Revista
GEROCIENCIA
Revista electrónica de Gerontología (Educación, Social, Gerencia, Salud, Ciencia y Tecnología).

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA, LA PASTORA, MARACAIBO, ZULIA.

Marisabel Hernández Ventura[1], María Teresa Hernández Ventura[2]

hernandezmarisabel@gmail.com[1] marithdez@gmail.com[2]

Centro de Diagnóstico Integral La Pastora, Maracaibo, Venezuela[1]. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Maestría de Salud Pública. Santa Ana de Coro, Venezuela[2].

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue desarrollar el análisis de situación de salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022. La investigación es no experimental, transeccional descriptivo; población 22 Mil 562 usuarios de los consultorios populares de Barrio Adentro II. Como resultado se tiene que la población se caracterizó por el grupo etario entre 25 a 44 y 45 a 59 años de edad, sexo femenino y familias extensivas dedicadas a la economía informal; predominio de Hipertensión arterial (35,56%), Diabetes mellitus (25,41%) y riesgos cardiovasculares por la ingesta excesiva de sal y grasas; sedentarismo y obesidad. Se debe tomar en cuenta el análisis de situación de salud por ser una herramienta clínica, epidemiología favorecedora de la realización de planes en pro de la salud, hoy en día necesaria, debido al incremento mundial de adultos mayores, donde se requiere la participación activa de éstos en acciones para su bienestar.

Palabras Claves: Hipertensión, Diabetes mellitus, adulto mayor; diagnóstico.

ANALYSIS OF THE HEALTH SITUATION IN THE AREA OF INTEGRAL COMMUNITY HEALTH, LA PASTORA, MARACAIBO, ZULIA

ABSTRACT

The objective of this research was to develop the Health Situation Analysis at the ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, year 2022. The research is non-experimental, transectional descriptive; population 22 thousand 562 users of the popular clinics of Barrio Adentro II. As a result, the population was characterized by the age group between 25 to 44 and 45 to 59 years of age, female and extensive families dedicated to the informal economy; prevalence of arterial hypertension (35.56%), diabetes mellitus (25.41%) and cardiovascular risks due to excessive salt and fat intake; sedentary lifestyle and obesity. The Health Situation Analysis should be taken into account because it is a clinical tool, epidemiology favoring the realization of plans in favor of health, nowadays necessary, due to the worldwide increase in older adults, where it is required their active participation in actions for their welfare.

Keywords: Hypertension, Diabetes mellitus, older adult, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (2021) señala que “la Atención Primaria de Salud garantiza a las personas una atención integral de calidades de la promoción, y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, lo más cerca posible de sus lugares habituales”. Respecto a esto es importante tomar en cuenta la necesidad del cuidado integral del individuo lo más cercano a su entorno. En tal sentido, Añez (2022) afirma que*:*

> Un Análisis de Situación de Salud es una práctica habitual en la Atención Primaria en Salud que tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y sensible en su aplicación.

Por consiguiente, un Análisis de Situación de Salud (Asis) forma parte del diario quehacer de un personal de salud para la comprensión de las realidades que existen dentro de las comunidades, sus problemas, consecuencias y orígenes; todo ello gracias al trabajo de un personal capacitado, donde convergen diversas disciplinas para dar cumplimiento a la parte asistencial, niveles de atención y prevención; proporcionando soluciones de manera individual y colectiva. Por su parte, Calderón y Maita (2018) señalan que el Análisis de Situación de Salud (Asis) consiste en:

> El conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud, enfermedad, servicios, utilizando diferentes metodologías que permitan el análisis estratégico y la síntesis de la información con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos sectores y actores sociales.

Por todas estas razones, el (Asis) es una herramienta de suma importancia porque permite que el personal sanitario haga mediciones, analice y sintetice la información sobre el estado de salud de las personas para poder lograr elaborar propuestas en base a esas realidades existentes, conjuntamente con el apoyo de los sectores y actores que hacen vida dentro de las comunidades. Siendo el objetivo de este estudio, desarrollar el análisis de situación de salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022.

DESARROLLO

En Venezuela, una de las entidades federales con mayor población es el estado Zulia, el cual para el año 2011, tenía una población de 3 Millones 704 mil 404 habitantes, según censo del instituto nacional de estadística (INE, 2014). El Zulia está dividido en un total de veintiún (21) municipios, entre los cuales están: Almirante Padilla, Baralt, Cabimas, Catatumbo, Machiques de Perijá, Lagunillas, Mara, San Francisco y Maracaibo capital, capital de Maracaibo; este último mencionado posee entre sus límites territoriales se encuentran: Norte, el barrio La Cañada; al Sur, el barrio La Pastora; Este, barrio Agua de Dios y al Oeste la avenida principal de Socorro.

En este orden, el año de 1862 se crea el Concejo Municipal del Distrito Maracaibo, bajo la alcaldía de Luis Araujo Guevara. Luego, en 1958, cambió el nombre de Distrito y pasó a ser municipio Maracaibo. En 1990, con la elección directa de las autoridades municipales, concejales y alcaldes, entra en vigencia la nueva Ley de División Político-Territorial de Venezuela, donde los estados quedaron conformados en municipios y estos por parroquias. El 22 de enero de 1995, el municipio Maracaibo se divide para crear el Municipio San Francisco, adoptando el municipio Maracaibo su forma actual.

