

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCMH)

EL ANALISIS DE SITUACION DE SALUD EN LA COMUNIDAD

*Dr. Rafael Muñoz Soca. Calle 95 núm. 3409 e/ 34 y 36, Reparto Delicias, Cotorro.
Teléfono: 682-3703 munozsoc@infomed.sld.cu

**Dra. Xiomara Hevia Castro. Calle Santa Catalina 270 e/ Armas y Porvenir, Lawton.
Teléfono: 99-1431

***Dra. Odalys Hernández Quintero. Vista Alegre 110 e/ Poey y Heredia, Víbora.
Teléfono: 41-9164

*Profesor Asistente del ISCM-H Jefe Dpto.de Salud de la Facultad 10 de Octubre.

**Profesora Asistente. Jefe Dpto.de Medicina General Integral. Facultad 10 de Octubre.

***Profesora Asistente. Jefe Dpto. Postgrado. Facultad 10 de Octubre.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo mediante la revisión de varias guías y orientaciones metodológicas para la confección del diagnóstico de salud del sector. Se apreció que todas recogen, en lo fundamental, la información necesaria para realizar el análisis y conocer la situación de salud de una comunidad determinada, siendo el principal problema que afecta la eficiencia de este importante proceder de la Atención Primaria, la falta de unidad de criterios para su confección y evaluación por todos los niveles de la organización de la salud pública. Se presentan los resultados de una investigación realizada en un área de salud a principios del 2001 y se comenta sobre el taller de expertos del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCMH), efectuado en octubre del 2001 en la Facultad Calixto García. Se destacó en ambos, la necesidad de priorizar el asesoramiento sistemático de médicos y dirigentes en la elaboración y utilización del diagnóstico de salud.

Es nuestro propósito, además, hacer algunas recomendaciones para mejorar el proceso.

Palabras claves: Diagnóstico de salud de la comunidad, Atención Primaria de Salud, medicina familiar.

INTRODUCCION

El diagnóstico de salud de la comunidad, es un proceso que recae, fundamentalmente, en el médico que se ocupa de la atención de individuos, familias y grupos humanos y es responsable de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en su localidad. La identificación, priorización y solución de los problemas de salud, le otorgan un carácter multidisciplinario e intersectorial y hace necesario un enfoque social y sistémico, con la participación

de los líderes formales e informales y la puesta en práctica de métodos y técnicas diversas.¹

La medicina clínica y la salud comunitaria comparten un enfoque similar en cuanto a la elaboración del diagnóstico, pues en ambos casos se requiere obtener la información para realizar un análisis de la situación de salud y, a partir de éste, definir un plan de acción y su seguimiento y evaluación, pero mientras en la clínica se observa al paciente enfermo, en la comunidad se persigue el propósito de mejorar el nivel de salud de grupos humanos, sanos y enfermos.²

En nuestro medio, constituye un proceso integrador de la salud pública en la Atención Primaria, aplicado por el Médico de Familia a la comunidad asignada. Esta es una fracción del área de salud que se halla bajo su responsabilidad y es por ello que se denomina Diagnóstico de la Situación de Salud del Sector (DSSS). Este proceso permite, mediante una interacción permanente con la comunidad, identificar los problemas de salud, incluso aquéllos dependientes de los servicios de salud y de otros sectores, que inciden negativamente en la calidad de vida de las personas, la comunidad y el ambiente, así como controlar el resultado de las acciones de salud realizadas, de modo que sirva como evaluador del trabajo médico y para concebir un plan de intervención ajustado a las realidades del contexto social en que se desarrolla.³

Para la confección del diagnóstico de salud del sector, se han elaborado distintas guías y orientaciones metodológicas, pero no se ha logrado establecer una unidad de criterio, ni un asesoramiento sistemático, tanto a médicos como a dirigentes de las unidades de la Atención Primaria, por lo que se perciben deficiencias ampliamente difundidas y reiteradas, no sólo en la elaboración, sino también en la utilización de tan importante proceder, lo que puede repercutir negativamente en la calidad de la atención médica de nuestras comunidades.⁴

