Descargado el: 29-03-2024 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud
Some reflections on the health situation analysis

Narciso Águila Rodríguez[1] Eneida Bravo Polanco Hilda María Delgado Acosta[2] Tamara Montenegro Calderón[3] Lázaro Roberto Herrera Fragoso[2] Alina Centeno Díaz[1]

[1] Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba
[2] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
[3] Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Águila-Rodríguez N, Bravo-Polanco E, Delgado-Acosta H, Montenegro-Calderón T, Herrera-Fragoso L, Centeno-Díaz A. Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud. **Medisur** [revista en Internet]. 2019 [citado 2024 Mar 29]; 17(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4326

Resumen

El análisis de la situación de salud permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluye los daños o problemas de salud, así como sus determinantes y tendencias. Permite identificar desigualdades en los riesgos, en los daños, así como evaluar las estrategias diseñadas para la solución de los problemas de salud. Sin embargo, en la práctica, no se ha convertido en un instrumento de uso cotidiano para el trabajo diario en la comunidad. El objetivo de este trabajo es realizar algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud y los retos que aún enfrenta esta actividad en nuestro medio.

Palabras clave: diagnóstico de la situación de salud

Abstract

The analysis of the health situation allows to characterize, measure and explain the health-illness profile of a population, including damages or health problems, as well as their determinants and trends. It promotes the identification of inequalities in risks, in damages, as well as evaluating the strategies designed for the solution of health problems. However, in practice, it has not become an instrument of daily use for daily work in the community. The objective of this work is to reflect on the health situation analysis and the challenges that this activity still faces in our environment.

Key words: diagnosis of health situation

Aprobado: 2019-05-29 15:18:45

Correspondencia: Narciso Águila Rodríguez. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Cumanayagua. Cienfuegos. narcisoar790521@minsap.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años han abundado los debates, las polémicas, las divergencias y convergencias de opinión acerca del vínculo de la epidemiología y la salud pública. Especialmente retadora es la reiterada expresión que considera a esta disciplina como la ciencia básica de Salud Pública, y en este sentido, surge recientemente un criterio desafiante e inusual que reivindica a la política como esa ciencia básica. Sea ciencia básica o no, son inobjetables sus usos para contribuir a elevar los niveles de salud y bienestar de la población; entre ellos, se estima como primordial, el análisis de la situación de salud.[1]

El análisis de la situación de salud (ASS) es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto.[2]

Este análisis con enfoque poblacional se debe aplicar por parte de todos los niveles del sistema de salud y de sus servicios de atención, ya que el análisis y vigilancia de la situación de salud identifica los problemas de salud en cualquier territorio-población, y esto permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.[2]

La participación activa y consciente de la población determina, dentro de las alternativas de solución, qué problemas están en condiciones de ser identificados y priorizados para su solución. De aquí, la importancia de que se conozca el significado de problema que corresponde entonces a un estado de salud considerado deficiente por el individuo, el médico y la colectividad.[3]

Para realizar un análisis verdaderamente objetivo de los actuales problemas de salud de una población determinada, es necesario aplicar un enfoque práctico. Para esto, el enfoque epidemiológico, que incluye los cambios económicos, sociales, políticos y culturales, le aporta a este análisis bases científicas y una visión más integral e integradora en todo el proceso, lo que permite llegar a las mejores conclusiones y a diseños de intervenciones de acuerdo con los problemas que se quieren modificar.[4]

En el ámbito internacional, en la década de los ochenta del pasado siglo XX, y consecuente con el esclarecedor seminario sobre los usos y perspectivas de la epidemiología, celebrado en Buenos Aires; Argentina, la OPS/OMS propone y ejecuta un programa denominado Análisis de Situación de Salud y sus tendencias en el cual, según criterios de expertos, al reconsiderar los usos de la epidemiología en la búsqueda y solución de problemas de salud, se estimó un tanto teórico el concepto de diagnóstico de salud, por lo que se promovió abordar la situación de salud con un enfoque más operativo.[1]

En relación con las definiciones y los enfoques conceptuales, entre las conclusiones y recomendaciones del Seminario Nacional en Itaparica, Brasil, se consideró que el diagnóstico de salud es un instrumento para conocer la realidad sanitaria, destinado a orientar la planificación y programación de las actividades en el campo de la salud, y a satisfacer otros requisitos políticos y sociales.[1]

Casi a mediados de los noventa del pasado siglo, Bergonzoli vincula los estudios de situación de salud con la evolución epistemológica del concepto salud -enfermedad, y sustenta su concepción del análisis en la definición de la salud como ''producto social''. Gallo Vallejo y colaboradores, estiman en relación con este programa que: “su finalidad es conocer cuáles son los problemas de salud concretos de la comunidad, lo que implica la medición del nivel de salud de nuestra población y el estudio de los factores que condicionan este nivel de salud''.[1]