La comunidad del municipio Maracaibo, para el año 2005, inicia con la Misión Barrio Adentro, fecha en la que la colectividad decide otorgar un terreno para la construcción de un módulo octagonal, el cual, prestaría sus servicios al siguiente

año. Entre los servicios que ofrece se encuentran: Medicina General Integral, servicio de enfermería, planificación familiar, control de riñones sanos, atención prenatal, atención al adulto mayor, cirugía menor, control de enfermedades crónicas no transmisibles, jornadas de vacunación y citología, entre otros.

Las comunidades cuentan con diez Consultorios Médicos Populares que pertenecen al Área de Salud Integral Comunitaria La Pastora, entre los consultorios se encuentran: Consultorio Médico Popular Monte Santos 1; Buena Vista2; Buena Vista3; el Consultorio Médico Popular 12 de octubre; Jorge Hernández, La Pastora, Nueva Venezuela, Socorro I, Socorro II y el Consultorio Médico Popular Arismendi.

Entre el personal que labora y hace vida se encuentra: Médicos venezolanos y cubanos; el personal de enfermería, obreros, estudiantes de medicina de pregrado, Consejo Comunal y equipo de salud; además de Milicianos. El horario de atención es desde las ocho de la mañana hasta las doce del mediodía y desde la una hasta las cuatro de la tarde.

Dentro de este orden, el Centro de Diagnóstico Integral La Pastora, está ubicado específicamente, en la avenida 95 del Barrio La Pastora, parroquia Cacique Mara. Este establecimiento de salud atiende 20.384 personas en una superficie 2100 kilómetros cuadrados. Tiene en su haber establecidas cuatro comunas, treinta y ocho consejos comunales, no tiene bases de misiones y cuenta con dieciséis sectores, Círculo de Lucha Popular cinco ejes y un total de dieciocho Unidades de Batalla Bolívar Chávez, según data de la Fundación Barrio Adentro Zulia.

Este importante centro asistencial el cual atiende a un gran grueso de la población que acude en búsqueda de salud, posee, adicionalmente, una Sala de Emergencia Respiratoria ,donde se toman muestras para realizar la prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa y las Pruebas de Diagnóstico Rápido a los pacientes sospechosos por Covid-19, y se da seguimiento y monitoreo a los mismos, para su traslado, ya sea a los hospitales Centinelas o Centro de Diagnóstico Integrales centinelas, o si fuere el caso, la cuarentena domiciliaria por órdenes emanadas por el MPPS.

En base a lo anteriormente expuesto, según Añez (2010) el Análisis de la Situación de Salud institucional “es aquel que se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios y que genera como producto un diagnóstico de salud”. Eso quiere decir que el Análisis de la Situación de Salud es una herramienta que permite, recabar información real a través de un diagnóstico, sino, además, ofrece la posibilidad de dar soluciones sobre la base de necesidades detectadas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.

En correspondencia con lo descrito, se plantea el siguiente objetivo de estudio:

- Efectuar el Análisis de Situación de Salud en el área de salud integral comunitaria, La Pastora, Maracaibo, estado Zulia.

Antecedentes de la investigación

En lo referido a estudios previos se tienea nivel internacional, Peña, Navarro, Díaz y otros (2020), desarrollaron un trabajo en Cuba, titulado Análisis de la situación de Salud de una población Urbana del Municipio Cienfuegos, el objetivo principal del estudio fuedescribir la situación de salud de familias pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 28 del Área de Salud II de Cienfuegos**.**La investigación fue de tipo descriptivo, observacional, de cohorte transversal, con una población de 250 familias, compuesta por 669 personas.

La selección de variables fue basada guía metodológica del análisis de la situación de salud. Los autores concluyeron con la existencia de una población dispensarizada en el grupo III; el grupo etario de 60 años y más; además de pacientes con hipertensión arterial, infecciones agudas respiratorias y como factor de riesgo predominante el sedentarismo.

El aporte que realiza esta investigación al presente estudio radica en mostrar la aplicabilidad del ASIS como una herramienta de utilidad generadora de información, que permite describir como se encuentra la salud delas personas dentro una comunidad, quienes son usuarios de un centro asistencial; lo que implicará la toma

de acciones en conjunto, por un lado, por parte del personal de salud, y por el otro, de los pacientes.

Por otro lado, se tiene a Chong, Pilay, Zorrilla y otros (2019), desarrollaron un trabajo de investigación titulado Análisis de Situación de Salud del Hospital Cantonal de Jipijapa en Ecuador. El objetivo principal fue realizar el análisis de situación de salud del Hospital Jipijapa en el año 2019. La investigación fue bibliográfica descriptiva, no experimental, de corte transversal. Los resultados obtenidos fueron, referido a la morbilidad, la primera causa de muerte fue la neumonía y la primera causa de atención fue por rinofaringitis aguda, seguido de amigdalitis aguda; además se determinó que no se presentó casos de muerte neonatal en el período de enero a diciembre.

Con respecto al personal de salud, cuenta con más de 180 empleados y trabajadores y su infraestructura está adecuada a la tipología del hospital. La conclusión, la realización de un análisis exhaustivo del hospital de Jipijapa respecto a su talento, presupuesto, cartera de servicio, perfil epidemiológico, mortalidad, indicadores de producción talento humano e infraestructura hospitalaria, ya que se dispone de información con un análisis de salud que permite abordar de manera íntegra la situación.