Atendiendo a estas realidades, los objetivos del estudio son describir los antecedentes más recientes de orientaciones metodológicas para la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad, mostrar las deficiencias más significativas encontradas en una investigación realizada en el área de salud "Raúl Gómez García" (Santos Suárez) en el Municipio 10 de Octubre (observaciones no publicadas) y, finalmente, exponer algunas recomendaciones para su confección y utilización.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo de las orientaciones emitidas por la Vicerrectoría de postgrado del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana en noviembre de 1991, para la elaboración del Diagnóstico de la Situación de Salud del Sector, en la que aparecen los aspectos que debe recoger el documento y su análisis, que tuvo la finalidad de unificar criterios y establecer requisitos que le permitieran ser utilizados en el mejoramiento de la calidad del trabajo de los residentes y especialistas de Medicina General Integral (MGI) en la Atención Primaria de Salud.

También se describe la guía establecida en el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, aparecida en 1988, así como la metodología elaborada por la Facultad Comandante Manuel Fajardo, dirigida fundamentalmente a la docencia de pre-grado en 1994.

Además, se expone la guía sobre actividades participativas de los estudiantes, elaborada por la Vicerrectoría Docente en julio de 1996, con motivo de la integración de tres asignaturas del plan de estudio en una nueva, denominada Salud Pública, en la que aparecen orientaciones para la confección del diagnóstico de la situación de salud para los alumnos de medicina. También se muestra la guía presentada para recoger la información necesaria para la confección del Diagnóstico de Salud del Sector, como parte fundamental del documento elaborado por los departamentos de salud del ISCMH, en mayo de 1998.

Se describen los hallazgos más importantes de una reciente investigación realizada en el área de salud "Raúl Gómez García" (Santos Suárez) de Ciudad de La Habana y se procede a exponer algunas recomendaciones para una mejor confección del Diagnóstico de la Situación de Salud del Sector, con el propósito de contribuir a un mayor conocimiento del cuadro epidemiológico y social a nivel local, que permita elaborar un plan de intervención acorde al contexto y las necesidades de esta comunidad.

RESULTADOS

Se hace la observación de varios documentos publicados con la finalidad de orientar a quienes deben confeccionar el diagnóstico de salud de la comunidad, específicamente el que realizan el Médico y la Enfermera de la Familia en el sector de población asignado a ellos. En el presente trabajo se reflejan los aspectos más destacados de cada uno.

Comenzamos por el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia en el Policlínico y el Hospital, vigente desde 1988, el cual presenta una guía para la confección del Diagnóstico de la Situación de Salud del Sector (DSSS), en el se expone la estructura que a continuación presentamos.

PROGRAMA DE TRABAJO DEL MEDICO Y ENFERMERA DE LA FAMILIA EN EL POLICLINICO Y EL HOSPITAL. 1988

- I. Estructura de la población.*
- II. Análisis de los fallecidos en el período.*
- III. Análisis de la situación de salud.*
- IV. Identificación de los principales problemas de salud a partir de la información anteriormente analizada.*
- V. Grado de satisfacción de la comunidad.*
- VI. Acciones: ¿qué se ha hecho con los problemas de salud?*
- VII. Conclusiones.*
- VIII. Plan de acción para la próxima etapa.*

El Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, a través de su Vicerrectoría de Postgrado, emitió un documento en noviembre de 1991,⁵ con el resultado de dos talleres realizados con miembros de Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y expertos sobre la calidad del DSSS, donde se unificaron criterios para su confección y su relación con la calidad de la atención médica y el cumplimiento de los objetivos del programa de trabajo del Médico de Familia y de formación del

especialista de MGI. A partir de estos talleres se dieron las orientaciones generales que en síntesis exponemos :

A.- Diagnóstico de la situación de salud

Fuentes de información: Censo de la población, estadísticas continuas del sector y el área de salud, dispensarización, encuestas a representantes de la comunidad, historias clínicas familiares e individuales, informes del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, certificados médicos, historias epidemiológicas, anterior Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS), DSS del GBT y DSS del área y otras.

