Descargado el: 28-11-2026 ISSN 1727-897X

INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA

Propuesta de metodología para el análisis de la situación de salud.

Methodological proposal for the analysis of the health situation.

Sara Hernández Malpica[1] Laura López Angulo[1] Inés Domínguez Silva.[1]

[1] Universidad de Ciencias Medicas, Facultad de Ciencias Medicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Hernández-Malpica S, López-Angulo L, Domínguez-Silva. I. Propuesta de metodología para el análisis de la situación de salud.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 28]; 1(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/29

Resumen

Se realiza una propuesta metodológica para la confección del Análisis de la Situación de salud, teniendo en cuenta que las diversas guías que existen al efecto no permiten darle respuesta a la forma en que actualmente se exige dicho análisis, tanto a los alumnos como a los residentes y especialistas, atendiendo a las determinantes del Estado de Salud de la Población. De modo que generalmente se encontraban deficiencias derivadas de no poder enmarcar la información recogida en la categoría correspondiente.
Se ejecutó en la Facultad de Ciencia Médicas de Cienfuegos en los meses de Octubre a Diciembre del 2002. Para ello se utilizó la observación documental mediante la técnica de análisis de los contenidos de las guías existentes y la literatura que respecto a estos contenidos se encuentra a disposición de los alumnos.
La aceptación de profesores, alumnos de pregrado y de residentes, nos muestra que se considera un documento útil para su orientación e incluso para la confección de los análisis de los consultorios y de las áreas.
Aunque no se puede hablar de un aporte económico sí genera un aporte social por cuanto contribuye a elevar la calidad de la docencia.

Palabras clave: diagnóstico de la situación de salud, métodos, materiales de enseñanza

Abstract

A methodology for analysing the health situation is carried out in this search, taking into account that the existing guides do not give an appropriate response to the present demands that such an analysis requires either in the students, residents and specialists, trying to keep the determinants of the health state of the population. Generally there are differences due to the fact that the gathered information can not be enclosed in the corresponding category.
This research was carried out at the Cienfuegos School of medicine from October to December 2002. Documental observation was used for both the analysis of the contents of the existing guides and for the student´s literature related to these contents. The acceptance of the professors, pre-graduate students and residents shows that this document is useful for its assignment and for the analysis of the consultation offices and of the health areas.
Although it is impossible to express the economic value of this search, it has social implications since it contributes to improve the quality of the teaching learning process.

Key words: diagnosis of health situation, methods, teaching materials

Aprobado:

Correspondencia: Sara Hernández Malpica. editorial@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Una de las características de la atención primaria de salud desde la conferencia de Alma Ata es su orientación a la comunidad, dado que la OMS la concibe como la estrategia para alcanzar la salud de toda la población. Esta orientación recoge el desarrollo de la Medicina Comunitaria que es definida como una rama de la Salud Pública que se ocupa de la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, mediante la identificación de las necesidades de salud de la comunidad y la intervención mediante acciones dirigidas a toda ella o a determinados subgrupos.[1]

La necesidad de continuar trabajando en el perfeccionamiento de los procedimientos metodológicos que faciliten el análisis de los problemas de salud, que permitan encontrar los factores fundamentales que influyen en la aparición, desarrollo y mantenimiento de problemas relevantes que afectan la salud de una población en diferentes niveles, su magnitud y extensión así como la influencia de factores externos en ese comportamiento sigue siendo un reto para la Salud Pública actual.[2]

El análisis de la situación de salud es el proceso de recogida de datos y su posterior elaboración en información con el objetivo de conocer cuáles son las necesidades de salud de la población que deben atender los servicios sanitarios, así como su evolución a lo largo del tiempo; además de permitir una discriminación de los problemas y necesidades de salud según su importancia.

Realizar el análisis de la situación de salud de la comunidad es obtener un instrumento para definir la política de salud y evaluar sus resultados Este análisis propicia:

- Orientar las actividades de salud hacia objetivos específicos y reales.
- Valorar la utilidad, la eficacia y la eficiencia de los programas de salud.
- Planificar la gestión de los servicios y programas.
- Facilitar la promoción de salud y la prevención (indicadores positivos de salud).

Conocer el grado de satisfacción de la población.