En Cuba también se propusieron definiciones que intentaron esclarecer esa concepción, por ejemplo,: ''el diagnóstico de salud de la comunidad es una categoría principal en el Sistema Nacional de Salud, ya que tiene una connotación mucho más amplia que la sola noción de salud, pues implica conocer todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud identificados con fines preventivos y de promoción de salud; así como las interrelaciones sociales en la comunidad y los recursos de salud disponibles. Es una categoría principal porque el diagnóstico de salud de la comunidad responde al concepto nuevo y social de lo que es salud''.[1]

El diagnóstico de salud o diagnóstico de la situación de salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas y se establecen las prioridades; todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS, que es adoptar un plan de intervención que en el futuro, con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta''.[1]

Dicho análisis representa un instrumento científico-metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. Al convertirse en uno de los instrumentos básicos del trabajo epidemiológico en los servicios, compromete al equipo de salud a traducir correctamente sus propósitos y aplicarlos consecuentemente.

En la experiencia docente-metodológica cubana para confeccionar el análisis se inicia, norma y desarrolla en 1974 cuando surge el modelo de medicina en la comunidad. En este documento se incluye, como habilidad básica para el residente de las especialidades, la confección periódica del diagnóstico de salud.[2]

Al crearse en 1984 el nuevo modelo de Atención del Médico y Enfermera de la Familia, el objetivo fundamental de su desempeño era mejorar el nivel de salud de la comunidad, para ello la aplicación de dicho programa representaba su instrumento más idóneo, aunque hoy día requiere renovación y adecuación en los diferentes contextos locales y en las circunstancias cambiantes de los perfiles epidemiológicos del país.[2]

Los conceptos, objetivos y estrategia de trabajo del médico y de la enfermera de la familia constituyen la respuesta necesaria al reto del sistema de brindar atención en equipo con un profundo enfoque profiláctico, social e integral en el análisis de los problemas de salud y en estrecha vinculación con la comunidad.[3]

Los servicios, los programas y la aplicación de la tecnología sanitaria deben ser evaluados de manera que sea posible diseñar el efecto correcto y necesario para emprender las nuevas intervenciones. De esta forma, el diseño de indicadores, estándares y metodologías que evalúen la ejecución de programas, así como el funcionamiento de los servicios de salud que validen las tecnologías sanitarias, adquieren una importancia sin límites para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y la correcta interpretación de la situación de salud de la comunidad, sin lo cual no es posible modificar favorablemente el estado de salud de la población, a la vez que se utilizan racionalmente los recursos disponibles.[4]

La universidad cubana ha identificado que entre todas las disciplinas de una carrera, existe una que por su importancia, deviene columna vertebral del proceso de formación, la Disciplina Principal Integradora. Resulta ser, ya se ha explicado, una disciplina *sui géneris,* toda vez que lejos de obedecer a la lógica de una o de varias ciencias, responde a la lógica de la profesión. Ella se apoya en los aportes de todas las disciplinas restantes de la carrera y las asume en su integración para dar respuesta a las exigencias del quehacer profesional, asegurando el dominio de los modos de actuación esenciales de esa profesión.[5,6]

Se ha podido constatar en el desempeño de los profesores, que las bases metodológicas para realizar el análisis de la situación de salud se tratan espontáneamente, según la experiencia individual de cada docente, situación que genera ambigüedad en la apropiación de estos contenidos por parte del estudiante.

En las diferentes visitas realizadas por el grupo básico de trabajo a los Consultorios Médicos de Familia se constató que los errores más frecuentes son la identificación de riesgos, la discusión de los mismos con la comunidad y confección y aplicación del plan de acción.

El objetivo de este trabajo es realizar algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud y los retos que aún enfrenta esta actividad en nuestro medio.

DESARROLLO

1.-El análisis de la situación de salud como práctica necesaria en la comunidad

El análisis de la situación de salud (ASS) es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud, que persigue identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, para

desarrollar acciones que contribuyan a su solución.[1]

Tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad, se concibe como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación. Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con el contexto, los riesgos, los servicios de salud, los daños a la salud en las personas y las familias, así como la participación de la población y otros sectores en la solución de los problemas presentes en la comunidad.

En Cuba los primeros datos registrados referente a los problemas de salud aparecen en las Actas de Ayuntamiento o Actas Capitulares, ya que existía un ayuntamiento en casi todos los pueblos, la primera epidemia en Cuba fue en el 1520 y los principales problemas lo constituían la lepra o mal de San Lázaro, así como brotes epidémicos de viruela. Estos hallazgos demostraban el interés por la recolección de algunos datos estadísticos, pero sin llegar a confeccionar ningún análisis de situación de salud.[2]

En 1992, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso la utilización del término análisis de la situación de salud, apareciendo su definición en 1999. Es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones, programas apropiados y la evaluación de su impacto. Como instrumento docente, se considera un objetivo fundamental que el estudiante se apropie del procedimiento, de forma activa, independiente, consciente y creadora, utilizando el método clínico-epidemiológico, el estadístico y la planificación de estrategias con un enfoque histórico cultural e integral.[4]

