

Recibido: 05/05/17; Aceptado: 30/11/17

Se autoriza la reproducción total o parcial de este artículo, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.

<https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros>
indexada en



<http://www.latindex.unam.mx/>



<http://miar.ub.edu/issn/2304->



Análisis de resultados de diagnósticos de salud realizados en comunidades de la Provincia de Panamá.

Analysis of results of health diagnoses carried out in communities of the province of Panama.

¹Delia Pineda Rodríguez

¹Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. dpineda_0182@hotmail.com

Resumen

Como parte del plan de estudio de la carrera de Licenciatura en Ciencias de Enfermería, los estudiantes de último semestre, realizan el diagnóstico de salud comunitaria, con una metodología investigación acción participativa donde analizan la situación de salud de la población, identifican sus problemas, necesidades, principales factores de riesgos y factores protectores; para el desarrollo conjunto de un plan de trabajo comunitario, para fortalecer el empoderamiento de la comunidad. El objetivo de este trabajo es analizar los principales resultados obtenidos de los diagnósticos de salud comunitaria realizados;

utilizando una metodología retrospectiva, a través de la revisión y análisis descriptivo de los diagnósticos comunitarios correspondientes al período 2010 – 2017 y con base a la información documentada. Los resultados arrojan que desde el 2010 al 2017 se han realizado 12 (doce) diagnósticos de salud comunitaria en diversas comunidades urbanas, rurales, educativas y laborales. Los principales resultados obtenidos en las cuatro comunidades con respecto a la pirámide de población arrojan que el 52.4% pertenecen sexo masculino y 47.6% al sexo femenino, predomina la población entre las edades de 25 a 29 representado el 13.1% (263) seguido de la población infantil de 0 a 4 años representados por el 12.7% (264). El 60% (231) de la población en las cuatro comunidades presenta su esquema de inmunización al día. Los principales riesgos sociales que refieren las comunidades son la delincuencia y pandillerismo. Este análisis permitió determinar las similitudes en los principales problemas identificados (delincuencia, pandillerismo, hipertensión arterial, diabetes y obesidad) en las diversas comunidades estudiadas y nos hace un llamado a seguir realizando intervenciones sanitarias primordialmente de promoción de la salud y prevención de enfermedades con un enfoque integral incorporando la participación comunitaria.

Palabras Claves: diagnóstico, salud, comunidad

Abstract

As part of the study plan for the Bachelor of Science in Nursing, the students of last semester, perform the diagnosis of community health, with a participatory action research methodology where they analyze the health situation of the population, identify their problems, needs, main risk factors and protective factors; for the joint development of a community work plan, to strengthen the empowerment of the community. The objective of this work is to analyze the main results obtained from the community health diagnoses carried out; using a retrospective methodology, through the review and descriptive analysis of the community diagnoses corresponding to the period 2010 - 2017 and based on the documented information. The results show that from 2010 to 2017 there have been 12 (twelve) community health diagnoses in diverse urban, rural, educational and labor communities. The main results obtained in the four communities with respect to the

population pyramid show that 52.4% belong to the male sex and 47.6% to the female sex, the population predominates between the ages of 25 and 29, represented 13.1% (263) followed by the children from 0 to 4 years old represented by 12.7% (264). 60% (231) of the population in the four communities present their immunization schedule per day. The main social risks that the communities refer to are crime and gangs. This analysis made it possible to determine the similarities in the main problems identified (delinquency, gangs, hypertension, diabetes and obesity) in the various communities studied and calls on us to continue carrying out health interventions primarily to promote health and prevent diseases with an integral approach incorporating community.