Este estudio ofrece aportes interesantes para profundizar sobre la ventaja que ofrece el ASIS, aun cuando fue elaborado en plena Pandemia del Covid 19 tomando en cuenta documentos ya existentes, permitió obtener una visión global acerca del estado de salud de los usuarios, a través de la morbimortalidad, y a la vez, constatar las condiciones en la que se encuentra el centro de salud para poder ofrecer una atención integral.

De mismo modo está López (2018) quien realizó una investigación titulada El Análisis de la Situación de la Salud Poblacional en América Latina y el Caribe entre el 2000 y 2017, reflexiones y desafíos; el objetivo del estudio fue identificar la evolución teórica metodológica del análisis de la situación de la salud en América Latina y el Caribe y analizar los desafíos en su implementación. La investigación es

una revisión narrativa a partir del estudio de trabajos de investigación, artículos de reflexión y manuales publicados de las bases de datos ebsco, PubMed, Redalyc, Scielo, Lilac.; se analizaron 67 documentos y se hizo comparación de contenidos con los ASIS ejecutados en la región.

Los resultados indican que las guías para los análisis de la situación de la salud reproducen un modelo de diagnóstico de salud epidemiológico y administrativo, no obstante, algunos suscriben, como ejes del análisis, la perspectiva de género, de determinantes sociales, intersectorialidad y la participación social; esto se manifiesta en el 90% de los 19 informes gubernamentales recuperados.

Mientras que, el 80% de las investigaciones recuperadas se identifican como descriptivos, observacionales, y transversales con insuficiente actuación de equipos de salud en el primer nivel de atención y casi una imperceptible participación de las poblaciones y representantes de otros sectores vinculados a la salud. En tal sentido, se hace uso de las estadísticas demográficas y epidemiológicas oficiales, y una mínima proporción de los ASIS concluye en propuestas de actuación.

Este tipo de investigación enfrenta como desafíos transcender a la noción patológica y sectorial de la salud, debe incorporar otros aspectos tales como indicadores de salud positiva, inequidad en salud, determinantes sociales, acceso a los servicios de atención; apoyo el análisis integral e intersectorial de la salud; la capacitación de los equipos de salud, especialmente a los del primer nivel, para el desarrollo de estas investigaciones, con la finalidad de monitorear tendencias y diferenciales en la salud enfermedad de las poblaciones.

El aporte que realiza esta investigación es que el ASIS va más allá de la elaboración de un diagnóstico, por lo que se sugiere el capacitar a los equipos de salud y a la participación social para el desarrollo efectivo de estos estudios, los cuales, van a permitir la búsqueda de soluciones a problemas de la salud detectados.

Bases teóricas

Martínez (2006) citado por Añez y col (2010) señala que el "Análisis de Situación de Salud (ASIS) representa un instrumento científico, metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios".Al respecto se puede afirmar que el ASIS es una herramienta irrefutable, comprobable que utiliza o se vale de procedimientos organizados para poder corregir esos problemas que resulten priorizados en el seno de las comunidades.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, considerando como principal objeto de estudio el Análisis de Situación de Salud (ASIS), resulta adecuado hacer referencia a los siguientes términos:

Asis Institucional: Es aquel que se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios y que genera como producto un diagnóstico de salud, con información acerca de la morbilidad, mortalidad, datos demográficos, históricos, económicos, políticos, culturales y sociales.

Asis con participación de las comunidades o diagnóstico comunitario: Es aquel donde se demuestra y se da prioridad a problemas sociales, de infraestructura o de organizaciones que hacen vida dentro de la comunidad estudiada y se puede desarrollar en los tres niveles del Sistema de Salud, a nivel Nacional, Estatal y Local.

Asis Mixto: Es aquel que se realiza integrando los Asis arriba mencionados.

ASIS y sus etapas:

El diagnóstico, llamado también Diagnóstico Situacional de Salud (DDS) es la primera etapa del Asis, donde se describe la situación y se analiza la salud-enfermedad de una comunidad; mientras que, el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) es el elemento conclusivo para la solución de los problemas. Es decir, en esta primera etapa, se realiza el diagnóstico de la situación de salud, lo que implica búsqueda de la información e interpretación de los datos. Por ejemplo: Características generales de la comunidad, sus aspectos geográficos, históricos,

políticos, culturales, económicos, sociales, morbilidad, mortalidad, discapacidad, educación, organizaciones presentes, servicios públicos y ambiente.

Asimismo, se debe colocar los datos demográficos:(Pirámide poblacional, análisis de los índices demográficos, índice de masculinidad, índice de Fritz, índice Sundbarg, índice Burgdofer, índice de envejecimiento, índice de dependencia, índice de estructura de la población activa, índice de reemplazamiento de la población en edad activa, índice de número de hijos por mujeres fecundas, índice generacional del anciano, tasa general de fecundidad, edad media y la edad mediana de la población.

Por otra parte, en lo referido a la segunda etapa, una vez realizada la caracterización de la comunidad (Diagnóstico de la situación de la salud), se realizan las siguientes fases:

Identificación de los problemas: Permite la libre exposición de ideas por parte de la comunidad sobre las dificultades que perciben, durante la celebración de una Asamblea. Los participantes a través de la Lluvia de Ideas, opinarán sobre lo que ellos consideran sus principales problemas de salud; los mismos, se deben escribir en una hoja de papel bond o pizarra, respetando el derecho de palabra y escribiéndolo textualmente, el mismo debe ser preciso en cuanto a magnitud, localización y tiempo, de expresar carencias, déficit, restricciones, deficiencias, limitaciones y los indicadores que lo describen, expresado en cifras relativas o absolutas o en términos cualitativos.

