

*Artículo Original***ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE LA CALI, SANTA ANA, FRANCISCO MORAZÁN****Health situation analysis in the community of La Cali, Santa Ana, Francisco Morazán.**

Selvin Z. Reyes García¹, Lysien I. Zambrano¹, Carlos R. Sánchez², Carol G. Sevilla³, Eduardo Sierra⁴, Julio Alberto Colindres⁵, Wilfredo Domínguez Medina⁶, Idelaidys Pérez Herrera⁷.

RESUMEN

Objetivo: analizar la situación de salud de la comunidad de La Cali, Francisco Morazán e identificar posibles problemas de salud, los cuales permitan posteriormente diseñar un plan de acción e intervenir en algunos de los problemas identificados. **Material y Métodos:** tipo de estudio observacional descriptivo transversal. Universo y muestra 707 personas. La información obtenida mediante entrevista dirigida la cual evaluó componentes y determinantes de salud. **Resultados:** fueron visitadas 152 casas, encontrándose una población total de 707 personas. La distribución de la población según sexo; masculino 365(51.6%) y femenino 342(48.4%). Según grupos dispensariados se encontró para el Grupo I, 411 (58.1%), Grupo II, 131 (18.5%), Grupo III, 153 (21.6%) y Grupo IV, 12(1.7%) personas. Se identificó como enfermedad más frecuente la hipertensión arterial 39(5.5%). Se encontró asociación estadística de grupos dispensariados con sexo ($\chi^2=38.4$, 3; $p<0.001$) y edad ($\chi^2=180$, 39; $p<0.001$). Los grupos II, III y IV mostraron asociación con el sexo femenino, ser ama de casa y escolaridad primaria. El principal factor de riesgo identificado fue el tabaquismo 18(2.5%). **Conclusión:** la comunidad de La Cali posee una importante población en los grupos

dispensariados II y III, identificando como factores de riesgo para estar en estas categorías, el bajo nivel educativo, mal manejo de aguas residuales, basura y heces fecales, así como consumo de tabaco y alcohol.

Palabras claves: Atención primaria de salud, medicina comunitaria, diagnóstico de la situación de salud, Honduras.

ABSTRACT

Objective: To perform health situation analysis of the community of La Cali, Francisco Morazán and identify potential health problems, which can subsequently be used for design an action plan, and to intervene in those identified problems. **Material and Methods:** Descriptive observational study type cross. Universe and sample were 707 people. Information obtained through direct interviews, which assessed components and determinants of health. **Results:** There were 152 households visited, being a total population of 707 people. According to sex distribution, were found 365 (51.6%) males. Regarding dispensaries groups, was found for Group I, 411 (58.1%), Group II 131 (18.5%), Group III 153 (21.6%) and Group IV 12 (1.7%) persons. Was identified as the most frequent disease Hypertension 39 (5.5%). Dispensary statistical association was found with sex groups ($\chi^2 = 38.4$, 3; $p < 0.001$) and age ($\chi^2 = 180.0$, 39; $p < 0.001$). Groups II, III and IV were associated with female gender, being a housewife, and a primary school. The main risk factor identified was smoking 18 (2.5%) **Conclusion:** The community of La Cali has an important population into dispensaries groups II and III, were identified as risk factors for being in these categories, low education, poor management sewage, garbage and feces, as well as consumption of smoke and alcohol.

1 Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

2 Médico Especialista en Ortopedia y traumatología, Hospital Escuela Universitario.

3 Ministerio Público, Medicina Forense.

4 Residente Post-Grado de Cirugía General, Hospital Escuela Universitario.

5 Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

6 Director del Centro Universitario Regional del Litoral Pacífico (CURLP), Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

7 Brigada Medico Cubana en Honduras.

Key words: Primary health care, community Medicine, diagnosis of health situation, Honduras.