Teniendo en cuenta que tanto alumnos como residentes de MGI, usuarios de este instrumento metodológico, en ocasiones no saben enmarcar algunos de los contenidos de la información dentro de la categoría correspondiente, sobre todo cuando se trata de orientar dicho análisis en función de las determinantes del estado de salud de la población, entendimos prudente ejecutar la presente propuesta metodológica, con el objetivo de contribuir a la calidad de la formación del Medico General Básico y del especialista en Medicina General Integral en cuanto a la confección de los análisis de la situación de salud.

DESARROLLO

La actual propuesta metodológica para el análisis de la situación de salud tiene presente que se debe incluir en este:

I.- **Las modificaciones realizadas por el Plan de Acción y lo pendiente a modificar (cuando se trate de un consultorio o área que ya tenga un análisis de situación de salud anterior)**

II.- **Características generales de la comunidad.**

Datos generales de la comunidad o área de salud (población total, extensión territorial, densidad poblacional (de acuerdo con el escenario donde se efectúe) cada 100 metros cuadrados o kilómetros cuadrados).

Ubicación geográfica de la comunidad o del área (límites).

Infraestructura económica, social y sanitaria del consultorio y del área (centros laborales, escolares, de servicios y de salud).

Antecedentes históricos si se trata de una institución o área que lo permita.

III.- **Análisis demográfico.**

A) Datos de la población.

A.1 Distribución general por grupos etáreos y sexo comenzando por el Grupo de 1 a 4 años y finalizando con 65 y más.

A.2 Clasificación de la población para consultorio.

Población progresiva o joven: El número de personas de 0 – 14 años de edad es superior al grupo de 50 y más.

Población regresiva o envejecida: La población de 50 y más años supera en proporción a la de 0

– 14 años.

Población estacionaria: Cuando los dos grupos mencionados están equilibrados.

A.3 Caracterización del envejecimiento de la población utilizando el Indice de Rocet

$$\text{Índice de ROCET} = \frac{\text{Población mayor de 65 años.}}{\text{Total de la población.}} \times 100$$

Categorías	Por ciento de población 65 y más años
Muy envejecida	16 % y más
Envejecida	más de 13 % y menos de 16 %
Envejecimiento avanzado	más de 10 % y menos de 13 %
Envejecimiento incipiente	más de 7 % y menos de 10 %
Madura	más de 4 % y menos de 7 %
Joven	menos del 4%

A.4 Confección e interpretación de la pirámide poblacional para el Área de Salud.

Pirámide expansiva: Mayor número de personas en edades menores.

Base ancha y cúspide estrecha. Caracteriza a países subdesarrollados.

Pirámide constrictiva: Menor número de personas en las edades menores.

Base estrecha y cúspide ancha. Caracteriza a países desarrollados.

Pirámide estacionaria: Igual número de personas aproximadamente en todos los grupos de edad con tendencia a la reducción paulatina en las edades avanzadas. Base y cúspides estrechas y ancha en el centro. Caracteriza a los países en vías de desarrollo.

A.5 Crecimiento poblacional.

Tasa de crecimiento anual . **N+ = No + + I - (D + E)**

N+ : Crecimiento anual
No : Población total al inicio del período.
B : Nacidos vivos en el período de tiempo.
D : Número de defunciones en el período de tiempo.
I : Inmigrantes.
E : Emigrantes.

A.6 Tasa global de fecundidad.

$$\text{T.G.F.} = \frac{\text{No. nacidos vivos}}{\text{No. mujeres de 15 – 49 años}} \times 100$$

 ISSN 1727-897X

A.7 Óptimo fecundo (Proporción de mujeres en edad ideal para procrear).

$$O.F. = \frac{\text{No. mujeres de 20 – 29 años}}{\text{No. mujeres de 15 – 49 años}} \times 100$$

A.8 Tasa de fecundidad específica.

$$T.F.E. = \frac{\text{No. nacidos vivos}}{\text{No. de mujeres en una edad específica}} \times 100$$

A.9 Índice de masculinidad.

$$I.M. = \frac{\text{No. de hombres}}{\text{No. de mujeres}} \times 100$$

IV.- **Estado de salud de la población (determinantes).**

A. Estilo de vida	51.2 %
B. Biología humana	20.4 %
C. Medio ambiente	19.9 %
D. Organización de los Servicios de Salud	8.5 %

A- DETERMINANTE ESTILO DE VIDA:

Los estilos de vida se suelen considerar en el contexto de las experiencias individuales y colectivas así como en relación con las condiciones de vida.