Por otro lado, en listados con más de veinte (20) inconvenientes, se realiza el Método de Trillaje para obtener un orden de prioridad. Para ello se debe: seleccionar al informante clave, lideres, actores sociales que van a estar en el proceso, leer y clasificar, ubicar los problemas por consenso en tres grupos, de lo más importante, hasta llegar a los residuales.

Priorización de los problemas: Una vez realizada la identificación, se procede a priorizarlos de manera colectiva a través del método de ranqueo, el cual consiste en seleccionar un grupo de criterios y ubicar a cada uno un valor entre (0) y (2). La puntuación de (2) se le coloca al problema que presente: Alta frecuencia, alta

gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel, coherencia con la misión de los planificadores. Los que cumplan los requisitos en parte, se le pone (1) y los que no cumplan cero (0) punto.

Igualmente, se debe utilizar unos criterios para este método, tales como: Tendencia. El tiempo, incremento o decrecimiento del mismo; Frecuencia. A qué porcentaje de la población afecta; Gravedad o severidad. Cuán grave es para la salud de las personas; Disponibilidad de Recursos. Cuenta la comunidad con los recursos para su solución; Vulnerabilidad y posible prevención. Es posible hacer algo para que la situación mejore y Coherencia con la misión del que planifica. Importancia política. Está interesada la comunidad y la sociedad en general en resolverlo. Al concluir esta operación, se suman los valores obtenidos para cada criterio, luego se organizan por el orden de prioridad.

Análisis causal y búsqueda de alternativas de solución: En este apartado se realizan dos pasos, primero, es análisis causal y la explicación de los problemas priorizados a través del Árbol el problema, basado en los determinantes del Modelo de Campo de la Salud Lalonde. Las ramas del árbol se colocan las manifestaciones o consecuencias (lo visible) y en sus raíces los determinantes o causas. El segundo paso es la exploración o búsqueda de alternativas de solución, a través de la Matriz FODA (Fortalezas a nivel interno; Oportunidades a nivel externo; Debilidades a nivel interno y Amenazas a nivel externo).

Evaluación del plan de acción: En esta fase se elabora un plan en el que se establecen las medidas y acciones a desarrollar; el mismo debe poseer las siguientes características: Debe ser factible, flexible, evaluable, poseer los recursos necesarios y deberá contar con el conocimiento, la involucración y la aprobación de las personas responsables para ejecutarlo. Asimismo, debe incluir: Objetivos, los cuales deben ser medibles y alcanzables, respondiendo el qué y el para qué; Actividades, que son las acciones a ejecutar para alcanzar lo propuesto, es decir el cómo lograrlo; Recursos, material, humanos y financiero, su existencia real disponible o alcanzable a corto, mediano o largo plazo y Responsables.

Vigilancia y evaluación: La evaluación y monitoreo de las tareas y actividades del Plan de Acción deberán ser participativas para tener la auto responsabilidad y pertenencia; en tal sentido, se evaluará el plan de acción conjuntamente con la comunidad a medida que se esté ejecutando; además se tendrá en cuenta las modificaciones obtenidas en la situación de salud al establecer la comparación con los Asis anteriores. A través de visitas de terreno, reuniones colectivas con la gente de los sectores y la información recibida de del personal de salud; se chequeará que se dé cumplimiento a los planes de acción. Por otra parte, los responsables del proyecto redactarán el documento y el Asis de la población o municipio; analizado y firmado por los participantes.

Bases legales.

Para Garay (2009), la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), gaceta oficial Nº5.908, la cual en su artículo 83, refiere que la salud es un derecho social fundamental y es obligación del Estado, garantizarlo como parte del derecho a la vida, en tal sentido, el Estado deberá promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, donde todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, así como el deber de participar en la promoción y defensa de la misma, y así cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, dando cumplimiento a la vez a los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Por otra parte, la Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores (2021), N.º6.641 extraordinario, señala, en su artículo 2, sobre la finalidad de esta norma, en el numeral 3, hace alusión a garantizar la atención integral y especializada que el Estado, la familia y la Sociedad deben brindar a las personas mayores para contribuir al cumplimiento de sus derechos y garantías, buen vivir, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable activo, digno y feliz.

Por su parte, el artículo 7 establece la obligación por parte del Estado de adoptar las medidas necesarias y apropiadas para asegurar a todas las personas adultas mayores el disfrute de todas sus garantías, de igual forma su desarrollo integral, buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz. Asimismo, el artículo 8, hace referencia a la corresponsabilidad de Estado y Sociedad para garantizar los derechos de los adultos mayores conforme a la ley.

MARCO METODOLÓGICO

En relación con el diseño de la investigación, Balestrini (2006) señala que:

> El diseño de la investigación se define en función de los objetivos establecidos en el estudio, es importante señalar que no existe un solo tipo de diseño o modelo de diseño a utilizar para todas las investigaciones; cada investigación contiene en sí misma un nivel de especificidad que puede orientarse hacia la exploración, la descripción, la explicación, experimentación o hacia una propuesta operativa factible.