A través del análisis de la situación de salud se puede conocer o acercarse al conocimiento del estado de salud poblacional, teniendo en cuenta los diferentes indicadores para la población como la mortalidad, morbilidad y la expectativa de vida. En realidad lo que se mide son desviaciones del estado de salud y no la salud misma, hay que tener en cuenta que la situación de salud comunitaria puede variar mucho en cortos períodos de tiempo, es como una fotografía en un momento dado y evidentemente su aprendizaje de la elaboración tiene un carácter formativo para los educandos.[4]

Para realizar un análisis verdaderamente objetivo de los actuales problemas de salud de una población determinada, es necesario aplicar un enfoque práctico y, para esto, el enfoque epidemiológico, que incluye los cambios económicos, sociales, políticos y culturales, le aporta a este análisis las bases científicas y una visión más integral e integradora en todo el proceso, lo que permite llegar a las mejores conclusiones y a diseños de intervenciones de acuerdo con los problemas que se deseen modificar.[4]

La necesidad de descentralizar los servicios de salud como respuesta al proceso de descentralización del Estado, la desconcentración de los recursos y el acercamiento de la toma de decisiones al lugar de ocurrencia del problema en cuestión, son características que fundamentan la necesidad de una preparación de excelencia de los recursos humanos. Es por eso que el sistema de salud se ha pronunciado por el desarrollo, en el orden cualitativo y cuantitativo, de los recursos humanos como divisa fundamental. Por otra parte, el desarrollo de las especialidades y de los centros de alto desarrollo científico le confieren al sistema de salud, características particulares y el reconocimiento de la Comunidad Científica Internacional.[7]

Como parte de este desarrollo en espiral ascendente, desde 1984 se inicia el programa del Médico y la Enfermera de la Familia, teniendo como guía la idea conceptual del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz. Este novedoso programa constituye una estrategia fundamental del sistema y es un programa de atención integral a la familia. Un sistema diseñado sobre estas bases necesita para su consolidación un fuerte desarrollo de los recursos humanos y una sólida base científica y técnica.

El desarrollo y la utilización de tecnología apropiada, unido a la introducción de los avances científico- técnicos, incrementan las capacidades de los servicios para atender la salud. De ahí la importancia de la epidemiología, la cual le aporta a la salud pública un enfoque sistemático y permanente de sus principios básicos en la observación, la cuantificación, la comparación y la proposición de acciones, lo que permite realizar un análisis de los problemas de salud

que incluya el enfoque individual y el poblacional.

Los servicios, los programas y la aplicación de la tecnología sanitaria deben ser evaluados de manera que sea posible diseñar el efecto corrector necesario para emprender las nuevas intervenciones. De esta forma, el diseño de indicadores, estándares y metodologías que evalúen la ejecución de programas, así como el funcionamiento de los servicios de salud que validen las tecnologías sanitarias, adquieren una importancia sin límites para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y la correcta interpretación de la situación de salud de la comunidad, sin lo cual no es posible modificar favorablemente el estado de salud de la población, a la vez que se utilizan racionalmente los recursos disponibles.[7]

No es posible la intervención efectiva en estos niveles sin la aplicación del método epidemiológico. La actuación en estos niveles de intervención tiene estrecha relación con los usos de la epidemiología en la APS; por ejemplo, para hacer acciones de promoción y prevención es necesaria la existencia de programas y de sistemas de vigilancia, contar con un análisis de situación de salud sobre el cual se estructuren las intervenciones; así como la capacidad suficiente para evaluar los servicios y programas; en particular su efectividad y eficacia, es decir; para cumplir con los objetivos del programa de atención integral a la familia es imprescindible el uso y la aplicación de la epidemiología.[4]

Los sistemas de salud tienen un alto grado de incertidumbre y son muy lábiles a los factores externos en el momento actual. Relacionados directamente con estos propios procesos, esta condición dificulta a los servicios de salud el diseño de intervenciones, toda vez que se modifican los escenarios, tanto presentes como futuros; es por eso que responsabilizar al sector salud y más aún a una estrategia con los cambios esperados en el estado de salud de la población, es negar la participación multi e interdisciplinaria, la responsabilidad individual con la salud y la necesidad de la participación activa de la comunidad en la gestión por la salud de sus miembros.

Aun sin proponérselo, los médicos y las enfermeras de la familia queforman parte de la comunidad que atienden, incorporan a diarioinformación sobre su situación de salud a partir de las diferentes y sucesivas aproximaciones que a ella realicen. Esta fortaleza, en manos profesionales, constituye una herramienta básica si se pretende identificar problemas y proponer cambios positivos en la situación de salud de la población. A partir de la experiencia, la identificación de los riesgos para la salud en un área será relativamente fácil para un profesional instruido en materia de salud familiar y comunitaria.