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud (ASS) es un proceso analítico sintético que debería incorporarse en la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS), este surge como respuesta a una visión de salud pública que reclama: complejidad, integralidad, eficacia y con participación de todos los actores sociales en la gestión de los problemas que afectan la salud de la población, es decir, el ASS es el resultado de la propia práctica de actuación en salud y, además de la decisión de concebir la realidad cotidiana de la comunidad. Bajo esta concepción a cada problema de salud-enfermedad corresponde un conjunto diverso de dimensiones y factores que mediatizan su expresión.^(1,2)

El procedimiento básico del ASS es intentar apropiarse de elementos trazadores de las condiciones materiales de vida de los pobladores y por esa vía, discernir la existencia o no de factores que potencian los riesgos de exposición a ciertas enfermedades. El ASS es una herramienta que confiere un peso explicativo preponderante a las condiciones materiales de vida de las personas, busca o trata de identificar las “envolturas” sociales de la enfermedad en los ámbitos concretos de vida de las personas.⁽³⁾

Este tipo de análisis implica el reconocimiento de distintas fuentes de información, que puedan dar cuenta de variados aspectos, tales como socio-demográficos: Describe la estructura y dinámica de las poblaciones que se relacionan con cambios en los perfiles de salud-enfermedad como edad, sexo, fecundidad, mortalidad, esperanza de vida, distribución de espacios urbanos, metrópolis, asentamientos relegados; estructura y función familiar, migraciones internas y externas. Incluye además Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con información sobre educación, accesibilidad al saneamiento ambiental, agua, ocupación, inequidades en salud y las condiciones de vulnerabilidad; recursos y servicios: que resumirá los datos de aquellos recursos que posibilitan la respuesta ante el daño en salud.⁽⁴⁾

Por la experiencia de los equipos de salud regionales y de área, se ha demostrado que la agrupación y reagrupación de los diferentes espacios-población

conforme a indicadores de condiciones de vida, constituye una oportunidad valiosa para identificar comunidades en situación de riesgo.⁽³⁾

El ASS propone un abordaje de la salud que contempla la interrelación de las dimensiones ecológicas, subjetivas, socioculturales y económicas, así como la distribución desigual de los problemas de salud, entendiendo que estas desigualdades devienen de procesos con múltiples orígenes y condicionantes, susceptibles de ser modificados para la reducción de las brechas entre los diferentes grupos poblacionales. Forma parte de los objetivos del ASS identificar estos condicionantes o determinantes de la salud que inciden en los orígenes y la continuidad de las inequidades⁽⁵⁾ esto permite contar con un método que logre establecer el diagnóstico rápido de la situación epidemiológica, que documente aspectos relevantes de condiciones de vida/salud y al mismo tiempo sea lo suficientemente sensible y sencillo para ser utilizado periódicamente.⁽⁶⁾

La discapacidad, se ha evidenciado que es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y de alta vulnerabilidad en la población general y se vislumbra como uno de los principales problemas del futuro al cual se le ha estado dando cada vez mayor atención.⁽⁷⁾ La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, la define como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación; se trata de una situación compleja y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.⁽⁸⁾ El proceso de dispensarización, fue concebido originalmente en la antigua Unión Soviética como un método progresista que comprendía un conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud y la capacidad de trabajo de la población. En la actualidad concebimos la dispensarización como un proceso coordinado y gerenciado por el equipo básico de salud. Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.⁽⁷⁾ Lo anterior podría fortalecer la estrategia de APS implementada en la mayoría de países de Latinoamérica, que ha demostrado ser de gran impacto para el mejoramiento de la atención de la salud de la población, especialmente cuando sus acciones son

apoyadas en la participación comunitaria.⁽⁹⁾ El objetivo del presente trabajo fue realizar un ASS de la comunidad de La Cali e identificar posibles problemas de salud los cuales permitan posteriormente diseñar un plan de acción e intervenir en algunos de los problemas identificados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: observacional descriptivo transversal con enfoque de investigación aplicada en la comunidad de La Cali, Municipio de Santa Ana, Departamento de Francisco Morazán.

Universo y muestra: 707 personas de la comunidad de La Cali. Se utilizó un sistema de muestreo intencionado no probabilístico, visitando casa por casa.

Unidad de análisis: habitantes de la Comunidad de La Cali de cada una de las casas que lo comprenden.

Se realizó una entrevista dirigida, con una encuesta que constaba de 20 preguntas, las cuales evaluaron los componentes y determinantes de la salud; instrumento compuesto por 4 apartados: datos generales, antecedentes personales patológicos, factores de riesgo y grupos dispensariados. La clasificación por categorías dispensariales se definieron como: **Grupo I.** Aparentemente sano: personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio. **Grupo II.** Con riesgo: personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal, que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o largo plazo. Hábitos tóxicos como el tabaquismo, sedentarismo, consumo anormal de bebidas alcohólicas, uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, riesgos sociales de infecciones de transmisión sexual e intento suicida. **Grupo III.** Enfermo: todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten en su vida. Incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no como: Hipertensión Arterial (HTA), cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, asma bronquial, epilepsia, nefropatías crónicas y muchas otras. **Grupo IV.** Con deficiencia, incapacidad o secuela: alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas.