1. Aspectos generales de la comunidad:

2. Aspectos demográficos: Estructura poblacional por edad y sexo, natalidad, fecundidad y crecimiento poblacional, estructura familiar, escolaridad y ocupación. Se recomienda utilizar los grupos quinquenales de edad y los grupos específicos según necesidades.

3. Características socioeconómicas: per cápita familiar y criterio de la familia y opinión del médico sobre la relación entre los problemas de salud y situación económica familiar.

4. Morbilidad: Población dispensarizada, prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y otros daños. La información debe reflejar el trabajo del Médico de Familia, su repercusión en los problemas de salud detectados, el análisis de las acciones de control y su cumplimiento.

5. Mortalidad: Por edad y sexo, causas. Análisis de la evitabilidad de la muerte, atención médica recibida en términos de acciones realizadas que asegure el enfoque preventivo del Médico de Familia.

6. Características de las familias: Integración social, funcionamiento, situación de salud, convivencia social, participación social. Debe ser un análisis cualitativo, no tiene carácter descriptivo.

7. Características de la salud ambiental.

8. Atención médica integral: Interconsultas y otras especialidades, urgencias, remisiones, ingresos hospitalarios, ingreso en el hogar. No valorar en términos de cantidad, sino en cuanto contribuye a la autoevaluación y retroalimentación del trabajo médico y su eficiencia.

9. Participación de la comunidad.

10. Promoción y prevención: Acciones dirigidas a lograr cambios en el comportamiento de los individuos, familia y población . Se analizan en función del plan de acción, es decir, medidas y acciones realizadas y sus resultados a corto o largo plazos.

11. Rehabilitación: Acciones con base comunitaria, dirigidas a la población según necesidades y con el propósito de reincorporarlos a una vida activa.

12. Modo de vida de la comunidad: Cumplimiento de las medidas básicas generales de responsabilidad estatal.

B.- Plan de acción

Establecer prioridades y plan de acción medible y controlable. Debe reflejar el plan de trabajo para la próxima etapa y el resultado del trabajo en conjunto del equipo de salud y la comunidad y poner en evidencia las relaciones intra y extra sectoriales para la solución de los problemas de salud.

En junio de 1994, se elaboró un documento que recoge un conjunto de procedimientos para la realización del diagnóstico de la situación de salud, cuyo objetivo

fundamental fue elevar la calidad del proceso en la docencia de pregrado. Este documento contiene un grupo de orientaciones metodológicas, las que fueron diseñadas por la Facultad Comandante Manuel Fajardo y la Dirección Municipal de Salud de Plaza de la Revolución.⁶

Con motivo de la integración de las asignaturas Teoría y Administración de Salud e Higiene y Epidemiología, en una nueva asignatura denominada Salud Pública, se elaboró un documento en julio de 1996, presentado por la Vicerrectoría Docente del ISCM-Habana,⁷ en el que se recogen las formas organizativas de la docencia con una participación activa de los estudiantes; se destacó una guía para la elaboración del trabajo final de la estancia, que consiste en orientaciones para la confección del diagnóstico de la situación de salud de una población seleccionada, siguiendo el formato de un artículo científico. Más adelante, en este documento se presenta una guía de entrevista para el diagnóstico de la situación de salud de un grupo de familias. Esta desarrolla los aspectos siguientes:

1. Estado de Salud.
 - 1.1 Estructura familiar y dinámica.
 - 1.2 Morbilidad.
 - 1.3 Invalidez.
 - 1.4. Crecimiento y Desarrollo.
2. Determinantes.
 - 2.1 Modo y estilo de vida.
 - 2.2 Biogenéticos.
 - 2.3 Salud ambiental.
 - 2.4 Servicios de atención de salud.

En cada uno de ellos se plantea la información a recoger en las historias de salud familiares y en las entrevistas.