Sin embargo, la identificación de los problemas de salud comunitarios realizada por un equipo básico de salud (EBS), no siempre estará en correspondencia con las necesidades sentidas de su población. La comunidad tiene su propia percepción de la realidad que vive y el EBS es sólo una parte de ella.[8]

Es por ello que se necesita de la concertación consciente de los esfuerzos y opiniones de todos los implicados para abordar una situación de salud que les es común.[8]

Dicho de otro modo, los médicos y enfermeras de la familia para conocerde los «síntomas o signos» relacionados con la situación de salud familiar o comunitaria, deben escuchar el parecer de los integrantes de la familia o de la comunidad (según sea el caso), de la misma manera como lo hacen con las personas al evaluar su situación de salud al nivel individual. El abordaje de un problema de salud a estos niveles, también requiere de la observación, del interrogatorio, del examen de la situación y una vez definida una impresión diagnóstica, de una conducta donde sin dudas debe participar la propia familia o comunidad. [8]

En este proceso interactivo se inserta el Análisis de la situación de Salud (ASS) al nivel comunitario.

Su aplicación resulta muy ventajosa pues puede orientar las actividades de salud hacia objetivos específicos y reales, valorar la utilidad, eficacia y eficiencia de los problemas de salud, planificar la gestión de los servicios y programas, investigar (enfoque clínico-epidemiológico y social), facilitar la promoción de salud y la prevención (indicadores positivos de salud), informar al pueblo y orientar adecuadamente la educación para la salud, conocer el grado de satisfacción de la comunidad, promover la participación activa de la comunidad en la autorresponsabilidad y la solución de sus problemas (cambios conductuales, estilo de vida adecuado) y registrar datos con valor descriptivo explicativo, prospectivo (tendencia, evolución), de gestión.[7]

Lo anteriormente expresado avala que la base teórico-metodológica para el ASIS sea el Marxismo y Leninismo porque destaca al hombre como ser social y productivo; concibe al hombre como heredero y hacedor de la cultura; destaca la tendencia al progreso, su derecho a la felicidad, la paz, la justicia, a la realización personal y social; define la formación del hombre como una personalidad integral.

En resumen, para su realización se debe describir y realizar un análisis crítico de los componentes sociohistóricos, culturales y sociodemográficos de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios para identificar sus interrelaciones y explicar los daños de la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social en el cual la participación de la población y la intersectorialidad constituyen pilares fundamentales de este proceso.[7]

2.-Elementos a tener en cuenta para la realización del ASIS

El ASIS se basa en una revisión exhaustiva de los datos estadísticos con un enfoque clínico-epidemiológico y social para la identificación de los problemas del individuo, de las familias y de la comunidad, así como sus posibles soluciones, desarrollando el trabajo del equipo de salud, con gran valor como experiencia educativa y obteniéndose un mayor nivel de satisfacción por parte de la población.[7]

Se debe tener en cuenta elementos importantes como la obtención de la información, la identificación de los problemas, el análisis causal y búsqueda de alternativas, el establecimiento de prioridades, el plan de acción, el monitoreo y la evaluación.

Además se analizarán los datos generales de la comunidad como la ubicación geográfica, los límites y centros laborales, escolares, de servicios, los datos demográficos como la pirámide poblacional, el crecimiento poblacional, la natalidad, la fecundidad y fertilidad, los grupos de edades, su distribución por sexos, escolaridad, ocupación y estructura familiar. Datos de morbilidad: como el porcentaje de la población dispensarizada y su clasificación en supuestamente sana, con riesgo, enferma y con secuelas.[4]

Otros elementos a tomar en consideración son los factores de riesgo en afecciones y enfermedades: materno-perinatal, materno infantil, enfermedades cardiovasculares, neoplasias, accidentes, lesiones autoinflingidas y enfermedades buco-dentarias. La prevalencia e incidencia por enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, enfermedades bucodentarias y otros daños. Datos de mortalidad como número de fallecidos en el período, número de fallecidos por grupos de edades y por principales causas de muerte.

Resulta relevante la información sobre la familia, su integración social, funcionamiento familiar y situación de salud de las familias (familias con problemas de salud de predominio biológico, psicológico, social, ambiental y familias sin problemas de salud aparentes), la actitud de la familia hacia la salud, su convivencia social, participación en organizaciones y características de la salud ambiental, existencia de factor de riesgo ambiental (factores físicos, factores psicosociales, factores biológicos) y condiciones higiénicas de la vivienda y sus alrededores.[4]

Debe enfatizarse en los factores biológicos como los genéticos, metabólicos, nutricionales, del crecimiento y desarrollo, factores higiénico-sanitarios: calidad del agua de consumo, disposición de residuales, desechos sólidos, vectores, convivencia con animales domésticos, hacinamiento y condiciones estructurales de la vivienda, factores del estilo de vida como hábitos, costumbres y otros. Los factores socioeconómicos, incluyendo el *percápita* familiar deben tenerse en cuenta tanto en los estilos de vida, como en los aspectos higiénicos sanitarios.[4]

En los factores de los servicios de salud se tendrá presente además la remisión a interconsultas y otras especialidades, los pacientes atendidos en servicios de urgencias y motivos de atención en el policlínico, el hospital y clínicas estomatológicas, los pacientes ingresados en el hospital, acompañados por el médico de familia, no acompañados por el médico de familia y los pacientes ingresados en el hogar.[4]

3.-Participantes y responsables en el ASSIS

Los participantes en la confección del ASIS a nivel del consultorio son el médico y la enfermera, los profesores del Grupo Básico de Trabajo (GBT), el técnico de higiene y epidemiología, la activista de salud, los líderes formales e informales y la comunidad en general. A nivel del GBT participan además el jefe del GBT,

los profesores, el psicólogo, los trabajadores sociales, la supervisora de enfermería y el estomatólogo.