En la visita casa a casa se informó de la actividad y la participación fue voluntaria en cada una de ellas, se usó consentimiento informado autorizado por escrito por cada uno de los encuestados.

La tabulación de los datos obtenidos se registraron en Microsoft Office Excel 2013® se realizó análisis univariado, bivariado y de correspondencia múltiple en SPSS versión 20® y Graphpad Prism 6®.

RESULTADOS

Fueron visitadas 152 casas, con una población total de 707 personas. Según sexo se encontró una distribución para masculinos de 365(51.6%) y femenino 342(48.4%), para la edad se observó una población predominante joven 435(61.6%) < de 30 años (Cuadro N° 1), según grupos dispensariados se encontró para Grupo I, 411 (58.1%), Grupo II, 131(18.5%), Grupo III, 153(21.6%) y Grupo IV, 12(1.7%) personas.

Sobre la escolaridad, se encontró personas que al momento del estudio, estaban cursando algún grado de escolaridad, fue a estos que se les agrupó en la categoría de “sin terminar”. El grado de escolaridad más frecuente fue primaria terminada con 179(25.3%). Las ocupaciones más frecuentes fueron agricultor con 265(37.5%), seguido de ama de casa 144(20.4%). (Cuadro N°1)

Cuadro N° 1. Aspectos sociodemográficos de los habitantes de La Cali.

Aspecto Demográficos	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
10-14 años	81	11.5
15-19 años	81	11.5
5-9 años	80	11.3
20-24 años	68	9.6
25-29 años	68	9.6
≥ 60 años	63	8.9
35-39 años	56	7.9
1-4 años	50	7.1
40-44 años	44	6.2
30-34 años	42	5.9
45-49 años	33	4.7
50-54 años	22	3.1
55-59 años	12	1.7
0-11 meses	7	1.0

Escolaridad		
Primaria terminada	179	25.3
Primaria incompleta	112	15.8
Primaria sin terminar	105	14.9
Secundaria sin terminar	79	11.2
Circulo infantil	51	7.2
Secundaria incompleta	51	7.2
Analfabeta	46	6.5
Secundaria terminada	44	6.2
Pre-escolar	23	3.3
Universitario	14	2.0
Educación no formal	3	0.4
Ocupación		
Agricultor	265	37.5
Ama de casa	144	20.4
Desempleado	24	3.4
Estudiante	196	27.7
Jubilado	3	0.4
Ninguna	75	10.6

Se identificaron como enfermedades más frecuentes la hipertensión arterial 39(5.5%), enfermedades dermatológicas 17(2.4%), asma 16(2.3%). El principal factor de riesgo identificado fue tabaquismo 18(2.5%). (Cuadro N° 2)

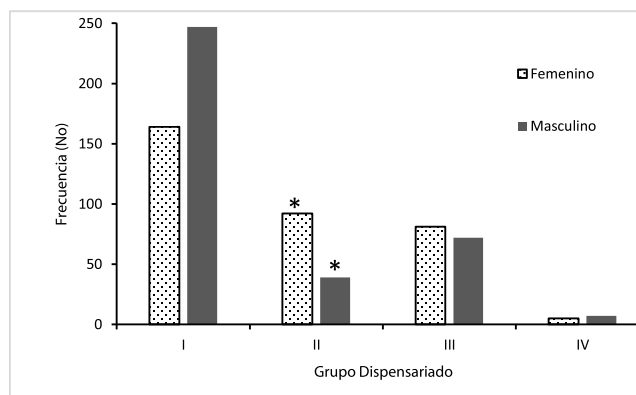
Cuadro N° 2. Distribución de Enfermedades y factores de salud en los habitantes de La Cali.