En un documento elaborado por los departamentos de salud del ISCMH, publicado en mayo de 1998, titulado "La Educación en el Trabajo en las Estancias de Salud Pública",⁸ se presenta una guía para recoger información para confeccionar el diagnóstico de salud del consultorio, que en forma resumida plantea lo siguiente:

1. Estado de salud.
 - 1.1 Estructura familiar y dinámica: Edad, sexo, grupo dispensarial.
 - 1.2 Fecundidad: Número de nacidos vivos en el período y edad de la madre.
 - 1.3 Mortalidad: Fallecidos en el período. Número, edad, sexo, diagnóstico, causa.
 - 1.4 Morbilidad: Enfermedades transmisibles padecidas en el período. Número total en el período. Enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud. Número total en el período.
 - 1.5 Invalidez. Permanente y causas.
 - 1.6 Crecimiento y desarrollo.

Niños y adolescentes con alteraciones del crecimiento y desarrollo psicomotor. Si están atendidos.

Lactancia materna exclusiva hasta los 4 y 6 meses.

2. Determinantes de la Salud.
 - 2.1 Modo, condiciones y estilos de vida. Escolaridad, ocupación, alcoholismo, hábito de fumar, obesidad, sedentarismo.
 - 2.2 Biogenéticos: Edad, sexo, genéticos.
 - 2.3 Salud Ambiental.

2.4 Servicios de atención de salud: Personas dispensarizadas, controlados, personas vacunadas.

C.- Identificación y priorización de los problemas de salud

Es necesaria la participación de la comunidad, a través de sus líderes formales e informales.

Se deben aplicar técnicas cualitativas para la identificación de problemas como las de grupos focales, tormenta de ideas y para la priorización de problemas de salud deben utilizarse las técnicas de Hanlon, de trillaje y otras.

D.- Solución de los problemas de salud identificados

Los hallazgos más importantes de una investigación realizada en el 2001 en el área de salud "Raúl Gómez García" (Santos Suárez) del Municipio 10 de Octubre en Ciudad de La Habana, son presentados en forma resumida:

1. Los diagnósticos de la situación de salud de los sectores atendidos por especialistas de MGI carecen de uniformidad y presentan deficiencias generalizadas.
2. No se realiza un análisis comparativo con el período anterior en la mayoría de los aspectos incluidos.
3. No se utiliza como proceso de autoevaluación y retroalimentación por el Médico de Familia.
4. En general, no se discute con la comunidad ni se establecen compromisos con ésta.
5. No se realiza el entrenamiento sistemático de tan importante proceder.
6. No se efectúan controles con la periodicidad ni por los niveles adecuados.
7. No se realizan autocontroles periódicos de la marcha de los planes de acción.
8. Los problemas de salud identificados son escasos.
9. El número de los problemas reflejados en el plan de acción es menor aún.
10. No se utilizan técnicas de priorización de problemas de salud.

DISCUSION

Son variados los esfuerzos que se han venido realizando, para contribuir a la elaboración de un diagnóstico de salud de la comunidad que cumpla las expectativas y necesidades de nuestra Atención Primaria de salud.⁹ Antes incluso de la medicina familiar, se dieron orientaciones para realizar el diagnóstico de salud en los policlínicos comunitarios,¹⁰ luego, a partir de la implantación del plan de Médico de Familia, se han elaborado diferentes guías con orientaciones para su confección, dirigidas algunas a la formación postgraduada¹¹ y otras, a los estudiantes de pregrado.

Cuando estudiamos las guías descritas anteriormente, nos percatamos de que, en general, todas recogen los aspectos más relevantes que son necesarios para caracterizar el estado de salud de una población determinada para, de inmediato, pasar al plan de intervención capaz de producir cambios positivos en ella. Es por lo que, considerando que el problema consiste en una pobre eficiencia del diagnóstico de salud que realizan los Médicos de Familia, entendemos que lo fundamental radica en las siguientes causas del problema:

1. No existe uniformidad en la confección del diagnóstico de salud de la comunidad.

2. No se realizan análisis comparativos adecuados a las necesidades de la población.
3. No se identifican todos los problemas de salud, ni se establecen prioridades.
4. No existen criterios uniformes para su evaluación.
5. No se realiza un asesoramiento sistemático.
6. No se utiliza para la evaluación cualitativa del trabajo médico.
7. No se controla periódicamente.
8. No se enfatiza en los aspectos cualitativos del diagnóstico de salud.
9. No participan todos los dirigentes en su control ni están debidamente preparados para ello.
10. No se jerarquiza suficientemente por los distintos niveles de la organización.