A nivel del área de salud participa el director, el vicedirector de higiene y epidemiología, el jefe GBT y jefes técnicos de higiene y epidemiología, los especialistas básicos, jefe de enfermeras, jefe del departamento de estadística, jefe del departamento de estomatología, líderes formales e informales entre otros. En los consultorios de círculos infantiles, instituciones escolares y centros de trabajo participarán también los representantes de las organizaciones administrativas; así como los trabajadores y estudiantes.

El médico y enfermera de la familia tienen delimitadas funciones muy específicas en el análisis comunitario de la situación de salud, aunque no aparecen declaradas para uno u otro profesional en la bibliografía revisada, ellos gerenciarán este proceso, deben proporcionar la información necesaria para realizar el análisis en grupo (Informe), serán facilitadores de la dinámica grupal y como integrantes de la comunidad podrán también sugerir problemas. Participan además líderes formales e informales de la comunidad y organizaciones de masas.[8]

Sin embargo, se ha planteado que este proceso es hoy más bien formal, básicamente burocrático y en él,comúnmente no es efectiva la participación de una representación del resto de la comunidad. De esta manera se limita hoy su función para la identificación y abordaje de cualquier situación comunitaria y su influencia en la modificación de las actitudes de sus propios miembros. No siempre se destina el fondo de tiempo necesario y suficiente para la realización del análisis y la elaboración del informe escrito.[8]

Generalmente a esta importante actividad se le superponen las actividades asistenciales o docentes. El papel del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y de la propia enfermera del EBS en este proceso, es comúnmente marginal. El «apoyo» del resto de los integrantes del GBT consiste en exigir la entrega del informe final en el tiempo establecido desde el policlínico y a su vez exigir el cumplimiento de los compromisos asistenciales al nivel individual. La técnica de estadísticas, como norma, no se considera parte activa y «observa» pasivamente el desenlace. El médico de la familia se encuentra prácticamente solo ante una tarea que supone la participación de muchos.[8]

4.-Pasos y metodología para el ASIS

La estructura del análisis de la situación de salud recoge aspectos generales del área, la dispensarización del estado de salud de la población según sus componentes demográficos, la morbi-mortalidad, el grado de invalidez, el crecimiento y desarrollo. Se deben tener en cuenta las determinantes de salud tales como el medio ambiente, el estilo de vida de la población, la organización de los servicios de salud y la biología humana.

Se utilizan diferentes fuentes para buscar información dentro de las que se encuentra la historia clínica individual, la historia de salud familiar, la dispensarización (basada en los documentos normados), las encuestas realizadas, el departamento de estadística del policlínico, la información aportada por el técnico de higiene y epidemiología, el activista de salud, la educadora para la salud, el círculo de abuelos, de embarazadas y de adolescentes, las diferentes organizaciones de masas y el delegado del Poder Popular.[7]

Después de confeccionado el análisis de la situación de salud se elabora el plan de acción, posteriormente se procede a su discusión en reunión con la comunidad, basándose en medidas concretas, medibles y específicas para dar solución a los problemas de salud que lograron identificarse con un enfoque clínico epidemiológico y social, se debe lograr que el cumplimiento del plan de acción sea el resultado del trabajo en conjunto del equipo de salud y la comunidad, ya que el mismo es un instrumento para la evaluación continua.

La evaluación del cumplimiento de las actividades del plan de acción debe siempre realizarse de forma participativa, esto facilita el mantenimiento por parte de la comunidad de un sentido de auto responsabilidad y pertenencia. El Grupo Básico de Trabajo (GBT) chequeará el cumplimiento de los planes de acción en cada consultorio en las diferentes visitas al mismo y en la reunión mensual.

La OPS ha propuesto la matriz ARMAR-7 que consta de cinco fases: articulación, recopilación de información, manejo, análisis y reporte. Consta de siete líneas estratégicas, que son:[9]

1.-Analizar el contexto histórico, político, socioeconómico, cultural y demográfico de la población.

2) Analizar la calidad de vida, el bienestar y la salud de la población.

3) Analizar la morbilidad y mortalidad y sus tendencias.

4) Monitorear las desigualdades socio-económicas , de género y étnico-raciales en salud.

5) Priorizar y proponer intervenciones en salud potencialmente costo-efectivas, como insumo para la toma de decisiones.

6) Evaluar los resultados y el impacto de las políticas públicas, programas y servicios de salud

7) Promover la participación social y la abogacía entre las distintas instancias del gobierno y de la sociedad civil.