El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante su proceso de socialización. Por lo que debe tenerse en cuenta cómo vive y se desenvuelve la población objeto de estudio.

Ejemplo: Nivel educacional, práctica de hábitos de alimentación, práctica o no del deporte, forma de vestir, formas de utilización del tiempo libre, creencias, cultura, higiene personal y bucal, así como estructura familiar y funcionabilidad familiar, inserción de la familia en su comunidad, hábitos tóxicos en general, convivencia social, ocupación y condiciones de trabajo, nivel de solvencia económica**, condiciones materiales habituales de vida, estrés y conducta parasuicida por las diferentes causas.

En este aspecto pueden medirse los siguientes indicadores:

Por ciento de la población en los diferentes niveles de enseñanza.

Por ciento de la población que se alimenta higiénicamente.

Por ciento de población que practica deporte sistemáticamente o que no lo practica.

Número de familias en total.

* Estructura Familiar:	Familia nuclear (Por ciento que representa)
	Familia extensa (Por ciento que representa)
	Familia ampliada (Por ciento que representa)
Funcionalidad:	Funcional (Por ciento que representa)
	Disfuncional (Por ciento que representa)
	En riesgo. (Por ciento que representa)

Actitud de las familias ante la salud (cultura sanitaria **buena, regular y mala**)

Convivencia social de los individuos y familias (adecuada e inadecuada)

Hábitos tóxicos (**alcohólicos, fumadores y drogodependencias**)

Creencias (**práctica de cualquier religión**)

Cultura (**Acceso a diferentes**

manifestaciones culturales)

Ocupación (ama de casa, desocupado, trabajador asalariado, trabajador por cuenta propia)

Condiciones de trabajo: Con riesgo laboral no controlado, controlado o sin riesgo aparente.

**La solvencia económica se considera:

ALTA (familias en las cuales están cubiertas las necesidades de alimentación, vestimenta, juego y recreación)

MEDIA (familias en las cuales están cubiertas las necesidades de alimentación, vestimenta y recreación)

BAJA (familias en las cuales están cubiertas solo dos o menos de estas necesidades)

Condiciones materiales de la vivienda:

Buena (familia que cuenta con un techo sin hacinamiento, baño sanitario interior, agua por tuberías y al menos tres equipos electrodomésticos.)

Regular (familia que cuenta con un techo con hacinamiento, con o sin baño interior, agua por tuberías y al menos un equipo electrodoméstico)

Mala (cuando no cuenta con las condiciones anteriormente descritas)

Así sucesivamente pueden construir indicadores relativos a cada uno de los factores que pueden constituir un riesgo para la salud de la población según el contenido de este acápite (deambulantes, conducta sexual de riesgo, reclusos y exreclusos)

Riesgo preconcepcional cuando esté relacionado con la conducta.

B-DETERMINANTE BIOLOGÍA HUMANA

Se contempla en esta determinante todo lo referente a la genética, estado nutricional de la población en general, con énfasis en los niños, embarazadas y adulto mayor, los riesgos de padecer algunas enfermedades (Enfermedad reumática, hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, lupus eritematoso, enfermedades neurológicas, etc.)

Predisposición a las enfermedades hereditarias, cromosómicas y no cromosómicas (Sicklemia), síndrome de Down, enanismo, galactosemia, fenilcetonuria, hemofilia, entre otras) así como el nivel inmunitario de esa población.

C. DETERMINANTE AMBIENTE

AMBIENTE FISICO.

Abasto y calidad de agua.

Procedencia, características, cobertura, control bacteriológico.

Residuales líquidos y excretas.

Alcantarillado, letrina, fecalismo al aire libre (Disposición final). y drenaje para la evacuación de aguas pluviales.

Residuales sólidos

Depósito de basura, frecuencia de recolección, transporte y disposición final (micro vertedero, limpieza de calles)

Alimentos

Las principales fuentes de obtención de alimentos, número de centros de expendio de alimentos, y control de la calidad de los alimentos y de estos servicios.