A mediados de octubre del 2001, se efectuó un taller convocado por el ISCMH, en el cual participó un grupo de expertos de la Atención Primaria y en los diagnósticos de salud comunitarios, donde se obtuvo el consenso general acerca de que las diferentes guías o metodologías elaboradas son útiles para la confección del diagnóstico de salud del sector, que debía establecerse una sola, tanto para pregrado como postgrado, aprovechando las ventajas de unas y otras; quedó claro para todos que tan importante como este acuerdo es la necesidad de que la organización de la salud pública a todos los niveles, jerarquice y priorice el asesoramiento sistemático y el control cualitativo de tan fundamental proceder en nuestro sistema nacional de salud.

Por lo tanto, coincidimos, en que debe confeccionarse un documento que fusione y aproveche los aciertos y ventajas de cada una de las distintas metodologías elaboradas, contemplando los aspectos más importantes que se requieren y enfatizando en el carácter analítico de cada uno de ellos, apartándose de la simple descripción de la información, lo que permitiría la obtención de un resultado altamente satisfactorio, tanto para la docencia, como para la asistencia médica. Aún así, entendemos que son necesarias algunas precisiones que proponemos y que son las siguientes:

1. En la estructura de población, definir la utilización de la clasificación de la población de Rosset y los criterios de las Naciones Unidas, porque no está explicitado en ningún documento y existe confusión al calificar a la comunidad en este importante aspecto demográfico, sobre todo, cuando tenemos en cuenta el importante proceso de envejecimiento que acontece en la población cubana y la necesidad de evaluar en qué etapa de éste se halla cada comunidad.
2. En la natalidad y fecundidad, usar las tasas bruta de natalidad y de fecundidad general (a nuestro juicio, las únicas tasas aplicables a un sector de población) para poder hacer comparaciones con otros sectores de población y con el comportamiento de estos indicadores a nivel del grupo básico de trabajo, el área de salud e incluso el municipio, considerando además, que son indicadores de muy fácil obtención.
3. En la morbilidad, se deben comparar la prevalencia e incidencia de las principales enfermedades con el año anterior, especificando en la hipertensión arterial, asma y diabetes, por grados o estadios, por la importancia que esto

reviste para la prevención secundaria y terciaria. En el caso de las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarréicas Agudas, este análisis comparativo debe hacerse con carácter estacional (en ambos casos utilizar números absolutos y porcentos).

4. En la mortalidad, dada la pequeña magnitud del universo, no es útil usar tasas, ni agrupar los fallecidos por causas y por edad. Por lo cual, debiera reflejarse una breve y sintética discusión de cada fallecido que incluya la calidad de la dispensarización y de la atención médica, el análisis de la evitabilidad o no de la muerte, así como las deficiencias señaladas en la discusión de fallecidos del área, en función de la evaluación de resultados.

5. En crecimiento y desarrollo, se debe obtener el peso y la talla de toda la población, para medir el índice de masa corporal y evaluar la desnutrición y el sobrepeso, factores de riesgo muy importantes para el control de la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, las cardiopatías isquémicas y otras enfermedades.

6. En las condiciones de vida, enfatizar en la diferenciación que las familias del sector posean con respecto a esta categoría, ¹² atendiendo al enfoque que en el orden práctico deberá aplicar el Médico de Familia en las acciones de promoción y prevención fundamentalmente. ¹³

7. Identificar todos los problemas de salud, incluyendo los del individuo, la familia y la comunidad, mediante diferentes técnicas cualitativas aplicadas a los grupos representativos de su población. No limitar el número de problemas porque esto distorsiona la realidad.