En este orden, el diseño que se asume en esta investigación es no experimental, el cual está definido por Sampieri, Collado y Baptista (2014) como “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. También la investigación es transeccional descriptivo, este término se refiere Sampieri, Collado y Baptista (2014) a que “indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos”. Con respecto a la población, el presente estudio cuenta con 22 Mil 562 usuarios pertenecientes a los consultorios populares de Barrio Adentro II.

Por otra parte, entre las variables que serán tomadas en cuenta en el presente estudio están: Descripción socio histórica, dispensarización de la población según edad y sexo, ontogénesis de la familia, distribución de la población dispensarizada por categoría ocupacional, distribución de la población dispensarizada por grupo

dispensarial, distribución de la población dispensarizada por entidad nosológica crónica.

La clasificación de la familia según tamaño, generación y ontogénesis, la dispensarización de la comunidad según el nivel de escolaridad, población dispensarizada por el tipo de riesgo cardiovascular y la población dispensarizada por hábitos tóxicos. En relación a esto, Hernández, Fernández y Batista (2014) definen la variable como “propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse”.

Respecto a los criterios de inclusión y exclusión: Inclusión: Área de Salud Integral del Centro de Diagnóstico Integral La Pastora; población atendida en los Consultorios Médicos Populares de Barrio Adentro II, del municipio Maracaibo, parroquia Cacique Mara del estado Zulia; entre menores de un año hasta 65 y más años de edad. Se excluyó a toda la población ajena a las características antes descritas.

Como instrumento para la recolección de datos serán las Fichas de Historia Clínica Familiar e Historia Clínica General, integral individual. En lo referido al procesamiento de los datos, se realizará a través de la herramienta Microsoft Excel (Versión) 2019, mientras que el análisis de los datos se efectuará a través de la estadística descriptiva de cada variable, que para Hernández, Fernández y Batista (2014) esto “se logra al describir la distribución de las puntuaciones o frecuencias de cada variable”.

RESULTADOS

Tabla 1.Dispensarización de la población según edad y sexo

Rango/ Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
< 1 año	116	1%	96	0,80%	212	0,93%
1 a 4 años	439	4,10%	453	3,78%	892	3,95%
5 a 6 años	323	3%	330	2,76%	653	2,89%
7 a 9 años	423	3,90%	514	4,29%	937	4,15%
10 a 11 años	362	3,40%	409	3,42%	771	3,41%
12 a 14 años	448	4,20%	508	4,24%	956	4,23%
15 a 19 años	761	7,10%	884	7,39%	1.645	7,29%
20 a 24 años	912	8,50%	1.102	9,21%	2.014	8,92%
25 a 44 años	3.427	32,30%	3.944	32,99%	7.371	**32,66%**
45 a 59 años	2.023	19%	2.236	18,70%	4.259	**18,87%**
60 a 64 años	697	6,50%	552	4,61%	1.249	5,53%
65 años y más	677	6,30%	926	7,74%	1.593	7,06%
Total	**10.608**	99.9%	**11.954**	99.93%	**22.562**	99,89

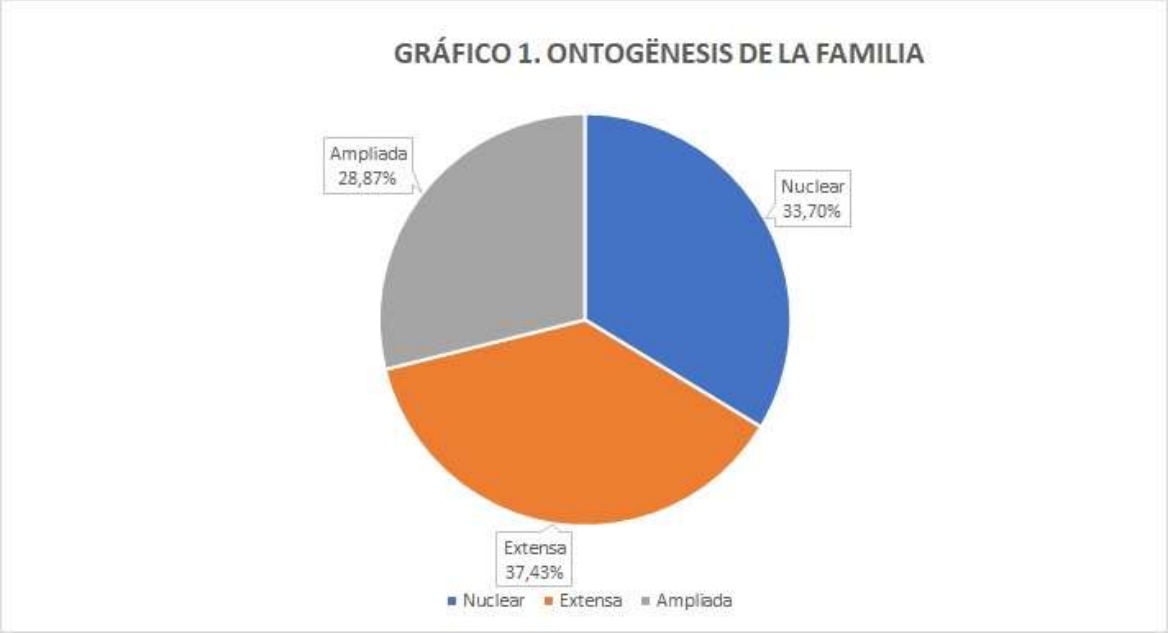
Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022.