Aspecto	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades		
Hipertensión arterial	39	5.5
Enfermedades dermatológicas	17	2.4
Asma	16	2.3
Artritis	11	1.6
Enfermedad ácido péptica	11	1.6
Enfermedades mentales	11	1.6
Obesidad	9	1.3
Discapacidades 8 1.1		
Diabetes Mellitus	4	0.6
Parasitismo	4	0.6
Evento cerebro vascular	2	0.3
Cardiopatía isquémica	2	0.3

Cáncer	1	0.1
Factores		
Tabaquismo	18	2.5
Alcoholismo	8	1.1
Riesgo suicida	5	0.7
Sedentarismo	1	0.1
Ninguna	540	76.3

La media de las personas por vivienda fue 4.65 ± 2.0 , la presencia de hombres fue 2.4 ± 1.3 por hogar, de mujeres 2.2 ± 1.4 , personas identificadas en el Grupo Dispensariado I, 2.7 ± 1.8 , Grupo Dispensariado II, 0.9 ± 1.0 , Grupo Dispensariado III, 1.0 ± 0.9 y Grupo Dispensariado IV, 0.1 ± 0.3 . La prueba de χ^2 mostró asociación estadística de grupos dispensariados con sexo ($\chi^2=38.4$, 3; $p<0.001$) y edad ($\chi^2=180.0$, 39; $p<0.001$). Comparando el análisis por prueba estadística ajustada, la asociación entre los grupos dispensariados I y II para ambos sexos, resultó el sexo masculino en el grupo I la mayor frecuencia con 247(67,7%). (Gráfico N° 1)

Gráfico No. 1. Distribución de grupos dispensariados según sexo en los habitantes de La Cali.

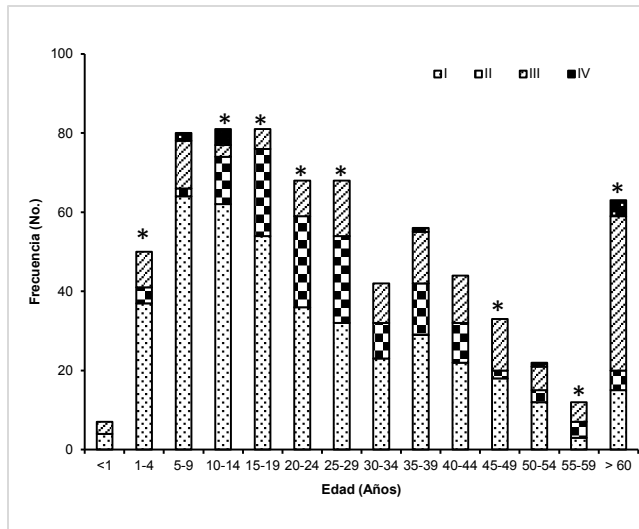


La segunda asociación estadística de acuerdo a los rangos de edad estudiados, se encontró que los grupos de mayor frecuencia fueron de 5-9 años 80(11.3%), 10-14 años 81 (11.5%) y 15-19 años 80(11.3%). (Gráfico N° 2)

Las características de las viviendas fue establecida cualitativamente, se encontró: condición buena 50(32.9%), mala 30 (19.7%) y regular 72(47.4%). La disposición de agua residuales era drenada al medio ambiente en 148(97.4%) casas y a pozo séptico en 4(2.6%).

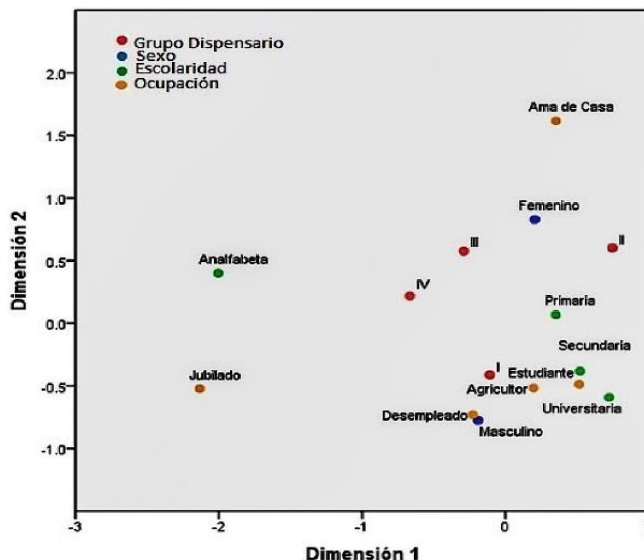
En relación a riesgos en la comunidad se encontró que 39(25.7%) tienen riesgo de sufrir accidentes y 113(74.3%) no lo tienen. Fueron identificados problemas biológicos en 84(55.3%) casas, problemas ambientales en 103(67.8%) y problemas sociales en 41(27.0%) hogares.