Aire.

Contaminación atmosférica y de la vivienda por uso de combustible fósil.

Existencia de fuentes de contaminación atmosférica, y de calles no pavimentadas.

Transporte, vías de acceso y urbanización.

Las principales vías de acceso y características de la transportación.

Principales circuitos abastecedores de electricidad en esa comunidad, así como las áreas verdes, parques.

AMBIENTE SOCIAL

Principales centros de producción industrial, local. Población laboral activa, por ciento que representa de la población total, desocupados, jubilados. Ancianos solos, sus necesidades, planes especiales de atención a estos, casos sociales.

Número de centros de expendio (bodegas, carnicerías, placitas) y otros servicios. Círculos infantiles, vías no formales e instituciones escolares y laborales e higiene de estos.

Instituciones religiosas. Instituciones de salud (hogares maternos, de ancianos, otros) Instituciones deportivas y recreativas.

Relaciones entre Salud y las organizaciones políticas y de masa de la comunidad.

AMBIENTE BIOLÓGICO.

Presencia de animales domésticos en las viviendas y sus alrededores: perros, gatos, cerdos y caballos

Índices de moscas, mosquitos, cucarachas y roedores.

Viajeros procedentes de áreas con enfermedades endémicas, personas que hayan padecido de fiebre tifoidea en años anteriores, y tuberculosos activos.

D-DETERMINANTE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Para las áreas:

Estructura organizativa y regionalización, interrelación con la atención secundaria, poder resolutivo, accesibilidad, cobertura (con énfasis en el completamiento de los grupos básicos de trabajo).

Número de consultas médicas y estomatológicas programadas y realizadas.

Subsistema de urgencia (productividad médica, total de casos vistos por especialidades, conducta, enfermedades más frecuentes, causa más frecuentes de ingreso en la sala de observaciones, utilización de medios diagnósticos, técnicas de enfermería aplicadas en el SIUM).

Referencia y contrarreferencia.

Acciones de inspección sanitaria estatal.

Análisis del departamento de contabilidad. Análisis del presupuesto, índice de gastos en salud, en medicamentos, salarios medios aprobados, disciplina laboral, ausentismo, distribución de fuerza médica según ubicación, según categoría y potencial humano (índice de enfermera / médico, médico / habitantes, estomatólogo/consultorio).

Estilos de dirección, y capacidad de movilización de los recursos, concentración de poder e integración de acciones, calidad de los servicios médicos y estomatológicos, satisfacción de los usuarios.

Educación continuada, cursos de posgrado, exámenes de competencia y desempeño, forum de ciencia y técnica.(medir basado en las necesidades de aprendizaje identificadas).

Comportamiento de las tasa de medicamentos. Fármaco vigilancia, análisis de droga, stock de urgencia, ciclo de distribución.

Para los consultorios:

Número de casos vistos en el año en consulta y terreno al individuo y a la familia por el médico y estomatólogo del consultorio, así como por los especialistas ínterconsultantes del grupo básico de trabajo y de las especialidades no básicas en el año.

Acciones de inspección sanitaria estatal realizadas.

Número de ingresos domiciliarios y hospitalarios, sus principales causas, estado al egreso y servicios de urgencia presentados en el consultorio.

Captaciones de recién nacidos y cumplimiento de la lactancia materna hasta el cuarto mes de vida.

Captación de embarazada: precoz, intermedia, tardía. Cumplimiento de la atención pre-natal. Casos de consulta genética, embarazo en la adolescencia y otros riesgos reproductivos no dependientes del estilo de vida. Captación y seguimiento a puérperas.

Cumplimiento del programa cérvico uterino (número de pruebas citológicas a realizar y realizadas, no útiles) patologías de cuello (número y seguimiento) y de prevención del cáncer de mama (número de mujeres de 30-64 años de edad, número de exámenes a realizar en el año y realizados, así como el por ciento de cumplimiento) próstata, y otras enfermedades crónicas, según grupos de riesgo

Pesquisaje de las enfermedades transmisibles, cumplimiento del programa según lo estimado (TB pulmonar, blenorragia, sífilis, sida, dengue,

hepatitis virales, fiebre tifoidea, paludismo, lepra) y otras según cuadro epidemiológico del área.

Control sanitario internacional: Control a viajeros.(vigilancia de acuerdo a la endemia del país de procedencia).

Referirse al tratamiento y evolución de los pacientes que hayan sido diagnosticados.

Círculos de abuelos, de adolescentes y de grupos específicos (funcionamiento).

Dispensarización:

Se debe confeccionar una tabla con el número de pacientes según grupo dispensarial .En cada grupo de dispensarización poner el estimado de controles que debieron ser realizados al año y controles realmente realizados con su por ciento. Además hacer tabla independiente de las enfermedades crónicas y riesgos más relevantes, con los controles a realizar y los efectuados, y su por ciento. Los discapacitados deben clasificarse en : deficientes y discapacitados.

Clasificación de los ancianos según escala de evaluación geriátrica, cuántos se han ínterconsultado con el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica; soluciones a los principales problemas detectados.

Repercusión de la interacción de los factores de riesgo identificados sobre el individuo, la familia y la comunidad. (Daños a la salud):

Morbilidad de enfermedades no trasmisibles: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, accidentes vasculares encefálicos, cardiopatía isquémica, úlcera, epilepsia, afecciones tiroideas, accidentes, intento suicida, suicidio.

Se debe confeccionar una tabla con la siguiente estructura:

Enfermedades Incidencia Prevalencia %

Morbilidad de enfermedades trasmisibles: Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, conjuntivitis viral, varicela, pediculosis, leptospirosis, blenorragia, sífilis, hepatitis viral, meningoencefalitis, escarlatina.

Se debe confeccionar una tabla con la misma estructura que la anterior.

Mortalidad

En las área de salud: Tasa de mortalidad general bruta y estandarizada, tasa de mortalidad infantil desglosada en sus tres componentes, tasa de mortalidad específica para el sexo masculino y femenino, tasa de mortalidad específica por edad, tasa de mortalidad específica por causas(10 primeras causas), tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad materna, número de años de vida potencialmente perdidos por muertes violentas e infartos agudos del miocardio.

En el consultorio se debe explicar la causa de muerte, edad del paciente, si era evitable o no y manejo de este; ya que es obvio que el número absoluto es manejable en poblaciones pequeñas, solo que las comparaciones están expuestas a su misma población en otro momento.

Invalidez parcial temporal: Describir principales causas y considerar el número de días perdidos por el trabajador (Menos de 7 días - 8-15 días - de 16 a 30 días y más de treinta)

Invalidez permanente: Describir el número de pacientes y las causas.

Número de certificados médicos por este tipo de invalidez.

Identificación y priorización de los problemas.

Se utilizarán las técnicas adecuadas al nivel correspondiente.

Confección del plan de acción.

El problema, los objetivos, actividades o tareas, responsables, fecha de cumplimiento, indicadores (se trata de una proporción que expresa la medida en que se da el cumplimiento de las tareas o actividades tomando como referencia un patrón deseado ya existente o elaborado por el investigador), Nivel desempeño (Satisfactorio, insatisfactorio, o, excelente , bueno, regular o malo)

La evaluación general del análisis estará en función de dichos indicadores y su consecución según la fecha de cumplimiento en la etapa que corresponda ser evaluado.

BIBLIOGRAFíA

1. Anto JM, Company A. Diagnóstico de la situación de salud de la comunidad.

Principios, métodos, medida y fuentes de datos. Vol 1. Barcelona : Instituto Municipal de Salud;1997. p.17
2. Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1997; 23 (1-2): 47-54
3. Ochoa Alonso A, Selva Suárez l, Rodrigo Pupo E. El análisis de la situación de salud: una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12 (3): 189-294.
4. Borroto Chao R, Liz Álvarez M. Diagnóstico comunitario de la situación de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(3): 289-294.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Generalidades de Salud Pública y Estado de Salud de la Población. T 1.Ciudad de La Habana : Editorial de Ciencias Médicas;1999.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Seminario sobre planificación de salud a nivel local. Vol 2. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1997.

2. Martínez Cano S. Análisis de la situación de salud. In: Fernández Caballero E, Castell-Florit Serrata P. Gerencia en salud.T2. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998.