En la tabla 1, se evidenció el predominio del sexo femenino. Las edades de mayor preponderancia para ambos géneros se ubican entre 25 a 44 años con un 32,66% y de 45 a 59 años con 18,87%.Estos datos permiten constatar que el ASIS institucional es una herramienta que permite conocer las características de población estudiada, a través de un diagnóstico y en el caso del presente estudio, la demografía denota que se trata de una población caracterizada por fecundidad baja y en proceso de envejecimiento, la cual requiere de mayor interés y la atención por parte de la comunidad, personal de salud y organismos involucrados.

Con respecto a este análisis es necesario citar a la Organización Mundial de la Salud (2022) para indicar que “el envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para

garantizar que sus sistemas de salud y asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico".

Clasificación de la familia según tamaño, generación y ontogénesis: Se caracterizó por el predominio de familias medianas, las cuales poseen de cuatro a seis miembros; existen 2 Mil 100 familias, de un total de 4 Mil 427 familias.



Fuente: Hernández (2022).

En el gráfico 1 de tipo circular se demostró el predominó las familias extensas o extensivas, seguido de las familias nuclear. Este resultado denota que en las familias del municipio Maracaibo, el núcleo familiar que prevalece es aquel que está integrado por otros miembros que guardan relación consanguínea, donde resulta interesante ahondar sobre la dinámica de este tipo de familias; ya que la salud y bienestar de las mismas, va a depender de su estilo de vida, entre otros determinantes sociales.

Nivel de Escolaridad

Existen 366 individuos analfabetas, de los cuales 197 pertenecen al sexo femenino y 169 al masculino; sin terminar la secundaria 3 Mil 304personas, de las cuales, 2 Mil 115 pertenecen al sexo femenino y Mil189 masculino; bachillerato sin terminar 2 Mil 922 personas, de las que Mil 677 masculino y Mil 245 pertenecen al sexo femenino, con bachillerato terminado 2 Mil 860 personas, de las cuales Mil 600 femenino y Mil 260 masculino.

Frente a este análisis es preciso tomar en cuenta lo señalado Audrey Azouley, directora general de la Organización de Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO), que "la educación y la salud son derechos humanos fundamentales e interdependientes para todos, radian en el núcleo de cualquier derecho humano y son esenciales para el desarrollo socioeconómico".

Tabla 2. Distribución de la población dispensarizada por categoría ocupacional

Ocupación	Masculino	Femenino	Total	%
Desempleado	1.065	744	1.809	8,87%
Trabajador informal	3.114	1.617	4.731	**23,20%**
Ama de casa / Oficios del Hogar	0	2.555	2.555	12,53%
Profesional / TSU	1.361	1.366	2.727	13,37%
Estudiante	2.127	3.431	5.558	**27,26%**
Universitario	1.202	839	2.041	10,01%
Jubilado	561	402	963	4,72%
Total	**9.430**	**10.954**	**20.384**	**99,96%**

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022.

Tabla 3. Distribución de la población dispensarizada por grupo dispensarial

GRUPOS DISPENSARIALES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Grupo I	0	0	0	0
Grupo II	6.965	7.726	**14.691**	**65,11%**
Grupo III	3.271	3.833	7.104	31,48%
Grupo IV	372	395	767	3,39%
Total	10.608	11.954	22.562	99,98%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022.

En la tabla 2, se demostró el predominio de estudiantes; mientras que la población económicamente activa pertenece a trabajadores informales. Se infiere entonces, primeramente, la existencia de personas que dependen económicamente de otras para poder culminar sus estudios hasta nivel profesional, lo que le ofrecerá en el futuro una mejor calidad de vida y por ende una mejor salud.

En segundo lugar, hay familias que no cuentan con un trabajo fijo que les permita tener acceso a los beneficios que ofrece un trabajo fijo como un sueldo o salario, seguridad social, entre otros beneficios de ley; lo cual va incidir directamente en la salud de las personas, especialmente, en aquellas que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad como los niños y adultos mayores.

Por otro lado, en la tabla 3, se evidenció los diferentes grupos dispensariales, siendo el grupo II el de mayor predominio, referido a las personas que no presentan ninguna enfermedad con un (65,11%); pero se ubican en la clasificación de riesgo, debido a que todos los seres humanos se les considera que están en constante exposición a cualquier nivel de riesgos ya sea físico, biológico, químico, psicológico, psicosocial. Seguidamente, se visualiza el grupo III, que corresponde a los individuos que padecen alguna enfermedad crónica, y por último, se observa a las personas grupo IV o discapacitadas.

Tabla 4. Distribución de la población dispensarizada por entidad nosológica crónica

Entidad nosológica	Masculino	Femenino	Total	%
Hipertensión Arterial	839	976	**1.815**	**35,56%**
Diabetes Mellitus	543	754	1.297	25,41%
Asma bronquial	489	554	1.043	20,43%
Cardiopatía isquémica	156	170	326	6,38%
Epilepsia	67	131	198	3,87%
Cáncer	10	15	25	0,48%
Patología Tiroidea	40	56	96	1,88%
Patología Reumatológica	47	74	121	2,37%
Hepatopatías crónicas	32	46	78	1,52%
Gastritis crónicas	36	49	85	1,66%
HIV-SIDA	12	8	20	0,39%
Total	**2.271**	**2.833**	**5.104**	99,95%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022

En la tabla 4, es notorio visualizar el predominio en el sexo femenino con la Hipertensión arterial seguido de la Diabetes Mellitus; lo cual la sumatoria de ambos géneros representa un 35,56% y 25,41%,respectivamente. Se infiere entonces que existe un significativo porcentaje con hipertensión arterial el cual es un factor de riesgo importante para sufrir una enfermedad cardiovascular. Por otra parte, se evidencia la presencia de una enfermedad crónica no transmisible como la diabetes.