Gráfico No. 2. Distribución de grupos dispensariados según edad en los habitantes de La Cali.



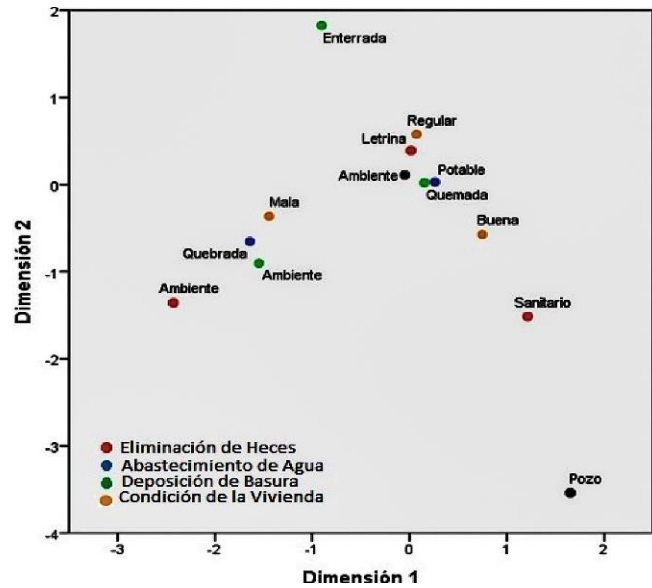
Al realizar el Análisis de Correspondencia (ANACOR), se observó que el grupo dispensariado I presentaba asociación con el sexo masculino, escolaridades secundaria y universitaria, así mismo con las ocupaciones desempleados y agricultores. Los grupos II, III y IV mostraron asociación con el sexo femenino, ser ama de casa con una escolaridad de primaria. (Gráfico N° 3).

Gráfico No 3. Perfil de la población de La Cali, según grupo de dispensarización.



Al realizar el análisis de las casas, se diseñó el perfil de las viviendas con condiciones de infraestructura buena, estaba asociado a usar servicio sanitario, agua potable, quemar la basura, para aquellas con condiciones regulares presentaron asociación con uso de letrina y deposición de aguas residuales al medio ambiente. Las casas en condiciones malas mostraron eliminación de heces y basura al medio ambiente, el abastecimiento del agua de quebrada. (Gráfico N° 4)

Gráfico No 4. Perfil de las casas de la comunidad de La Cali.



DISCUSIÓN

Mediante el presente estudio se realizó un Análisis de Situación de Salud (ASS) de una comunidad rural del Departamento de Francisco Morazán, este tipo de investigación permitió caracterizar de manera general la población de La Cali, así como identificar las condiciones en que viven, lo cual se traduce en el área de salud pública, en una herramienta de mucho valor que puede ser usada para prevenir y orientar acciones concretas en esta zona, mejorar el estado de salud de estos habitantes, así mismo permitirá la planificación de actividades encaminadas a mejorar estas condiciones que se identificaron como posibles factores de riesgo, radica aquí la importancia de la realización de un ASS⁽⁹⁾, tal como ha sido optado por muchos países logrando disminución de aspectos de morbilidad en las poblaciones donde se ha realizado este tipo de investigación.

Este estudio reveló al analizar el aspecto de dispensarización de la población, que 196(27,7%) personas se encontraron en el grupo III (enfermos) y 131(18.5%) en el grupo II (en riesgo), esto es un hecho que debe ser un punto de mayor investigación, ya que un importante porcentaje de estos habitantes están cursando con algún tipo de enfermedad y existe la posibilidad que los habitantes identificados en el grupo con riesgo, de no tomar las medidas adecuadas puedan pasar al grupo III, es aquí donde deben ser focalizadas medidas efectivas de salud pública con énfasis en prevención y educación en salud de las enfermedades que afectan a esa población.⁽¹⁰⁾

Estos hallazgos pueden ser explicados por múltiples aspectos, sobre todo por las malas prácticas en manejo de aguas residuales, basura, materias fecales, abastecimiento de agua, ya que significantes números de casas poseen este tipo de prácticas, tal y como lo evidenció el ANACOR, donde aquellas casas en condiciones regulares y malas se caracterizaban por este mal manejo de desechos, lo que conllevará a la presencia de factores de riesgo y al consecuente desarrollo de enfermedades.⁽¹⁾