Como se puede apreciar son líneas estratégicas que responden a las condiciones sociales de América Latina y otros contextos que difieren del nuestro, sobre todo en las líneas cuatro y siete, en algunos de sus aspectos. Esto tiene que ver con el hecho de que la salud, desde el punto de vista epistemológico sea vista como producto social, entendida como la resultante de la acción de la sociedad en su conjunto. Visto así, la producción social de salud y bienestar en los espacios-población es, ahora, responsabilidad de todos los actores sociales.[10]

En el 2006, Pría Barros y colaboradores propusieron una guía para la elaboración del ASIS que consta de los siguientes componentes:[11]

1.-Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio.

2.-Caracterización sociodemográfica de la población.

3.-Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.

4.-Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas.

5.-Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.

6.-Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud.

7.-Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.

8.-Tratamiento metodológico de la información.

9.-Situación de salud de la comunidad.

10.-Elaboración del plan de acción.

Actualmente, se concibe dentro de las características del ASIS un carácter dialéctico, en el cual no está acordado el regirse por esquemas rígidos o recetas preconcebidas; considerándose muy importante en lugar de ello, la necesidad de una orientación metodológica, variable, según el nivel donde se realice.[12]

5.-Retos para elevar la calidad del ASIS

Los retos para elevar la calidad del ASIS comienzan desde la enseñanza de la Medicina. En este sentido se ha planteado por autores peruanos, citando a otros que *en medicina, el reto es transformar la educación médica del siglo XX en una educación para el siglo XXI.* Y consideran que ello implica formar a los futuros médicos bajo una concepción integral de la salud, que incluya a los determinantes biológicos y sociales, que reconozca la importancia de la prevención y promoción de la salud, y que desarrolle actividades formativas en servicios de variado nivel de complejidad, incluyendo la comunidad.[13]

En un artículo en que se analizaba, hace ya algunos años, la calidad de la enseñanza del ASIS en la carrera de Medicina se planteaba que es indudable que para lograr la calidad de la enseñanza del ASIS en pregrado, las experiencias al ejecutar el modelo formativo, las modificaciones y cambios positivos y el proceso de perfeccionamiento iniciado en 2010 para la estancia-asignatura Salud Pública, despertaban confianza en que se realizaría una amplia y rigurosa actualización de los contenidos, así como la evaluación del proceso docente que abarcara todos sus componentes y que privilegiase la medición de su impacto en el desempeño de los egresados, cuando desarrollen competencias como residentes o especialistas de MGI.[14]

Ese mismo artículo en sus conclusiones planteaba el hecho positivo de que se mantuvo el ASIS como eje conductor del proceso y se realizaron modificaciones en las Guías y Encuestas para su confección. Sin embargo, la

propuesta más estructurada no fue aceptada totalmente por los colectivos profesorales, sin entenderse bien las razones y las otras propuestas quedaron más vinculadas al plano teórico en función de diseño, esquemas y reordenamientos.[14]

Ese era un reto en aquel momento y sigue siéndolo. Los profesores y residentes no acaban de aceptar la estructura del ASIS, la consideran engorrosa, difícil. Reto difícil de vencer, pues tiene su base en posiciones reduccionistas, en falta de visión social de la medicina, aun cuando nuestro paradigma es el médico social, en nuestras aulas todavía se puede observar un estilo positivista de enfrentar la enseñanza. Por otra parte las estancias largas por los hospitales no contribuye a formar médicos con tendencias hacia la comunidad.

Otros factores que limitan la eficiencia de este instrumento son referenciados por García Pérez y colaboradores en su artículo "El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica" al plantear que a pesar de los esfuerzos para la realización exitosa del ASIS, persisten insuficiencias por la inadecuada participación de los actores en el proceso. Consideran que ello limita que el proceso docente se desarrolle de forma efectiva, debido a la insuficiente coactuación entre el equipo de salud y los actores sociales, al no lograr la complementación en la práctica; lo cual se afianza como un elemento catalizador primordial en la dinámica formativa.[15]

Estos autores, en el trabajo ya mencionado, revelan las inconsistencias en la aplicabilidad del ASIS en los escenarios del nivel primario de salud, lugar donde se desarrolla este trascendental contenido en la formación médica y lo hacen citando a importantes investigadores en Salud Pública profundamente conocedores del tema, como Juan Vela Valdés, quien consideraque el ASIS realizado por el estudiante es de mayor calidad que el ejecutado por el médico de familia, pues en muchos de ellos no participan en su confección los factores de la zona, no se discuten con la población los problemas de salud y la conducta a seguir ante ellos, o sea no hay participación popular, los planes de acción y de ejecución están mal confeccionados, no se priorizan los problemas más importantes, entre otras irregularidades. Incluyen una opinión de Pastor Castell-Florit, quien plantea que la intersectorialidad ha producido parte de las reformas positivas del cuadro de salud, pero no se puede subvalorar la falta de sistematicidad en su ejecución, aspecto que cataloga como barrera para alcanzar su éxito.[15]