Con relación a este análisis es necesario citar a la Organización Panamericana de la Salud (2022) para indicar que “las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas”.

En este orden, es de suma importancia esta información para el equipo de salud, quien debe analizar la situación de morbilidad existente en cada uno de los

sectores estudiados con la finalidad de la búsqueda de soluciones eficaces y eficientes abarcando todos los niveles de prevención a través de los distintos programas de salud existentes.

Tabla 5.Distribución de la población dispensarizada por riesgo cardiovascular.

Factor de riesgo	Masculino	Femenino	Total
Ingesta excesiva de sal y grasas	2135	3568	**5703**
Obesidad	436	1254	1690
Sedentarismo	752	1685	**2437**
Dislipidemia	428	956	1384
Uso inadecuado de medicamentos	156	168	324
Total	**3250**	**4562**	**7812**

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022

Tabla 6. Distribución de la población dispensarizada por tipo de hábitos tóxicos.

Hábitos Tóxicos	Femenino	Masculino	Total
Café	1990	2049	4039
Alcohol	1520	954	2474
Tabaco	4568	2576	**7144**
Drogas	742	468	1210
Total	**8820**	**6047**	**14867**

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar. Año 2022

En la tabla 5 y 6 se evidenció una población con riesgos debido a la ingesta excesiva de sal y grasas; además del sedentarismo, los cuales en el sexo femenino representa un mayor número en comparación al masculino. Por otra parte, claramente se puede visualizar un alto consumo de tabaco en género femenino, seguido por el hábito de tomar café en el masculino. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (2022) sostiene que "factores de riesgos conductuales modificables, el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso excesivo de alcohol y las dietas malsanas, aumentan el riesgo de morir a causas de unas de las enfermedades no transmisibles (ENT)".

El personal de salud juega un papel muy importante en la promoción de la salud dentro de las comunidades, en tal sentido, es importante que se efectué los Análisis de Situación de Salud de manera correcta y confiable a fin de que se pueda analizar la información y tomar acciones pertinentes para la conservar la salud y bienestar de las personas.

CONCLUSIONES

Se realizó un Análisis de Situación de Salud en el ASIC La Pastora, Maracaibo, Zulia, año 2022, en una población superior de más20 Mil personas, agrupadas en más de 4 Mil familias; que representan la totalidad de usuarios de los consultorios populares de Barrio Adentro II. Los ASIS que se manejan desde las instituciones prestadoras de servicios permite generar un diagnóstico de salud, con información de las comunidades sobre la morbilidad, incidencia, prevalencia de enfermedades; mortalidad, datos demográficos, históricos, económicos, políticos, culturales y sociales.

De este modo, en el presente estudio se evidenció predominio del sexo femenino, prevalencia de hipertensión arterial un 35,56%,población con baja fecundidad, y edades predominantes entre 25 a 44 años de edad, en proceso de envejecimiento. La ocupación se caracterizó por estudiantes, seguido de la economía

informal. Asimismo, prevaleció la familia extensiva; la población dispensarizada por el tipo de riesgo cardiovascular se caracterizó por la ingesta excesiva de sal y grasas; sedentarismo y obesidad.

Frente a esta información es preciso citar a la Organización Panamericana de la Salud (2023), para indicar que:

> La Hipertensión es el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares que son la principal causa de muerte prematura en el continente americano, responsables alrededor de 2 Millones de pérdidas de vidas al año. La hipertensión afecta al 18% de los adultos en las Américas, lo que significa que hay aproximadamente 180 Millones de personas que requieren acceso a los servicios de atención primaria de salud y de tratamiento para controlar su Hipertensión. Además, esta condición es más frecuente con la edad, alrededor del 50% de las personas de 65 años o más padecen hipertensión.

Es necesario señalar que, la Organización Mundial de la Salud (2018) refiere que hay cambios de hábitos que ayudan a reducir la tensión arterial alta, entre ellos, tomar una dieta saludable y baja en sal, perder peso, practicar actividad física y dejar de fumar.

Dicho esto, surge la necesidad que el personal multidisciplinario de salud y las comunidades trabajen de la mano para poder tomar en cuenta esas medidas que favorezcan la salud de los individuos, de manera que éstos formen parte activa en su cuidado y preservación. Es por ello, que también se debe hacer especial énfasis en la población adulta mayor por su vulnerabilidad, en lo referido a las enfermedades, entre ellas las cardiovasculares y sus factores de riesgos.