Otro aspecto que podría explicar la presencia de estos factores de riesgo en la población es la inequidad en salud, la cual es el resultado de la exposición a factores de riesgo asociados con condiciones de vida, del control sobre su exposición, del acceso a los servicios de salud y de la oportunidad para participar en las decisiones con respecto a la gestión de esos servicios.⁽¹⁾

Al analizar el perfil de la población según grupos dispensariados fue observado que el sexo femenino estaba más asociado a los grupos II, III y IV, siendo una posible causa de ello su actividad ocupacional, que en esta comunidad fue predominante ama de casa, con ello tienen alta exposición a estos factores de riesgo biológico-ambientales. Es importante mencionar que en el análisis de asociación fue estadísticamente significativa para los grupos I y II, siendo mayor la frecuencia para el sexo femenino.

Según la edad, la población estudiada se caracterizó por ser joven con mayor frecuencia, con una edad menor de 30 años (61.6%), la mayoría de ellos se encontraban en el grupo I, sin embargo es un grupo de población en riesgo, siendo un problema que puede servir de investigación para la adecuada identificación de las

medidas preventivas correspondientes.⁽¹¹⁾ El grupo adulto mayor tuvo una representación significativa y a su vez predominó el grupo dispensariado III, siendo identificado como la enfermedad más frecuente HTA.

Como factores de riesgo en estos habitantes fue identificado el tabaquismo y alcoholismo, factores que son modificables que una vez sean adecuadamente abordados disminuirían el posible desarrollo de enfermedades.^(12,13) Otro factor fue el riesgo suicida, con ello se identifica que el componente de salud mental debe también ser importante y considerado en el abordaje de prevención en las comunidades.⁽¹⁴⁾

Otro factor identificado en la población fue el bajo grado de escolaridad alcanzado por estos habitantes, y es más frecuente el nivel de primaria, el cual es similar al grado de escolaridad a nivel nacional en Honduras⁽¹⁵⁾; esto es un hecho que debe ser para las autoridades y los encargados de las políticas públicas, uno de sus ejes principales para la reducción de las brechas sanitarias y económicas de estas comunidades,⁽¹⁾ este hecho fue evidenciado en el estudio al presentar asociación con los grupos II, III y IV en los perfiles de la población.

Es importante mencionar que el presente estudio se vio limitado por no poder realizar una evaluación integral con pruebas de laboratorio y gabinete, así como evaluación psicológica de estos habitantes, lo cual brindaría mayor información sobre la identificación de más factores presentes en esta comunidad.

Conclusión: la comunidad de La Cali posee una importante población en los grupos dispensariados II y III, identificando como factores de riesgo para estar en estas categorías, el nivel educativo incompleto, mal manejo de aguas residuales, basura y materias fecales, así como consumo de tabaco y alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). 1999;20⁽³⁾.
2. Martínez S, Gómez H. Análisis de Situación de Salud. República de Cuba: Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.

3. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Aproximaciones para el Establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica de la discapacidad. Washington: OMS; 1997:207-10.
4. Solórzano JO, Carranza MT, Romero MG, Perdomo R. Análisis de situación de salud según condiciones de vida. Tegucigalpa: Secretaria de Salud; 2000.
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Análisis de situación de salud. [en Internet]. Buenos Aires: El ministerio; 2007. [Consultado 24 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/>.
6. Chuit R, Eiman-Grossi M, Lawrynowicz A, Verdejo G. Metodología para un análisis epidemiológico de salud. Argentina: sn; 1997
7. Batista-Moliner R, Gandul-Salabarría L, Díaz-González L. Sistema de vigilancia de salud a nivel de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):109-20.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Informe 2011. [en Internet]. 2011 [Consultado 24 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
9. Puentes-Vacca JS, Torres-Ruda YM. Atención Primaria en salud en Latinoamérica: Revisión Temática. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
10. Cabrera-Cruz N, Toledo-Fernández AM. Los Estudios de pesquisa activa en Cuba. Rev Cub Salud Pública. 2008;34(1):0.
11. Pardo C, Piñeros M. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2007. Biomédica. 2010;30:509-18.
12. Heredia H, Artmann E, López N, Useche J. Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: Experiencia en el nivel local en Venezuela. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(3):1887-98.
13. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Medicine. 2006;3(11):E442.
14. Día Mundial de la Salud Mental: Invertir en salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012; 32(113):205-6.
15. Honduras. Secretaría de Salud; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de demografía y salud 2011-2012. Tegucigalpa: Secretaria de Salud; 2013.