

Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana

Perception level on the health situation in a Popular Council of Centro Habana municipality

Irma Sosa Lorenzo^I; Armando Rodríguez Salvá^{II}; Irideysi Abreu González^{III}; Mayda Guerra Chang^{IV}; Pierre Lefevre^V; Pol De Vos^{VI}

^I Máster en Salud Pública y en APS. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana; Cuba.

^{II} Máster en Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Epidemiología. Especialista de I Grado en Administración de Salud. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana; Cuba.

^{III} Socióloga. Licenciada en Psicología. Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana; Cuba.

^{IV} Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Casa Comunitaria del Municipio Centro Habana. La Habana; Cuba.

^V Máster en Salud Pública. Investigador. Sociólogo. Doctor en Medicina. Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical. Antwerpen, Bélgica.

^{VI} Doctor en Ciencias. Especialista en Epidemiología. Profesor e Investigador. Instituto de Medicina Tropical. Antwerpen, Bélgica.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El análisis de la situación de salud es una actividad necesaria en la atención primaria de salud, cuyo propósito es 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, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.

OBJETIVO: Identificar la percepción sobre el análisis de la situación de salud en un Consejo Popular, para desarrollar un proyecto de planificación participativa en salud.

MÉTODOS: El estudio, efectuado en el año 2008, fue de tipo cualitativo y se aplicaron dos técnicas: la entrevista individual a profundidad a líderes formales de la comunidad (no pertenecientes al sector de la salud) y la realización de dos grupos focales (uno

con líderes formales del sector de la salud y otro con líderes informales de la comunidad). Se utilizó el Software Cualitativo NVivo 8 para codificar la información y realizar su análisis.

RESULTADOS: Los líderes formales tuvieron una percepción limitada del análisis. Los informales no tenían información total de lo que significaba y el personal de salud, aunque creía que era una herramienta indispensable y conocía el método, no realizaba un completo proceso de planificación, ni involucraba adecuadamente a la comunidad en este. La participación comunitaria se percibió solamente como colaborativa. No se implementan métodos participativos en esta comunidad que contribuyan a fortalecer la presencia intersectorial y de líderes comunitarios dentro del análisis de la situación de salud, a pesar de la cohesión, el trabajo permanente y conjunto entre los diferentes actores. Los líderes formales no representantes de salud y los líderes informales de la comunidad no perciben la necesidad de ser incluidos en este.

CONCLUSIÓN: En el análisis de la situación de salud deben participar todo tipo de líderes comunitarios.

Palabras clave: Atención primaria de salud, análisis de situación de salud, participación comunitaria, entrevista individual a profundidad, grupo focal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The analysis of the health situation is a necessary action in the health primary care, whose objective is to identify the socio-psychological, economic, historic, geographic, cultural and environmental characteristics with repercussion on population's health, as well as the health problems of subjects, the families, the groups and the community in general, to develop actions contributing to its solution.

OBJECTIVE: To identify the perception level on the analysis of health situation in a Popular Council to develop a participation planning project in health.

METHODS: A qualitative study was conducted on 2008 with the application of two techniques: the in depth individual interview to formal leaders of community (not pertaining to the health sector) and the creation of two focal groups (one including formal leaders of such sector and another with informal leaders of the same community). The NVivo 8 Qualitative Software was used codify the information ant to carry out the analysis.

RESULTS: The forma leaders had a limited perception of the analysis and the informal ones had not any total information about analysis and the health staff, although believed that it was a essential tool known for everybody, neither performed a complete process of planning not involved to appropriately community in it. The community participation was perceived only as something of cooperation. Participation methods are not implemented in this community, which may to contribute to strength the intersectorial and community leader's presence in the analysis of health situation, despite the cohesion, the continuous work among the different sectors. The formal non-representative leaders of health sector and the informal ones of the same community considered their participation in this project was not necessary.

CONCLUSION: The participation of community leaders in the analysis of the health situation is essential.

Key words: Primary health care, analysis of the health situation, community participation, in depth individual interview, focal group.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en la Atención Primaria de Salud (APS), que tiene como propósito 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, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.¹ Esta preocupación ha estado presente tanto en los niveles administrativos y de servicios como en la docencia, incluyendo el pregrado y el posgrado.² En Cuba se ha avanzado mucho en el ASIS, sobre todo después de la puesta en marcha, en 1984, del Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), pero aún existen deficiencias, comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación.^{2,3} Las deficiencias de mayor frecuencia son, entre otros: la falta de unidad de criterios en el proceso diagnóstico-análisis, la existencia de variadas guías que crean confusión, la falta de prioridad a los problemas y el no análisis de sus causas, la aplicación incorrecta del procedimiento de solución de problemas, etc. No existen dudas acerca de que el ASIS con enfoque poblacional se debe aplicar en todos los niveles del sistema de salud y en sus servicios de atención, ya que el análisis y la vigilancia de la situación de salud identifica los problemas 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.⁴ Existe conocimiento de la poca utilización del ASIS por los equipos de salud en la APS, así como de cierto rechazo a su realización como consecuencia quizás de la poca utilidad que se le atribuye y de la complejidad de su elaboración. Se percibe como una tarea impuesta que consume mucho tiempo, y que no resulta imprescindible para la práctica cotidiana en el consultorio.¹ En Cuba, según investigaciones realizadas, se ha encontrado que en el ASIS prevalece el enfoque descriptivo y se reduce o está ausente el nivel de síntesis, así como el enfoque epidemiológico; además, existe carencia de habilidades entre el personal de salud para lograr la participación de la comunidad.⁵ Consecuentemente, el propósito de este estudio fue identificar la percepción sobre el análisis de la situación de salud en un Consejo Popular, para desarrollar un proyecto de planificación participativa en salud.

MÉTODOS

El estudio de tipo cualitativo⁶⁻⁸ se realizó en el mes de enero de 2008. Se utilizaron dos técnicas: la entrevista individual a profundidad y el grupo focal. Se entrevistaron a once líderes formales de un Consejo Popular (presidente, coordinador de zona, dos coordinadores de CDR, una delegada de circunscripción, presidente del grupo de prevención de una circunscripción, jefa de zona de comunales, representante de materias primas, instructora de la Federación de Mujeres Cubanas, promotora cultural y representante de la microbrigada social) y además se realizaron dos grupos focales: uno con ocho representantes del sector de la salud (dos médicos de familia, tres enfermeros, una supervisora de enfermería, un jefe de grupo básico y un administrativo) y otro grupo focal con once líderes informales de la comunidad (cuatro amas de casa, cinco jubilados, una estudiante y una brigadista sanitaria). Los aspectos explorados fueron: información sobre el ASIS, información sobre el método para realizarlo, dificultades en su realización, rol de los actores y desarrollo de la participación comunitaria. La información de las entrevistas y los grupos focales se codificó y se interpretó con el Software Cualitativo NVivo versión 8.⁹ La percepción fue

tomada en cuenta en este trabajo como la información recibida acerca del análisis de la situación de salud y la representación que de este tuvieron los participantes.

RESULTADOS

Entre los líderes formales no pertenecientes al sector de la salud, hubo diferencias de opiniones. Algunos plantearon que el ASIS es el documento que leen los médicos en las reuniones de rendición de cuenta de la circunscripción; otros opinaron que es el informe de salud que se rinde ante el Gobierno donde se exponen los principales problemas de salud que enfrentan en cada momento como la situación del Programa Materno Infantil, la situación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) o el informe que realiza el representante de salud ante el Consejo Popular y donde se informa sobre los problemas de salud de la comunidad. Por otra parte, los líderes informales comunitarios no tienen información de lo que significa el ASIS. Los representantes del sector salud refirieron que a pesar de que conocen las técnicas para realizarlo adecuadamente no se aplican, ya que los médicos tienen mucha carga asistencial y no se realiza un verdadero proceso de planificación, y quedan solamente como un informe descriptivo de la situación de salud, además de que no se utilizan herramientas adecuadas que propicien que la comunidad participe activamente en su realización.

PERCEPCIÓN SOBRE EL MÉTODO PARA REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Los líderes formales no pertenecientes al sector salud no conocen con qué método se realiza el ASIS porque nunca han participado en su elaboración, y aunque en el Consejo Popular se discute acerca de los problemas que afectan a la comunidad, refirieron que esa metodología es aplicada al interior del sector salud.

Los líderes informales de este territorio indicaron que nunca se ha realizado con la comunidad un análisis completo de la situación de salud y es solo en las asambleas de rendición de cuenta donde se brinda información de este análisis por parte de los médicos. Los representantes del sector salud expresaron que el ASIS se hace a partir de la recolección de datos en la ficha de dispensarización, que se complementan con la información que lleva el departamento de estadísticas del área de salud. Posteriormente se redacta el informe final que incluye el plan de acción, se da a conocer a la comunidad y se piden opiniones. Al final de la fase de implementación se chequea unas veces, otras no, el cumplimiento de las actividades con los líderes formales no pertenecientes a la salud y que son parte de la comunidad. El instrumento elaborado carece de un análisis adecuado y se reduce a la recolección de datos que a veces son muy extensos y no se utilizan después con mucha frecuencia. Se reconoce la falta de adiestramiento, principalmente dentro del personal de enfermería.

PERCEPCIÓN SOBRE LAS DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Los líderes formales no pertenecientes al sector salud y los líderes informales comunitarios desconocen las dificultades existentes para la realización del ASIS. Los representantes del sector salud, sin embargo, identificaron diferentes aspectos:

incremento de la demanda asistencial en los consultorios que no deja tiempo para otras actividades, no existencia de trabajo en equipo, inestabilidad de médicos y personal de enfermería en los consultorios, cambios frecuentes de la población de responsabilidad para el personal de salud, desmotivación para la realización del ASIS, existencia de varias guías para realizarlo, inexistencia de un nivel óptimo de abordaje social de los problemas de salud, ausencia de adiestramiento en participación comunitaria y ausencia en su sistematicidad en la labor comunitaria tanto del personal de salud, como de otros líderes comunitarios, desactualización de la dispensarización y limitada participación de líderes formales no pertenecientes a la salud y de informales dentro del ejercicio de planificación en salud.

PERCEPCIÓN SOBRE EL ROL DE LOS ACTORES EN LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Tanto los líderes formales no pertenecientes a la salud, como los líderes informales comunitarios, reconocen a los médicos como los responsables de la confección del análisis de salud porque son los que conocen totalmente esa problemática. Dentro del sector salud todos los representantes también reconocen que los médicos tienen el papel protagónico en la elaboración del ASIS y en liderar la implementación de los planes estratégicos.

PERCEPCIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Los líderes formales expresaron que la participación de la comunidad es colaborativa a solicitud del sector salud y del Consejo Popular, y que esta se materializa al brindar información o al apoyar actividades de salud inherentes a la implementación de los planes de acción elaborados. Los líderes informales expresaron que nunca han participado en la elaboración del ASIS; que los médicos de familia son los encargados de realizar este análisis. Los representantes de salud son del criterio de que en la realización del ASIS deben participar todos los líderes comunitarios, pues esto no es así en la realidad. No existe una verdadera materialización de la intersectorialidad ni de la participación comunitaria en las actividades del ASIS, la participación se limita a la parte de implementación y cuando son convocados por salud, pero no han participado en el diseño de las estrategias, ya que no se realiza un proceso de planificación participativo.

DISCUSIÓN

Cuando el ASIS se realiza bajo sus premisas metodológicas y con el liderazgo del sector salud lo cual permite conocer permanentemente las necesidades de salud de la población y de grupos particulares con la visión de las propias comunidades permite establecer las tendencias de los problemas de salud, la desigualdad en los riesgos y daños, sus determinantes y además evaluar las estrategias elaboradas para su solución.

No existen a nivel nacional o local muchos trabajos que avalen particularmente los resultados obtenidos por este equipo de trabajo, solo los resultados de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, de lo cual hacemos referencia más adelante, y que coinciden con la no vinculación necesaria comunidad-equipos de salud. A nivel internacional, el ASIS utilizado no incorpora elementos para comparar estos

resultados desde el punto de vista de la aplicación y el valor del ASIS como instrumento.

La forma en que se realiza el ASIS no refleja un total proceso participativo en este Consejo Popular, pues líderes formales no pertenecientes al sector salud y líderes informales comunitarios, aunque conocen que el sector salud realiza los análisis de salud, no participan en este en todas sus etapas. Sigue siendo la colaboración comunitaria con las intervenciones de salud la forma en que se pone en práctica el proceso, al menos en este contexto.

Según resultados de investigaciones para caracterizar la participación social en salud, las cuales han sido realizadas por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba,¹⁰ se señala que la principal modalidad de participación es la colaborativa. Entre sus principales causas se encuentran las siguientes: No existen mecanismos creados por la comunidad, y los grupos comunitarios que existen no funcionan en la práctica; la participación es predominantemente individual, la toma de decisiones se realiza a nivel central, la comunidad tiene una influencia nula en la planificación y ejecución de los programas de salud y una influencia potencial no suficientemente ejercitada en la evaluación de estos, lo cual coincide con nuestros hallazgos en mayor medida.

En nuestra aproximación al problema, se reconoce por la comunidad el rol de salud en el liderazgo del análisis de salud, pero esto no implica que se le enseñe a la comunidad las evidencias que muestran que las acciones comunitarias han sido capaces de lograr cambios sostenidos en el ambiente social y organizacional que está vinculado al mejoramiento de la salud.

Lograr el empoderamiento comunitario para mejorar los resultados de salud es un camino a tomar, pero para esto es necesario tomar en cuenta a las organizaciones comunitarias, y dentro de ellas a sus líderes más destacados y con más experiencia, identificando el liderazgo local en todas sus manifestaciones.

Como bien plantea *Martínez*,¹⁰ en su análisis de la situación de salud como instrumento de la política sanitaria cubana, otro aspecto que es de suma importancia lo constituye la orientación epidemiológica de la propuesta sanitaria, que obliga a una revisión conceptual, y especialmente a establecer con claridad las bases teóricas que sostienen a sus principales elementos, unos novedosos y otros ya aplicados, pero ahora en una etapa superior de perfeccionamiento, donde sobresalen la identificación y la solución de los problemas de salud prioritarios con énfasis en el nivel local, la descentralización, la interdisciplina e intersectorialidad y la participación social y comunitaria.

Existen limitaciones lo hemos observado en este contexto estudiado las cuales deben ser erradicadas, pero retomando a *Martínez*,¹¹ no exponerlas es negar una parte de la realidad.

En investigación nacional realizada en Cuba para la evaluación de la gestión de salud a nivel del consultorio médico en el año 2003,¹⁰ se evaluaron 600 informes de ASIS a nivel del consultorio médico y se identificaron insuficiencias como resultado de la omisión de aspectos básicos que deben contener estos documentos, la falta de un análisis integral que relacionara el contexto, los riesgos, los servicios de salud, la participación de la población y otros sectores, con los daños y problemas de salud identificados.

Pensamos que en el presente contexto los equipos de salud necesitan centrarse más en los criterios metodológicos elaborados y en una reorientación epidemiológica en la

identificación y solución de los problemas, así como reorientar la capacitación sobre el tema, en técnicas de trabajo que incentiven la participación comunitaria, para que sean la clave del éxito en la elaboración del ASIS.

Cuando se realizan los análisis de la situación de salud no siempre es estimulada la intervención de todos los actores sociales en la identificación y solución de los problemas, con lo cual se propician la inhibición de la autorresponsabilidad individual y colectiva. La hegemonía médica prevalece, es decir, el personal de salud lidera totalmente el análisis y la toma de decisiones y subvalora el análisis por parte de la población y sus líderes, lo cual limita lo que podría ser un análisis, una planificación y una evaluación realmente participativas, mucho más cuando conocemos la cohesión que existe como potencial de trabajo en esta Área de Salud-Consejo Popular, que bien puede utilizarse como una fortaleza.

Coincidimos con *Álvarez*,¹² en que los Consejos Populares son espacios ideales para el proceso de deliberación, concertación y negociación y para una adecuada planificación de acciones de salud, ya que constituyen una autoridad en contacto directo e inmediato con las actividades sociales, económicas y de servicios en barrios y poblados, y con capacidad real para encauzar la solución de los problemas de salud.

Se concluye que al no implementarse métodos participativos en esta comunidad que contribuyan a fortalecer la presencia de los diferentes sectores formales y de líderes comunitarios informales dentro del análisis de situación de salud, se pierde el potencial creativo en un Consejo Popular con gran cohesión intersectorial y comunitario. Se le atribuye el rol de conducción del ASIS al sector salud, pero los líderes formales no representantes de salud y en este caso los líderes informales de la comunidad no perciben la necesidad de ser incluidos en este; sin embargo, los representantes de salud son del criterio de que en la realización del ASIS deben participar todo tipo de líderes comunitarios.

RECOMENDACIONES

Se sugiere retomar los aspectos teóricos y prácticos del ASIS con una visión integral para fortalecer las intervenciones y la toma de decisiones con el propósito de transformar la salud de la comunidad con un enfoque participativo y además, capacitar a la comunidad en algún método de planificación participativa para incrementar la participación comunitaria en este Consejo Popular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pría MC, Louro I, Fariñas AT, Gómez H, Segredo A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [citado 11 de diciembre de 2010];22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es&nrm=iso
2. Ramos BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Sal Públ. 2006 [citado 11 de diciembre de 2010];32(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es&nrm=iso

3. Alpízar EA. Propuesta para el análisis de la situación de salud. La Habana: Dirección Provincial de Salud Pública; 1996.
4. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Funciones esenciales. Washington: OPS/OMS; 2001.
5. Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
6. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica No. 614. USAID-Family Health Internacional-OPS-OMS; 2006.
7. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Sal Públ. 2002;76:373-80.
8. Mack N, Woodsong C, Macqueen KM, Guest G, Namey E. Qualitative Research Methods: A Data Collector' s Field Guide. USAID. Fam Health Internat; 2005.
9. Software Cualitativo NVivo versión 8. Copyright. 2008. QRS Internacional PTy. LTD. ABN. 47006357213.
10. Pría MC, Louro I, Fariñas AT, Gómez H, Lorenzo A, Segredo A, et al. Evaluación de los informes de análisis de la situación de salud a nivel de los consultorios médicos en el país. Informe final de investigación. Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 2003.
11. Martínez S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Sal Públ. 1998;23(1):19-22.
12. Álvarez AS, Álvarez AG. Planificación Estratégica de intervenciones en salud. 1ra. ed. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 1998.

Recibido: 21 de octubre de 2010.

Aprobado: 10 de diciembre de 2010.

Dra. *Irma Sosa Lorenzo*. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Infanta 1158 entre Llinás y Clavel. Centro Habana. CP 10300. Correo electrónico: irma@inhem.sld.cu