8. Agrupar los problemas de salud, según las determinantes, para realizar un mejor análisis causal.

9. Aplicar técnicas de priorización sencillas como las de trillaje y de ranqueo, más apropiadas para la medicina familiar.

10. El plan de acción debe abarcar el número suficiente de problemas de salud, que permita asegurar que la intervención se corresponda con las necesidades de su población y en función de la solución de los problemas. ¹⁴

11. El plan de acción debe autocontrolarse por el Médico de Familia cada tres meses.

12. El diagnóstico de salud debe ser controlado por los dirigentes del Policlínico con una frecuencia trimestral, enfocando los aspectos cualitativos que midan los resultados del trabajo médico.

13. La organización de la salud pública, debe priorizar el adecuado asesoramiento de médicos y dirigentes de la Atención Primaria en la elaboración y utilización de los diagnósticos de salud de la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Se considera conveniente la confección de un documento que reúna las ventajas de las diferentes metodologías elaboradas para la confección del diagnóstico de salud del sector, y que sea aceptado y aplicado por todos los niveles de la organización de la salud pública.

2. Se ofrecen algunas orientaciones que puedan enriquecer la metodología en el abordaje de los componentes y determinantes del estado de salud de la población, además de otros aspectos técnicos, organizativos y de control, con la finalidad de

contribuir a elevar la eficiencia del diagnóstico de salud de la comunidad atendida por el Médico de Familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Granados Toraño, R. Marco conceptual para el estudio del estado de salud de una comunidad. Rev. Cub. de Administración de Salud. 1987; 176.
2. Vaughan, P., Morrow, R. y Ochoa, H. Salud Comunitaria. Manual de epidemiología para la gestión de los SILOS. México: Editorial Pax ; 1997, p. 9-10.
3. Resik, P. El diagnóstico de la situación de salud: Consideraciones técnicas y operacionales, Facultad de Salud Pública; mayo de 1994.
4. Muñoz Soca, R. La Medicina Familiar en el Municipio 10 de Octubre de La Habana, Cuba. Revista COMMEDICA. Organo de difusión de la Asociación Mexicana de Médicos Familiares y Médicos Generales, A. C. 2001; II (6): 45-49.
5. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Orientaciones metodológicas sobre el diagnóstico de la situación de salud del sector. Ciudad de la Habana: ISCMH; 1991.
6. Narey Ramos, B. y cols. El Diagnóstico de la Situación de Salud. Procedimiento. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo" del ISCMH y Dirección Municipal de Salud de Plaza de la Revolución; junio de 1994.
7. Narey Ramos, B., Toledo Curbelo, G. y cols. Guía sobre actividades participativas de los estudiantes de la asignatura Salud Pública, Vicerrectoría Docente del ISCMH; junio de 1996.
8. Toledo, G. y cols. "La educación en el trabajo en la estancia de Salud Pública", Departamentos de Salud del ISCMH; mayo de 1998.
9. Cruz Acosta, A. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral, Rev. Cub. de Salud Pública. 1997; 22 (2): 102-116.
10. Ordóñez, C. Diagnóstico de la situación de salud del sector: enfoque conceptual y operacional, Rev. Cubana de Administración de Salud. 1981; 7(1).
11. Martínez Calvo, S. Modelo formativo-capacitante para el análisis de la situación de salud, Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias Médicas. La Habana: febrero de 1996.
12. Rojas Ochoa, F. y cols. Sistema de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida, Publicación interdisciplinaria en salud. Cuba: 1991.

13. Martínez Calvo, S. La Promoción de Salud en la Estrategia Sanitaria Cubana. Estudios Interdisciplinarios en Salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Facultad de Salud Pública. Ciudad de la Habana: 1994.

14. Narey Ramos, B. Metodología de la solución de problemas, Rev. Cub. de Salud Pública. 1992 ene-jun; 18 (1).