seguimiento continuo y personalizado, para lo cual la dispensarización ofrece un marco idóneo, siempre que se actualicen sus soportes y metodologías.
2. Intensificación de la pesquisa activa: La experiencia de la COVID-19 demostró el valor de la pesquisa como tecnología de vigilancia, pero también evidenció la necesidad de articularla con sistemas de información que permitan análisis en tiempo real y toma de decisiones ágiles.⁽⁸⁾
3. Formación de recursos humanos: La dispensarización, como tecnología compleja, requiere profesionales capacitados no solo en su ejecución técnica, sino también en su uso como herramienta de análisis y gestión. La formación de pregrado y de posgrado debe enfatizar esta dimensión.
4. Sostenibilidad del sistema de salud: En un contexto de recursos limitados, la capacidad de identificar riesgos, priorizar intervenciones y evaluar resultados constituye una condición indispensable para la eficiencia. La dispensarización actualizada puede contribuir decisivamente a este propósito.

Frente a estos desafíos, el colectivo de autores asume una posición clara: la actualización de la dispensarización no es una opción, sino una necesidad impostergable. Debe realizarse con un enfoque integral que combine la digitalización

de los soportes, la capacitación de los recursos humanos, la voluntad política de los decisores y, fundamentalmente, un cambio cultural que resignifique la dispensarización como herramienta de inteligencia sanitaria y no como mero trámite administrativo.

Conclusiones

La dispensarización cumple 50 años como tecnología sanitaria fundacional del primer nivel de atención en Cuba, constituyendo un proceso continuo de registro, evaluación, intervención y seguimiento que abarca a toda la población.

Reconocerla como tecnología sanitaria implica asumir que es susceptible de innovación, que requiere actualización permanente y que su verdadero valor se mide por su capacidad para facilitar la toma de decisiones, funcionando, además, como un sistema de vigilancia de base poblacional. Actualmente este potencial está subutilizado debido a la fragmentación de la información, la obsolescencia del soporte en papel y el cumplimiento meramente formal del proceso, lo que limita su capacidad para generar inteligencia sanitaria en tiempo real.

Por ello, sostenemos que el principal desafío en su 50 aniversario no es mantener su vigencia, sino transformarla en dos direcciones: la digitalización, migrando del papel a plataformas interoperables que permitan la agregación y el análisis en tiempo real; y la resignificación, superando la visión burocrática para consolidarla como herramienta de gestión directiva en todos los niveles del sistema.

Solo resignificada como herramienta de gestión y toma de decisiones, la dispensarización podrá cumplir su cometido fundacional: ser el eje inteligente de la Atención Primaria en la Cuba del siglo XXI.

Referencias bibliográficas

1. Escalona Reguera M. La dispensarización en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Adm Salud. 1984;10(3):202-11.
2. Álvarez Sintés R. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [citado 15 Mar 2025];17(2):190-7. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200001
3. Petrakov BO. El método de atención dispensarial como base socioprofiláctica de la atención ambulatoria a la población de la URSS. [Citado por] Escalona Reguera M. La dispensarización en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Adm Salud. 1984;10(3):202-11.
4. Escalona Reguera M. Informe de la morbilidad general en el área de salud del policlínico Julián Grimau, 1973 (folleto). [Citado en] Escalona Reguera M. La dispensarización en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Adm Salud. 1984;10(3):202-11.
5. Domínguez Alonso E, Zas Tabares M. Desarrollo del modelo de salud en Cuba. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 15 Mar 2025];42:e31. DOI: 10.26633/RPSP.2018.31 Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6386125/>
6. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP; 1988.
7. Batista Moliner R, González Cruz F, Licea B, et al. La dispensarización en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [citado 15 Mar 2025];17(2):109-20. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200001
8. Rodríguez Cabrera A, et al. La pesquisa activa: una tecnología sanitaria eficaz en el enfrentamiento a la COVID-19. INFODIR [Internet]. 2021 [citado 15 Mar 2025];(34):e123. Disponible en:
<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/123>

9. Martínez Abreu J, Rodríguez Cordón Y, Portillo Pestana JL, et al. Prioridades y retos de la atención primaria de salud en la provincia de Matanzas, Cuba. INFODIR [Internet]. 2023 [citado 15 Mar 2025];(40). Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4454071017/html/>
10. Moreno Soca CA, Delgado Pérez IE, Díaz Moreno A. Diseño de una aplicación informática para el registro, control y seguimiento de la dispensarización en los consultorios en Aguada. INFODIR [Internet]. 2015 [citado 15 Mar 2025];(18). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/84>
11. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la tecnología empleada en la atención de la salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 1997 [citado 15 Mar 2025];2(5). Disponible en: <https://scielosp.org/j/rpsp/i/1997.v2n5/>
12. Organización Panamericana de la Salud. Health Technology Assessment as a Key Tool for Updating the PAHO Strategic Fund List [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2025 [citado 15 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/27-2-2025-health-technology-assessment-key-tool-updating-paho-strategic-fund-list>
13. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Unidad 5: Vigilancia en salud pública [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2011 [citado 15 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Modulo-de-Principios-de-Epidemiologia-5-Vigilancia-Salud-Publica.pdf>
14. Singer AG, Morkem R, Kosowan L. From data to decisions: supporting mental health solutions in primary care. Can Fam Physician. 2025;71(11-12):689-91. DOI: 10.46747/cfp.711112689
15. Desmond N, Henrion M, Gondwe M, et al. Improving care pathways for children with severe illness through implementation of the ASPIRE mHealth primary ETAT package in Malawi. PLOS Glob Public Health. 2024;4(4):e0002786. DOI: 10.1371/journal.pgph.0002786
16. Mustafa UK, Sauli E, Kreppel KS, Boenecke J, Brinkel J. Evaluation of the acceptability of ESIDA app, a smartphone-based clinical decision support application to improve infectious disease outbreak detection in Tanzania: clinician

- perspectives. BMC Public Health. 2025;25(1):2197. DOI: 10.1186/s12889-025-24597-8
17. Dehnavieh R, Haghdoost A, Khosravi A, et al. The District Health Information System (DHIS2): A literature review and meta-synthesis of its strengths and operational challenges based on the experiences of implementing countries. Health Inf Manag. 2019;48(2):62-75. DOI: 10.1177/1833358318777713
18. Anderson EC, Kesten JM, Lane I, Hay AD, Moss T, Cabral C. Primary care clinicians' views of paediatric respiratory infection surveillance information to inform clinical decision-making: a qualitative study. BMJ Paediatr Open. 2019;3(1):e000418. DOI: 10.1136/bmjpo-2018-000418
19. Organización Mundial de la Salud. Classification and digital health interventions [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 15 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-classification-and-digital-health-interventions>
20. Pérez Castillo L, Rodríguez Hernández O, Fernández González A. Experiencia de digitalización del registro de pacientes crónicos en el policlínico "Marta Abreu", Santa Clara. INFODIR [Internet]. 2022 [citado 15 Mar 2025];(36):e456. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/456>
21. González Pérez M, Díaz Rodríguez C, Martínez López R. Propuesta de historia clínica digital familiar para la atención primaria en Cuba. Rev Cubana Inform Med [Internet]. 2023 [citado 15 Mar 2025];15(2):e542. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592023000200005
22. Ministério da Saúde do Brasil. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS [Internet]. Brasília: MS; 2021 [citado 15 Mar 2025]. Disponible en: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16451>
23. Organización Mundial de la Salud. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 15 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>

Consideraciones éticas

La investigación se realizó conforme a los principios de la ética médica, a la Declaración de Helsinki y a las normas éticas institucionales y nacionales vigentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.