Incluyen a Miguel Limia David, citado por Alonso Freyre, quien considera que dadas las elevadas expectativas de la población, con elevados niveles de instrucción y cultura política requiere que las instituciones estén a la altura de los desafíos que ello implica. Ricardo González Menéndez resalta que el elevado nivel de preparación de la comunidad, implica una actitud de mayor exigencia al sector. De Francisco Rojas Ochoa resaltan su planteamiento de que no se ha alcanzado la unidad de pensamiento en la dirección indicada, lo que provoca se realicen análisis y enfoques desacertados sobre numerosos problemas de salud. [15]

Citan a Rafael Borroto Chao quien detalla entre los factores que la dificultan: el predomino de la cultura centralizada del sector salud, los mecanismos administrativos se sobreponen a la iniciativa, creatividad y gestión local, la visión tecnocrática de las soluciones y el predominio del verticalismo sobre la integración horizontal.[15]

Y concluyen que el ASIS alcanza una significativa historicidad en los servicios y la docencia, con un sucesivo rediseño curricular en función de mejorar su uso como instrumento científico; pero aún subyacen insuficiencias en su aplicabilidad contextual que repercuten en la formación médica. Además, a partir de las deficiencias que existen en la participación social en dicho análisis, lo consideran un reto de la contemporaneidad.[15]

Si se quiere tener una idea de lo importante que resulta implicar a todos los actores sociales en el ASIS baste citar lo plantado por el Dr.C. Reinaldo Pablo García Pérez, quien considera que la salud de la población es un determinante para el desarrollo social. Esencialmente, en este precepto radica el carácter científico-transformador del ASIS, al incidir de forma directa sobre los determinantes del estado de salud de la población e integrar en un único proceso investigativo-resolutivo los problemas de salud desde el contexto social y natural donde se originan.[16]

Este autor enfatiza en que lograr que el ASIS irrumpa con su carácter científico-transformador requiere que los implicados, mediados por el sector salud, investiguen la influencia condicionante de esos determinantes y ejecuten acciones resolutivas para modificar, atenuar o

eliminar sus efectos negativos sobre la situación de salud comunitaria y, de esta forma, la comunidad objeto de investigación se convierta en sujeto de sus propias transformaciones.[16]

Otro aspecto a perfeccionar es el papel de los profesores, de los tutores para, desde la educación en el trabajo, preparar a estudiantes y residentes con las competencias que necesitan para enfrentar no solo al ASIS, sino toda su labor.

Se requiere de profesores con competencias y en ese sentido este trabajo se sustenta en los conceptos que al respecto proponen Parra y además Tobón, al considerar que sean profesores con las habilidades, conocimientos y actitudes que se manifiestan mediante desempeños integrales al dar respuesta con idoneidad y compromiso ético a problemas y situaciones complejos de su ámbito profesional en entornos cambiantes, así como al generar nuevas alternativas de solución en situaciones reales mediante proyectos de innovación e investigación, y la colaboración inter-, multi- y transdisciplinaria. Implican saber conocer, saber hacer, saber convivir y saber ser; estar sujeto a contingencias que pueden ser transferidas con creatividad a cualquier contexto actual y futuro.[17,18]

Como la práctica nos indica, esto, en nuestro medio, constituye un gran reto, pues en nuestros escenarios no siempre contamos con profesores que tengan desarrolladas a plenitud estas competencias.

Otro factor que ha sido abordado por otros autores es no tener en cuenta la realidad cambiante de nuestros escenarios. En tal sentido Martínez Calvo aboga por reorientar el objeto del ASIS en función de los cambios sociales, económicos, culturales y sanitarios que indudablemente suceden en la población cubana y su adaptación o ajuste a las corrientes epidemiológicas avanzadas.[19]

García Millán y colaboradores analizan otra arista al mencionar que el no incluir a los medicamentos en dicho análisis introduce a *priori* un sesgo en el informe.

Y avalan si juicio sobre la base de que esto se debe a que al ser el medicamento la tecnología sanitaria más usada en la sociedad, la inclusión del mismo en las guía de análisis de ASIS permitirían caracterizar el consumo de medicamentos en la población sobre la base de las particularidades socioculturales y demográficas de los consumidores -sexo, edad, nivel escolar, ocupación- (quiénes consumen y cómo son los que no lo hacen); así como de los medicamentos consumidos -tipo y subtipo- (qué, cómo y cuánto consumen); razones y tipología del consumo, ya sea por autoconsumo o por prescripción (por qué y cuándo consumen los que no lo hacen), de manera que permita a los prestadores en particular y al sistema de salud en general, desarrollar acciones correctivas con el objetivo de alcanzar actitudes y conductas acordes con la problemática del significado de los medicamentos en la sociedad contemporánea.[21]

Como es lógico, incluir el uso de los medicamentos en el informe del ASIS es otro gran reto.