Por otra parte, el Análisis de Situación de Salud permitió cumplir con fases fundamentales como Diagnóstico Situacional de Salud (DDS) que es la primera etapa del Asis, a través de recogida e interpretación de los datos estadísticos sobre la morbimortalidad. Posteriormente, durante una Asamblea de ciudadanos, se efectuó la identificación de los problemas, a través de la técnica de lluvia de Ideas, la cual permitió la libre exposición de opiniones por parte de la comunidad sobre las dificultades que perciben; seguidamente, una vez identificados los problemas se

procedió a priorizarlos de manera colectiva a través del método de ranqueo, coincidiendo los resultados arrojados en el diagnóstico de salud con la elevada prevalencia de hipertensión arterial, de diabetes mellitus y prevalencia de asma bronquial. A todo ello se le adicionó la ingesta excesiva de grasas y sal; además del uso inadecuado de la mascarilla como protección contra el Covid 19.

En este orden, la experiencia lograda mediante la realización de este estudio reafirmó que el análisis de situación de salud constituye el ejercicio importante para el especialista de Medicina Familiar; el cual coincide con otras investigaciones realizadas a nivel internacional, donde se evidencia la prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes; además de riesgos cardiovasculares y de hábitos tóxicos.

Por consiguiente, el análisis de la situación de la salud es considerado una práctica en la Atención Primaria en Salud de mucho beneficio para saber los problemas de salud que existen en las comunidades. Por lo antes expuesto, se debe tomar esta herramienta clínica y epidemiología favorecedora de la realización de planes en pro de la salud de las personas, hoy en día, necesaria debido al incremento mundial de adultos mayores, en el que se requiere la participación activa de éstos en acciones para su bienestar.

REFERENCIAS

Añez E (2022*). Análisis de la Situación de Salud: Una Experiencia desde la Docencia, Investigación y Extensión Universitaria.* Rev. Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2017. [consulta noviembre 2022]. Vol. 1. (Núm. 2); (16):5. Disponible en URL: https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/230/243

Añez E., Dávila F., Hernández T., Reyes I., & Talavera, J (2010). *Manual para la Elaboración en un Análisis de Situación de Salud. (2010).* IBSN:978-980-6778-26-9. Maracay. IAES. [consulta enero 2023]. Vol. 36. (Núm.3); p.18-30. Disponible en URL: https://es.scribd.com/doc/72901591/Manual-Asis#

Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. (6ta. Edición). Editorial BL Consultores Asociados.

Calderón, S y Maita, E (2018) Análisis de situación de salud y su importancia en las salas de situación de salud. Documento en línea disponible en URL: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51881/9789806678064_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chong I., Pilay L., Zorrilla E. y Villacreces D (2021). *Análisis de la Situación de Salud del Hospital Cantonal Jipijapa en el año 2019.* Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2021. ISSN:2477-8818. Vol. 7.(Núm. 2); (22):2. Disponible en URL: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8231832[consulta diciembre 2022].

Garay J (2009). *La Constitución Bolivariana (1999) comentada*. 5ta.ed. Caracas: Corporación AGR; 2009.

Hernández R, Fernández C y Baptista P (2014). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. MC Graw Hill. México

Instituto Nacional de Estadística (2014). *División política territorial de Zulia.* Disponible en URL: http://www.ine.gob.ve/documentos/see/sintesisestadistica2010/estados/zulia/documentos/Situacionfisica.htm

Instituto Nacional de Estadística (2014). *XIV censo nacional de población y vivienda.* Disponible en URL: http://www.ine.gob.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/nacional.pdf

Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores. (2021) [Internet]. Nº 6.641 Extraordinario (2021sep 13). [citado en enero 2023]. Asamblea Nacional. Venezuela Disponible en URL: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2021_leyadultomayor_ven.

López R. (2018). *El Análisis de Salud Poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017.* Rev. De Facultad Nacional de Salud Pública. ISSN0120-386x. [consulta diciembre 2022]. Vol. 36. (Núm.3); p.18-30. Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2018000300018

Organización Mundial de la Salud (2018). *Experiencias*, *salas de situación de salud en Venezuela*. Disponible URL:https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51881/9789806678064_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y[consulta 3diciembre 2022].

Organización Mundial de la Salud (2021). La *atención primaria en salud.*Disponible en URL: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care [consulta noviembre 2022].

Organización Mundial de la Salud (2021).*La Unesco y la Oms instan a que los países conviertan a cada escuela en una escuela promotora de salud.*Disponible en URL: https://www.who.int/es/news/item/22-06-2021-unesco-and-who-urge-countries-to-make-every-school-a-health-promoting-school[consulta febrero 2023].

Organización Mundial de la Salud (2022). *Envejecimiento y salud*. Disponible en URL: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health[consulta enero 2023].

Organización Panamericana de la Salud (2022) *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en URL: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles [consulta febrero 2023].

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Día mundial de la hipertensión, palabras del Dr. Jarbas Barbosa, director de la OPS-11 de mayo de 2023.*Disponible en URL: https://www.paho.org/es/documentos/dia-mundial-hipertension-palabras-dr-jarbas-barbosa-director-ops-11-mayo-2023

Peña R., Navarro A., Díaz C., Sánchez S (2020). A*nálisis de la Situación de Salud de una Población Urbana del Municipio Cienfuegos en 2020.* Rev. de la Universidad Médica Pinareña. 2021. [consulta enero 2023]. Vol. 17. (Núm. 1); (8):5-6. Disponible en URL: https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/705[consulta 9 diciembre 2022].

Sampieri, R., Collado C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación.*(6ta. Edición). Mc Graw- Hill/ Interamericana Editores S.A. [consulta enero 2023]. Disponible en URL: