

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. JOSÉ ASSEF YARA"  
CIEGO DE ÁVILA

**Análisis de la situación de salud en el Consultorio No. 32 del Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila.**

**Analysis of the health situation, doctor's office # 32 from North polyclinic. Ciego de Avila.**

Odalys Rodríguez Marín (1), Liosdany Mellor Duarte (2), Yadira Arias López (3), Mayra C. Quiñones Rodríguez (4).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de identificar el estado de salud de la población perteneciente al consultorio No. 32 del Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila, en el período correspondiente a los meses de mayo a junio de 2012. De un universo de 452 núcleos familiares se seleccionaron 35, que fueron la muestra objeto de estudio, compuesta por una población total de 1850 habitantes. Hubo un predominio del sexo femenino, para un 53.46% y el 38.39% de la población tiene un nivel medio superior de enseñanza. Los trabajadores fueron los de mayor representación con un 54.01%. Toda la población que se estudió está dispensarizada, el grupo dispensarial III es el más significativo con un 41.14%. El factor de riesgo predominante fue el hábito de fumar; la enfermedad crónica no transmisible de mayor incidencia fue la hipertensión arterial y la mayoría de las familias eran funcionales.

**Palabras clave:** ESTADO DE SALUD, MÉDICOS DE FAMILIA.

1. Estudiante de 5to Año de Medicina.
2. Estudiante de 5to Año de Medicina
3. Licenciada en Psicología. Profesor Instructor.
4. Especialista en 2do Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar.

**INTRODUCCIÓN**

La atención a la salud en Cuba y la organización del sistema nacional de salud hasta el triunfo de la revolución se efectuaban en un gran número a través de consultorios privados, de las llamadas casas de socorro y en menor medida de otros centros estatales. A partir del triunfo de la revolución se comienza el desarrollo de la atención ambulatoria a través de polyclínicos que han transitado por diferentes etapas hasta llegar al nuevo modelo de polyclínico con médico de la familia, está concebido por un especialista de amplio campo, capaz de garantizar atención integral a toda la población con una orientación profiláctica cuyo objetivo es mejorar el estado de salud de la población, así como la prevención, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación (1-3).

El análisis de la situación de salud (ASS) junto a la dispensarización constituye las habilidades que más singularizan al médico familiar, y lo diferencian de las restantes especialidades vinculadas casi exclusivamente con la biomedicina y la clínica. Su desempeño, enmarcado en el ámbito comunitario, se orienta de manera directa a los problemas de salud que allí prevalecen, y para ello el análisis de la situación de salud emerge como una valiosa y útil herramienta. La complejidad y la tendencia abarcadora del análisis precisan aclaraciones sobre sus fundamentos teóricos, evolución histórica, propuestas metodológicas y enfoques vigentes para la medicina familiar, aunque su aporte no ha sido reconocido en toda su dimensión, cuando sin dudas es el eje conductor de las corrientes y tendencias que pretenden explicar el comportamiento de la enfermedad y la muerte en cualquier época (4-5).

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 y enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS, que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, perspectivamente con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta.

El ASS representa un instrumento científico metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios (6).

Es el producto de la interacción de los diferentes actores sociales en el proceso integral, activo y dinámico que describe y analiza la situación de salud, de una comunidad, centro laboral, escolar, se identifican, priorizan sus problemas y de esta forma se define las estrategias de intervención con el objetivo de mejorar su estado de salud (7-8).

El presente trabajo se propone realizar el análisis de la situación de salud del Consultorio No. 32 perteneciente al Policlínico Universitario Área Norte, del municipio de Ciego de Ávila, con el objetivo de identificar los principales problemas e intervenir con la participación comunitaria en la búsqueda de soluciones para los mismos.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, se investigaron 35 núcleos familiares de un total de 1850 habitantes que representan una población de 452 viviendas pertenecientes al consultorio No. 32 del policlínico Norte, del municipio de Ciego de Ávila, en el período de tiempo comprendido entre mayo y junio de 2012. Las variables estudiadas fueron la dispensarización por grupos etáreos, sexo y factores de riesgo, la escolaridad, ocupación, profesión, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la funcionabilidad de las familias y los problemas biológicos, psíquicos y sociales que presenta la población objeto de estudio. Para la recolección de los datos se utilizó la guía para el análisis de la situación de salud de la comunidad, establecida por el Departamento de Salud Pública. Se aplicó el método estadístico mediante cálculos matemáticos, así como el método clínico-epidemiológico. Los resultados se muestran en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

## **DATOS GENERALES DEL CONSULTORIO**

El Consultorio No. 32 se encuentra ubicado en calle Chicho Torres entre Maceo y Honorato del Castillo, perteneciente al Policlínico Norte y al Consejo Popular Centro del Pueblo, donde se atiende una población total de 1850 habitantes distribuidos en C.D.R, de ellos 861 son masculinos y 989 femeninas, con un total de 452 viviendas.

### **Límites:**

**Norte:** con la calle Estrada.

**Sur:** con la calle Eduardo Mármol.

**Este:** con la calle Abraham Delgado.

**Oeste:** con la calle Maceo.

En este consultorio labora una Especialista de Medicina General Integral, una Interna, una Licenciada y Asistente de Enfermería, además del equipo básico de trabajo compuesto por una Pediatra, Ginecólogo, Especialista en Medicina Interna, Trabajador Social, Psicóloga de la Salud, Estomatólogo, Técnico de Higiene, los cuales asisten al consultorio a realizar distintas actividades de prevención y atención en salud.

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Como se puede apreciar en la Tabla No. 1 el grupo etáreo de mayor predominio es de 35- 39 años y 40- 44 años y a su vez hay mayor número de mujeres que de hombres. Por ser un grupo relativamente joven se debe insistir en la realización de actividades encaminadas a la promoción y prevención de salud referidas a combatir los hábitos tóxicos (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, alcoholismo, malos hábitos higiénicos, dietéticos, etc.) y en la población femenina el diagnóstico precoz de enfermedades como el cáncer cérvico uterino y de mama. De aquí se desprende la profilaxis de las mismas a través de acciones educativas como la realización sistemática del auto-exámen de mama y de la realización de la prueba citológica; tener en cuenta además la profilaxis y control adecuada de las posibles enfermedades de transmisión sexual

también frecuentes en estas edades. Los ejercicios físicos y la recreación deben ser incluidos en el plan de trabajo para combatir el stress que domina a este grupo etáreo (9).

La Tabla No. 2 representa la distribución de la población según el nivel escolar, donde prevalece el grupo de enseñanza media superior (Pre-universitario) con un 38.39 % esto guarda relación con el alto grado de escolarización que ha alcanzado el país después del triunfo revolucionario, según estudios realizados, existe un predominio del nivel preuniversitario lo que corrobora lo dicho anteriormente, el segundo lugar lo ocuparon los universitarios con un 18.16 %. Con respecto a los pacientes analfabetos representados por un 0.11 % corresponde a personas de edad avanzada que ya lo eran antes de 1959 y que después estuvieron vinculados a la campaña de alfabetización, pero no pudieron continuar sus estudios por motivos personales.

La Tabla No. 3 muestra la distribución de la población según su ocupación. El sector profesional está representado por un 54.1 %, lo cual guarda estrecha relación con los indicadores municipales que muestran el alto nivel de escolaridad alcanzado por la población (10), aunque se encuentran disminuidos a un 9.76%, pues una parte de ellos están jubilados; le siguen las amas de casa con un 20.75 % y los estudiantes con un 13.24 %, lo cual concuerda con los grupos etáreos más ampliamente representados (35-39 años), a los que la Revolución les ha dado la posibilidad de integrarse a los planes de superación integral, es necesario recordar que años atrás este grupo etáreo era el de mayor incidencia en la desvinculación del trabajo y el estudio, y esta realidad constituye un logro del país.

La Tabla No. 4 hace referencia a los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles que fueron identificados en la población en estudio, donde el hábito de fumar alcanzó el primer lugar con un 38.87 %, cifra que concuerda con la bibliografía revisada (11), constituye el responsable de las enfermedades más frecuentes en el país; el segundo lugar lo ocupó el riesgo de accidentes con un 24.47 % y el sedentarismo con un 16.54 %, lo cual llama la atención, pues no solo son los pacientes de la tercera edad, pues se plantea una incidencia elevada en el grupo etáreo comprendido entre los 35 a 39 años.

En la Tabla No. 5 se muestra la distribución de la población según el grupo dispensarial donde se expresa que el mayor porcentaje de la población dispensarizada es el grupo III con un 41.14 % que representa a los enfermos. Se encuentra en segundo lugar el grupo dispensarial II con un 40.43 % lo que indica que un gran número de la población está expuesta a algún factor de riesgo, lo cual se debe a que en esta comunidad existe un predominio de adultos, al ser este grupo donde se ve con más frecuencia los factores de riesgo y las enfermedades, fundamentalmente crónicas (12).

La Tabla No. 6 muestra la distribución de la población en estudio, según las enfermedades crónicas no transmisibles. En este aspecto se comprueba una prevalencia de la Hipertensión Arterial con un 44.28 %, seguida el asma bronquial con un 25.13 %, lo que se constata con la bibliografía revisada (13).

Al analizar los resultados obtenidos se constata que los problemas de salud presentes en la población del consultorio No. 32 del médico de la familia, del Policlínico Norte son:

1. Elevada prevalencia de la HTA.
2. Elevada prevalencia del asma bronquial.
3. Alto por ciento de individuos fumadores.
4. Presencia de un alto porcentaje de sedentarismo.
5. Alto índice de vectores.
6. Dificultad en la recogida y almacenamiento de los desechos sólidos.
7. Dificultad en el pesquisaje de cáncer de próstata.
8. Alto porcentaje de riesgo de accidente.

Se realizaron encuestas a la población y los resultados fueron satisfactorios, solamente se demostró inquietud por el elevado índice de vectores e inestabilidad en la recogida de desechos sólidos (necesidades sentidas).

Después de realizar la priorización mediante el método de ranqueo se detectó que los principales problemas son:

1. Elevada prevalencia de la HTA.
2. Elevada prevalencia del asma bronquial.
3. Alto porcentaje de individuos fumadores.
4. Presencia de un alto porcentaje de sedentarismo.

## **CONCLUSIONES**

1. Se arribó a la conclusión de que en esta población existe un predominio del sexo femenino y el grupo etáreo de mayor predominio es de 35 a 49 años de edad.
2. El nivel de escolaridad predominante es el pre-universitario y a continuación le sigue el universitario.
3. La ocupación más representada fue la de trabajadores, seguido por las amas de casa.
4. Los factores de riesgo que más incidieron en esta población fueron el hábito de fumar y el sedentarismo.
5. El grupo dispensarial con mayor incidencia fue el III, seguido por el II, que incluían los grupos de riesgo y enfermos, respectivamente.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles más identificadas fueron en orden de incidencia la hipertensión arterial y el asma bronquial.

## **RECOMENDACIONES**

1. Perfeccionar cada vez más la elaboración del Análisis de la Situación de Salud.
2. Ser partícipes de la colaboración entre el médico y las organizaciones políticas, de masas y gubernamentales.
3. Lograr la empatía necesaria entre el médico y su comunidad, un valor de gran importancia para lograr cambios en el modo y estilo de vida de la población.
4. Aumentar el número de actividades de promoción y prevención de salud para mejorar cada vez más los indicadores de salud de la población.

## **ABSTRACT**

An observational cross-sectional descriptive study was carried out to identify the population health status from the doctor's office from North Polyclinic of Ciego de Avila city, from May to June 2012. The universe was constituted by 452 family households and 35 of them were selected for the sample, composed of 1850 inhabitants. There was a predominance of females, for a 53.46% and 38.39% of the population that has a higher average level of education. The workers were the most represented with 54.01%. The entire study population is dispensary group III being the most significant with 41.14%. The predominant risk factor was smoking, chronic non-communicable disease incidence was high blood pressure and most families were functional.

**Keywords:** STATE OF HEALTH, FAMILY DOCTOR.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Álvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas; 2001.
2. García Nápoles JE, Alvarez Sintes R, Santiesteban Zaldívar D, Marina García R. Manual para el médico y la enfermera de la familia. La Habana: AGCD; 2000.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. La Salud Pública en Cuba. Hechos y cifras. La Habana: MINSAP; 2006.
4. Rodríguez A, Rodríguez R. Programa Nacional de Asma Bronquial. La Habana: MINSAP; 1998.
5. Pría Barros MC. Análisis de la situación de salud en áreas pequeñas. En: Martínez Calvo S, Caraballosa Hernández M, Astraín Rodríguez ME, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Arocha Mariño C, et al. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
6. Taucher E. La mortalidad por enfermedades transmisibles: se ve y no se ve. Bol Epidemiol. 1992; 13 (2):1-9.

7. Astraín Rodríguez ME. Indicador mortalidad. En: Martínez Calvo S, Caraballoso Hernández M, Astraín Rodríguez ME, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Arocha Mariño C, et al. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2009. La Habana: MINSAP; 2010.
9. Horowitz N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol OPS. 1985; 98(2): 37-49.
10. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud. En: Gerencia en salud. Selección de temas. Centro de perfeccionamiento gerencial. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 1998.
11. Rigol Ricardo O. Medicina General Integral. La Habana: Pueblo y Educación; 1996.
12. Louro Bernal I. Manual para la intervención en la salud familiar. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Medicos y Estadísticas de Salud. Series de tiempo de mortalidad. La Habana: MINSAP; 2008.

## ANEXOS

Tabla No. 1. Composición de la población. Distribución según grupo de edad y sexo.

Edades	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%
0-4	41	4.76	30	3.03	71	3.84
5-9	57	6.62	63	6.37	120	6.49
10-14	46	5.34	56	5.66	102	5.51
15-19	54	6.27	70	7.08	124	6.70
20-24	63	7.32	79	7.99	142	7.68
25-29	49	5.69	59	5.97	108	5.84
30-34	69	8.01	58	5.86	127	6.86
35-39	89	10.34	93	9.40	182	9.84
40-44	73	8.48	99	10.01	172	9.30
45-49	66	7.67	66	6.67	132	7.14
50-54	58	6.74	48	4.85	106	5.73
55-59	37	4.30	54	5.46	91	4.92
60-64	40	4.65	58	5.86	98	5.30
65-69	35	4.07	49	4.95	84	4.54
70-74	33	3.83	39	3.94	72	3.89
75 y más	51	5.92	68	6.88	119	6.43
TOTAL	861	100	989	100	1850	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Distribución de la población según nivel escolar.

Nivel escolar vencido	No.	%
Primaria sin terminar	74	6.37
Primaria terminada	150	8.43
Secundaria básica	362	20.35
Pre- universitario	683	38.39
Técnico medio	135	7.59
Universitarios	323	18.16
Analfabeto	2	0.11
Total	1779	100

Nota: Se excluyeron 71 niños de 0 a 4 años de edad.

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3. Distribución de la población según su ocupación

Ocupación	No.	%
Ama de casa	323	20.75
Estudiante	206	13.24
Trabajadores	841	54.01
Jubilados	152	9.76
Recluso	10	0.64
Desocupados	5	0.32
Pensionados	20	1.28
Total	1557	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 4. Distribución de la población según Factores de riesgo de enfermedades no trasmisibles (ENT).

Factores de Riesgo	No.	%
Hábito de fumar	618	38.87
Sedentarismo	263	16.54
Alcoholismo	4	0.25
Riesgo de leptospirosis	191	12.01
Riesgo de accidentes	389	24.47
RPC controlados	108	6.80
RPC no controlados	17	1.06
Total	1590	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 5. Distribución de la población según grupos dispensariales.

Grupo dispensarial	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%
I- Supuestamente sano	164	18.53	162	16.79	618	17.62
II- Con riesgo	328	37.06	420	43.52	761	40.43
III- Enfermo	358	43.17	403	39.28	748	41.14
IV- Con secuelas	11	1.24	4	0.41	15	0.81
Total	861	100	989	100	1850	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 6. Enfermedades crónicas no trasmisibles. (ECNT)

ECNT	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%
HTA	122	36.97	211	50.00	333	44.28
Cardiopatía isquémica	21	6.36	26	6.16	47	6.25
AB	97	29.39	92	21.80	189	25.13
DM	28	8.48	39	9.24	67	8.91
Epilepsia	9	2.73	5	1.18	14	1.86
Esquizofrenia	2	0.61	3	0.71	5	0.66
Neoplasias	4	1.22	9	2.13	13	1.73
AVE	1	0.30	2	0.47	3	0.40
EPOC	2	0.61	1	0.25	3	0.40

Obesidad	16	4.85	10	2.37	26	3.46
Otros	28	8.48	24	5.69	52	6.92
Total	330	100	422	100	752	100

Fuente: Encuesta

### **MÉTODO DE RANQUEO.**

No.	Problema	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Total
1	Presencia de un alto porcentaje de sedentarismo.	2	1	1	2	1	1	2	1	1	12
2	Alto índice de Vectores.	2	1	1	1	1	2	1	0	1	10
3	Elevada prevalencia de la HTA.	2	2	2	2	2	1	1	1	2	15
4	Dificultades en el almacenamiento y disposición final de desechos sólidos.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
5	Elevada prevalencia del Asma Bronquial.	2	2	1	2	1	1	2	1	2	14
6	Alto porcentaje de individuos fumadores.	2	2	1	2	1	1	2	1	2	14
7	Dificultad en el pesquisaje de cáncer de próstata.	2	2	1	1	0	1	1	1	1	10
8	Alto porcentaje de riesgo de accidente.	1	1	1	1	0	1	1	0	1	7

### **ESQUEMA DE VALORES PARA ESTABLECER PRIORIDADES**

VARIABLE	DOS PUNTOS	UN PUNTO	CERO PUNTO
A: Frecuencia	Muy frecuente	Menos frecuente	Poco frecuente
B: Magnitud del problema	Grave	Menos grave	Poco grave
C: Características de las soluciones.	No solucionable	Poco solucionable	Solucionable
D: Tendencia	A aumentar	Estable	A disminuir
E: Posibilidad de incidir en el problema	Difícil	Moderada	Fácil
F: Posición del que incide en el problema	Alta incidencia	Poca incidencia	Nula incidencia
G: Facilidad para registrar evento	Fácil registro	Difícil registro	Muy difícil registro
H: Disponibilidad de recurso	No disponible	Poco disponible	Muy disponible
I: Accesibilidad al lugar del problema	Fácil	Difícil	No accesible

### **PLAN DE ACCIÓN**

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Elevado número de enfermedades crónicas no trasmisibles (HTA, Asma Bronquial)	Controlar las enfermedades crónicas no trasmisibles. Trabajar sobre los factores de riesgo.	Charlas educativas. Seguimiento estricto de estos pacientes.	Local para charlas. Esfigmo y estetoscopio.
Aumento del hábito de fumar	Disminuir el hábito de fumar en un 50 % en la población en un periodo de 1 año.	Charlas educativas. Formación de clubes de NO FUMAR.	Papeles Plumones Videos TV.
Alta incidencia de sedentarismo	Modificar estilos de vida.	Coordinación con el INDER.	Local para charlas.

### **PLAN DE EJECUCIÓN**

OBJETIVO	MODO DE RESOLVER	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS
Control de las enfermedades crónicas no trasmisibles y sus factores de riesgo	Realizar consultas de seguimiento. Educar a la población	Médico y Enfermera	Anual Permanente	Esfigmo y estetoscopio.
Disminuir Hábito de fumar	Educación para la salud	Médico y Enfermera	Permanente	Pancartas Videos
Disminuir el sedentarismo	Educación para la salud. Integración a clubes de obesos	Médico y Enfermera Pacientes	Permanente	