Pero un reto mayor es que existan dificultades que sean de índole subjetiva, o sea que se pueden resolver con el interés y la conciencia de la importancia que tiene este instrumento. Sin embargo aún subsisten dificultades de esta naturaleza, detectada por investigaciones y expresadas en otras publicaciones.[22]

En un informe publicado en Colombia se expresa que desde hace décadas se ha planteado la inquietud sobre cómo se formulan y se toman decisiones en salud pública.[23] Además se ha expresado que las políticas de salud exigendatos confiables y pertinentes para identificar la situación, definir las prioridades y diseñar las estrategias de acción más apropiadas.[24]

Si analizamos las dificultades y retos aquí planteados sobre el ASIS, esta situación constituye un reto mayor, pues si no contamos con análisis de calidad ¿cómo entonces tomar las mejores decisiones?

Consideramos que es algo para reflexionar seriamente.

CONCLUSIONES

En nuestro país existen las condiciones para poder realizar y emplear adecuadamente el análisis de la situación de salud y para que este cumpla la función para la que está diseñado. Existe la metodología para su realización y su enseñanza forma parte de la malla curricular de los estudiantes de medicina.

Sin embargo muchas son las dificultades que aún se presentan en su realización y los retos que esta enfrenta.

La correcta realización y empleo del ASIS sigue siendo una meta a la que no se puede renunciar pues este, sin dudas, constituye el paso previo para adoptar un plan de intervención que permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta, tarea suprema de nuestro sistema nacional de salud.

Contribución de autoría:

Los autores participaron en la búsqueda, análisis y organización de la información, así como en la redacción del trabajo.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación:

Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Cumanayagua. Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud. La Habana: ECIMED; 2006.

2. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001.

3. Borroto Chao R. Participación popular en el Diagnostico y ASS. Capítulo 56.

4. González Escalante AL. Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Educ Med Super [revista en Internet]. 2006 [cited 7 Feb 2018] ; 20 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412006000200006&script=sci_arttext&tlng=en.

5. Diseño curricular para la formación de licenciados en enfermería. Modelo del profesional. La Habana: Instituto superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2010.

6. Horruitiner Silva P. Fundamentos del Proceso de Formación en la Educación Superior. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2006.

7. Ramos Valle I. Evaluación docente-metodológica del análisis de situación de salud [Tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 2000.

8. Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2003 ; 29 (3): 8-16.

9. Escamilla JA, Solís P. Abordaje del análisis de la situación de salud. Conferencia Panamericana sobre Diabetes y Embarazo. Washington : OPS; 2015.

10. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2009 [cited 6 Feb 2019] ; 35 (1): [aprox. 70p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu17109.pdf.

11. Pría Barros MC, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso AT, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 ; 22 (3): 12-20.

12. Grela Marcelo J. El análisis de la situación de salud del Barrio Centenario.

13. Champin D, Risco G. Formación del estudiante de medicina en salud pública y atención primaria de la salud, una experiencia en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Feb 2018] ; 30 (2): [aprox. 6p]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200033.

14. Martínez Calvo S. Calidad del proceso de enseñanza del análisis de situación de salud en la carrera de medicina. Rev Habanera Cienc Med [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Feb 2019] ; 12 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_12_2_13/rhcm11213.htm.

15. García Pérez RP, Ballbé Valdés A, Iglesia Almansa NR. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. Educ Méd Super [revista en Internet]. 2015 [cited 6 Feb 2019] ; 29 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n3/ems23315.pdf.

16. García Pérez RP. El análisis de la situación de salud como componente científico consustancial

del sistema de salud cubano. MEDICIEGO [revista en Internet]. 2018 [cited 9 Feb 2019] ; 24 (1): [aprox. 2p]. Available from: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1098/1195.

17. Parra AH. El modelo educativo por competencias centrado en el aprendizaje y sus implicaciones en la formación integral del estudiante universitario. México, DF. 2006. Available from: http://www.auch.mx/academica_y_escolar/modelo_educativo/2008/05/21/modelo_educativo_auch/.

18. Tobón TS. Formación integral y competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. Bogotá: Eco Ediciones. Instituto Cife; 2013.

19. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana de Salud Pública. 2013 ; 39 (4): 752-62.

20. García Milian AJ, Alonso Carbonell L, León Cabrera P, Segredo Pérez AM, Rodríguez-Ganen O. Los medicamentos y el análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2016 [cited 4 Feb 2018] ; 32 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/130/91.

21. García Milian AJ. Caracterización epidemiológica del consumo de medicamentos por la población adulta de Cuba. 2007-2010 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012. Available from: http://tesis.repo.sld.cu/view/divisions/c=5Fsal=5Fepid/2012.htm.

22. Águila Rodríguez N, Bravo Polanco E. Calidad en el análisis de la situación de salud: una meta no cumplida. Medisur [revista en Internet]. 2018 [cited 30 Abr 2018] ; 17 (2): [aprox. 2p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4241/2794.

23. Gaviria Uribe A, Muñoz Muñoz NJ, Ruíz Gómez F, Cuéllar Segura CM. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad. Bogotá: INS; 2016.

24. Soe MM, Sullivan KM. Standardized Mortality Ratio and Confidence Interval [Internet]. Emory: Open Epi; 2006. [cited 15 Abr 2018] Available from: http://www.openepi.com/PDFDocs/SMRDoc.pdf.