Keys Words: diagnosis, health, community

INTRODUCCIÓN

La salud es un proceso dinámico en la cual intervienen múltiples factores de riesgos y protectores para obtener y conservar este estado de equilibrio, recordemos la definición de salud según la OMS (1948) "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

La naturaleza del ser humano es ser sociable y para ello su primera sociedad es la formación de grupos familiares; siendo la familia entonces la unidad básica de la sociedad. Cabe destacar que las comunidades son formadas por grupos de familia, y el conjunto de comunidades a su vez conforman la población. Los miembros de una comunidad interactúan en forma dinámica y compleja, donde influyen los patrones culturales, sociales, económicos, y psicológicos; es en la comunidad donde se dan las primeras organizaciones formales e informales en la búsqueda del bien común según las necesidades sentidas por sus miembros.

Es importante recordar algunas definiciones del concepto de comunidad, según diversos autores. Socarrás (2004) define la comunidad como "...algo que va más allá de una localización geográfica, es un conglomerado humano con un cierto sentido de

pertenencia. Es, pues, historia común, intereses compartidos, realidad espiritual y física, costumbres, hábitos, normas, símbolos, códigos”.

Por otra parte, Gómez (1959), considera cuatro elementos básicos en su definición de comunidad y la define como: ‘...la relación hombre-suelo que se caracteriza por la posesión de los elementos básicos siguientes:

1. Grupo de personas directamente localizadas en un área geográfica, como resultado de una interacción social en el mismo grupo y entre éste y el medio físico.
2. Área geográfica continua.
3. Concentración de intereses funcionales comunes, de los cuales no es suficiente la vecindad.
4. Unidad funcional, como forma expresiva de la solidaridad entre sus componentes”.

Por ultimo queremos citar a Ander-Egg (2005) quien nos define comunidad como “una agrupación o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí más intensamente que en otro contexto, operando redes de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local”.

Los planteamientos de los tres autores coinciden en que una comunidad es un grupo de personas que geográficamente habitan en una misma área, zona o sector, quienes tienen intereses y necesidades en común, quienes interaccionan entre si y crean un sentido de pertenencia. Es en las comunidades donde podemos estudiar a la población y por ende al individuo como persona, analizando sus factores y conductas de riesgos, observándolos tal cual como se desarrollan, desenvuelven y organizan en su ambiente de origen; partiendo de esta premisa se realizan diagnósticos de salud en las comunidades, con el fin de poder identificar los principales problemas sociales,

sanitarios, ambientales, con el propósito de planificar las posibles soluciones promoviendo la participación y empoderamiento comunitaria, con el apoyo de las redes locales con las que cuenta la comunidad. En las últimas décadas las comunidades de las diversas provincias y sectores del país están pasando por momento críticos donde los problemas sociales de inseguridad, delincuencia, pandillerismo acompañados de la problemática de salud ambiental como vertederos abiertos, aguas estancadas, inadecuada disposición de excretas y otros son el común denominador de nuestras comunidades generando un efecto domino afectando la salud de las personas y por ende la salud de la población.

Cabe resaltar que los países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) en las últimas décadas han experimentado cambios demográficos, epidemiológicos y sociales importantes, observándose cambios en la pirámide de población, donde aumenta la esperanza de vida de la población con ello la longevidad y disminuye la tasa de fecundidad; donde las principales causas de mortalidad y morbilidad, tienen su génesis en los patrones culturales y sociales. Según el Informe de Salud en las Américas. OMS/OPS. (2017). Entre el 2000 y el 2050, la proporción de personas con 60 años o más se incrementará de 11% a 22%. La esperanza de vida en América Latina y el Caribe alcanzará 74,7 años para los hombres y 80,7 para las mujeres en 2030.

Partiendo de lo descrito, las comunidades se convierten en el escenario ideal para el logro de las competencias de salud pública en el trabajo comunitario; es por ello que, en el plan de estudio de la carrera de Licenciatura en Ciencias de Enfermería, Universidad de Panamá; en el último año de la carrera (IV año) segundo semestre se dicta el curso de Salud Pública III cuyo producto final es la realización de un diagnóstico de salud en una comunidad donde el estudiante con la guía de sus docentes debe adquirir las competencias de liderazgo comunitario, promoviendo la participación comunitaria en la identificación de problemas y/o necesidades comunitarios, priorización de los mismos por los miembros de la comunidad, desarrollando intervenciones

involucrando a los habitantes con el fin de aplicar las herramientas-etapas del diagnóstico comunitario aplicando la metodología de investigación acción participativa.

Para comprender la importancia y los factores que se consideran al realizar un diagnóstico de salud comunitario, es preciso iniciar por la definición de diagnóstico comunitario según algunos autores: Narváez Y. (2011), define diagnóstico comunitario como: “aquel diagnóstico que responde a los intereses de la comunidad estudiada, permitiendo la participación activa de todos sus miembros; su propósito es investigar una realidad colectiva para detectar sus problemas y necesidades existentes y descubrir las causas de los mismos para definir una línea de acción efectiva para resolverlos”.

Ramos C. (2011) nos dice “que el termino diagnóstico de salud aparece por primera vez en la literatura científica en la década de los 50 para referirse al estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad”.

Ambos autores coinciden en que el diagnóstico comunitario es un estudio en el que se busca conocer la situación de salud de una comunidad partiendo de la realidad sentida y observada, donde el fin que se busca es la identificación de problemas y/o necesidades para la planificación de intervenciones que mejoren las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

El diagnóstico comunitario va de la mano con el diagnóstico participativo, es por ello que según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 1993) define diagnóstico participativo como “un método para determinar, desde el punto de vista de los miembros de la comunidad, qué actividades son necesarias y pueden apoyarse; si los miembros de la comunidad aceptan las actividades propuestas por el personal externo y si tales actividades son razonables y prácticas”.

Partiendo de las definiciones anteriores podemos decir, que el diagnóstico de salud comunitaria es un estudio que identifica las necesidades reales de una comunidad y sirve de base en la planificación de las intervenciones a realizar con el fin común de

mejorar las condiciones de salud de sus habitantes. El diagnóstico es la primera etapa en la planificación de una intervención. El propósito del diagnóstico radica en hacer evidente situaciones y aspectos que a simple vista no son percibidos por la población y que nos proporcionan una visión global del entorno social, cultural, político, económico y ambiental, donde conviven los habitantes de una comunidad. El diagnóstico de salud tiene como objetivos: conocer el estado de salud–enfermedad de una comunidad, conocer la realidad, la caracterización de los factores que intervienen en el estudio de la salud enfermedad de una comunidad y conocer las necesidades más urgentes para lograr un adecuado nivel de salud de esa comunidad.

Es importante resaltar que el diagnóstico comunitario debe ir simultáneamente con el diagnóstico participativo para que las acciones en la comunidad sean efectivas; ya que es necesario la participación y empoderamiento de los principales actores quienes son sus habitantes; ya que son ellos quienes deben darle sostenibilidad a las acciones que se realicen y su multiplicación al resto de la población. Cuando se trabaja en comunidad se debe hacer *con la población y no para la población*, de esta forma se logra involucrar y crear sentido de pertenencia en los proyectos comunitarios.

El presente estudio tiene como propósito describir y analizar los resultados de los diagnósticos de salud comunitaria realizados en cuatro (4) comunidades urbanas por los estudiantes de enfermería de cuarto año, como parte del curso de enfermería en salud pública III, con el fin de identificar los principales problemas de salud que aquejan a las comunidades, las características demográficas, del entorno social, ambiental y su organización comunitaria relacionadas con las estadísticas globales de la situación de salud a nivel nacional.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es descriptivo, retrospectivo; ya que se procedió a la búsqueda y compilación de los diagnósticos de salud realizados en la Facultad de Enfermería campus central en los últimos 5 años; luego se analizó los datos obtenidos en cada comunidad, describiendo y analizando factores sociodemográficos sus similitudes y

diferencias en cuanto a los factores de riesgos, daños a la salud y condiciones de riesgo social, riesgos ambientales.

En los últimos 5 años se han realizado un total de doce (12) diagnósticos de salud, de estos siete (7) fueron en comunidades urbanas y rurales, tres (3) fueron realizados en comunidades educativas y dos (2) realizados en comunidades laborales. Para efectos de esta investigación de los siete (7) diagnósticos realizados en comunidades analizaremos los resultados obtenidos en cuatro (4) de ellos realizados en comunidades urbanas excluyendo los realizados en las comunidades rurales.

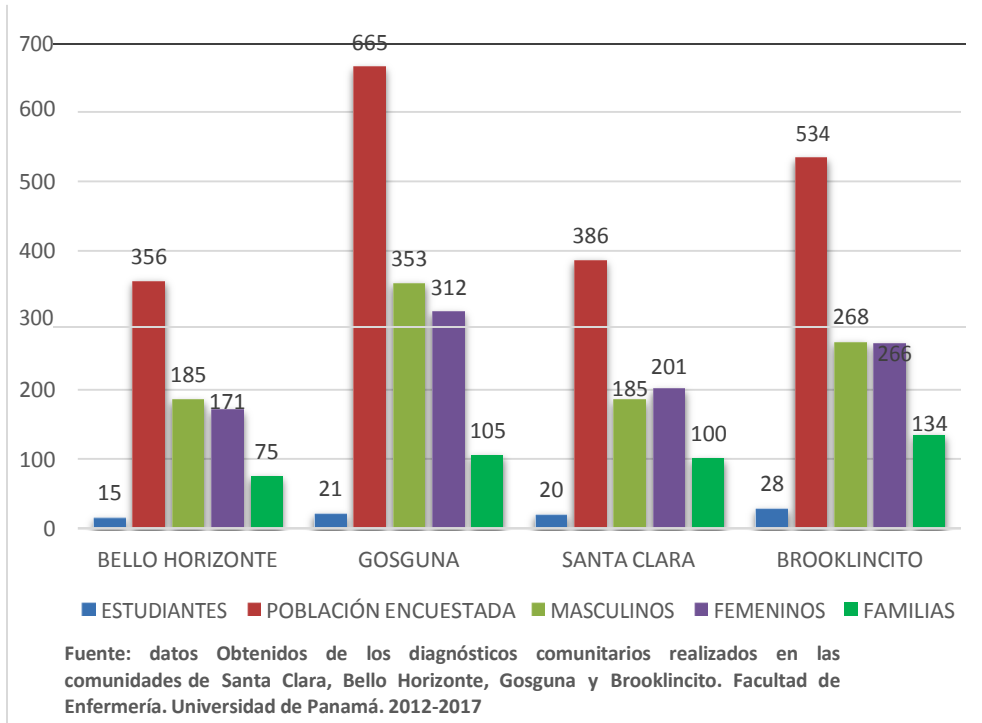
El análisis estadístico consistió en frecuencia de las variables sociodemográficas (población por edad y sexo, nivel educativo, desempleo e ingreso mensual familiar), daños a la salud (esquema de inmunización incompleto, enfermedades crónicas no transmisibles, conductas de autocuidado), condiciones de riesgo social (presencia de pandillerismo, delincuencia), condiciones de riesgo ambiental (presencia de roedores, herbazales). Los resultados procesados son presentados en cuadros y gráficos con su análisis estadístico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los diagnósticos comunitarios se desarrollaron en cuatro comunidades de la Provincia de Panamá (Santa Clara, Brooklincito, Bello Horizonte y Gosguna), estas comunidades tienen como principal características que son áreas urbanas, con acceso a redes locales gubernamentales y no gubernamentales (centros de salud, clínicas, parques, centros comerciales); podemos señalar que la población total con la que se realizaron los diagnósticos en estas comunidades fue de 1,941 habitantes, de estos la mayor concentración de habitantes estuvo en la comunidad de Gosguna con 665 habitantes según la aplicación de las encuestas casa por casa para la realización de los diagnósticos comunitarios. Cabe destacar que en total se trabajó con 414 familias de las comunidades en estudio donde participaron 84 estudiantes de cuarto año, segundo semestre, quienes fueron guiados y liderados por un total de ocho docentes del

departamento de Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá como se puede observar en el gráfico N°1.

Gráfico N°1. Diagnósticos comunitarios realizados. Facultad de enfermería. Universidad de Panamá. 2012-2017



De los resultados obtenidos en las cuatro comunidades se observó que en la pirámide de población el 52.4% pertenecen sexo masculino y 47.6% al sexo femenino, con respecto a los grupos etarios y género se observa que predomina la población entre las edades de 25 a 29 representado el 13.1% (263) seguido de la población infantil de 0 a 4 años representados por el 12.7% (264) seguido de la población adolescente de 15 a 19 años con el 10.9% (227), seguidos del grupo de niños en edad escolar. La población predominante en estas comunidades son los adultos jóvenes en edad reproductiva y la población infantil; cabe destacar que la población adulta mayor es la minoría representado por el 8.5% (176). Ver gráfico N°2.

Por lo tanto, la población de las comunidades estudiadas es eminentemente joven, lo cual es una base para la planificación de las intervenciones en salud destinadas

primordialmente a los grupos vulnerables considerando las características de las etapas del ciclo vital en el cual se encuentren acompañado de los factores de riesgos sociales, ambientales y epidemiológicos.

Gráfico N°2. Distribución de la población por sexo según edad. Provincia de Panamá. 2012-2017

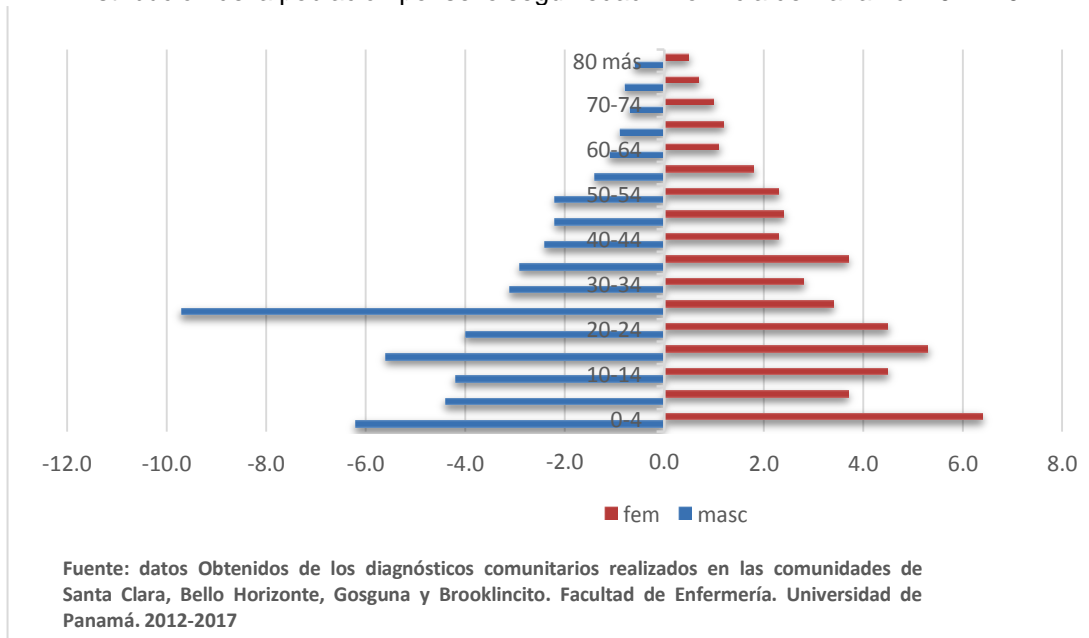
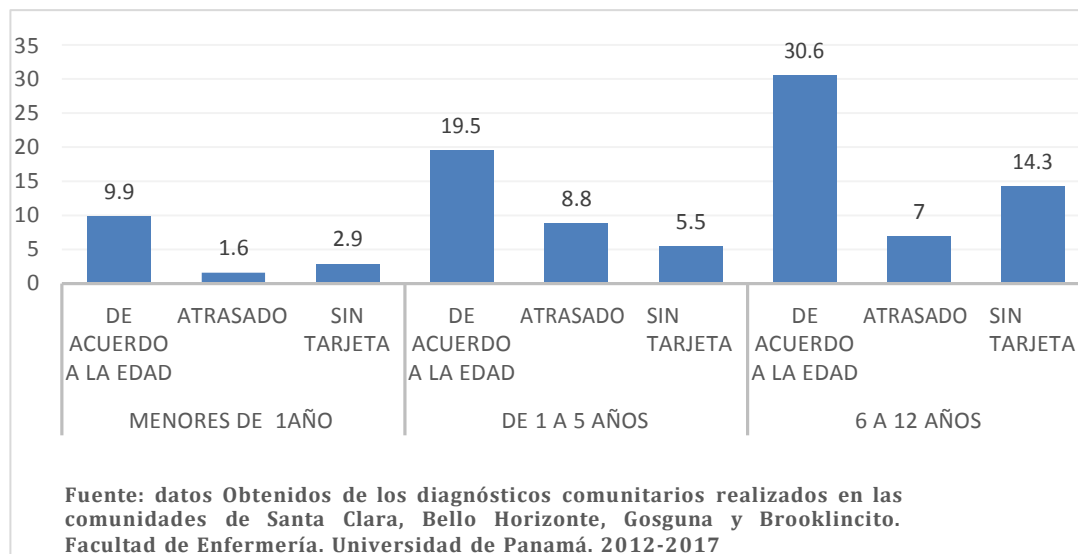


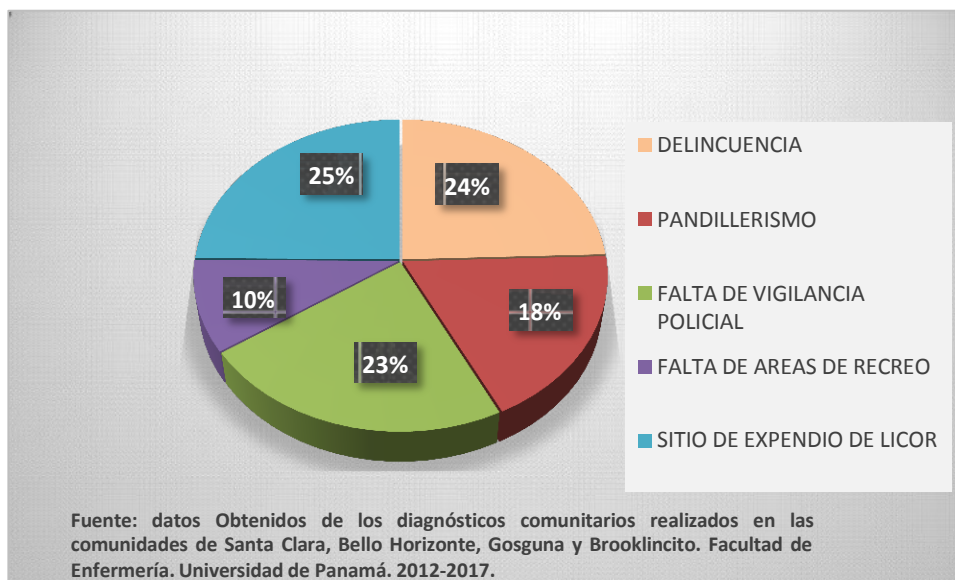
Gráfico N°3. Riesgo epidemiológico en la población. Provincia de Panamá. 2012-2017



En el gráfico N° 3 con respecto al riesgo epidemiológico presente en las cuatro comunidades, se observa que el principal factor de riesgo es el padecimiento de

hipertensión arterial representado por el 35% (77), seguido de la diabetes y obesidad con un 28.7% (63). Estos factores de riesgo pueden llevar a la población a diversos padecimientos como síndrome metabólico y otros en los cuales se ven afectados los diversos órganos y sistemas, llevando a la persona a requerir de tratamientos y rehabilitación. Es preciso continuemos como equipo de salud trabajando en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, innovando en las estrategias educativas para lograr la población se empodere y sensibilice de la importancia de su autocuidado.

Gráfico N°4. Manifestación de riesgo social en las comunidades. Provincia de Panamá. 2012-2017.



En el último gráfico N°4 con respecto al riesgo social, las cuatro comunidades tienen en común la delincuencia y pandillerismo como principal riesgo social representado por el 49% (446), seguido de la falta de vigilancia policial con un 23% (240). La sociedad cada día más es víctima del incremento de la violencia con la formación de grupos dedicados al mal vivir, nos queda como equipo de salud trabajar con las redes de apoyo a nivel interinstitucional y multidisciplinaria con el fin de promover la cultura de valores positivos, la unidad familiar. Esto último es un reto que como país tenemos que trabajar unidos utilizando estrategias y recursos disponibles con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestra población.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de salud es una herramienta fundamental en la planificación de la atención primaria orientada a la comunidad y del recurso humano necesario para su implementación. El diagnóstico de salud nos ayuda a identificar los principales problemas comunitarios y el sentir de las necesidades de la población, incorpora la participación comunitaria con los líderes y miembros de la comunidad quienes priorizan sus necesidades y/o problemas; partiendo de esta información el personal de salud puede planificar sus actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad; así como mitigación del daño logrando optimizar los recursos a su disposición.

Los resultados de los diagnósticos comunitarios nos dan un panorama de la realidad que aqueja a sus habitantes con el fin de poder utilizar todas las redes locales de la comunidad, realizando coordinaciones interinstitucionales y multidisciplinarias en pro de la salud de la población.

En esta ocasión se presentaron los resultados obtenidos en cuatro comunidades urbanas de la provincia de Panamá donde según su comportamiento poblacional el 52.4% pertenecen sexo masculino y 47.6% al sexo femenino, con respecto a los grupos etarios y género se observó que predominó la población entre las edades de 25 a 29 representado el 13.1% (263) seguido de la población infantil de 0 a 4 años representados por el 12.7% (264). Un aspecto positivo en que el 60% (231) de su población tiene un esquema de inmunización al día para sus edades. Con respecto a los riesgos sociales la delincuencia y pandillerismo son los principales representados por el 49% (446).

Las principales morbilidades son la hipertensión arterial representado por el 35% (77), seguido de la diabetes y obesidad con un 28.7% (63). Esos resultados son datos reales los cuales guardan relación con los indicadores de salud a nivel nacional, según INEC (2015) dentro de las cinco principales causas de mortalidad esta como principal las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 38.4; en segundo lugar las

enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 37.5 y en tercer lugar la diabetes mellitus con una tasa de 33.0, estas estadísticas a nivel nacional y los resultados obtenidos en las comunidades de estudio reflejan que las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales morbi-mortalidades que aquejan a nuestra población.

El conocimiento de estas estadísticas debe ser considerado una herramienta en la planificación de acciones y justificación de recurso humano, material, logística para poder intervenir en el proceso salud-enfermedad mejorando la salud y entornos de nuestras comunidades; el diagnóstico comunitario- participativo se convierte en una excelente herramienta y metodología en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en todos los niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ander-Egg. (2005). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Recuperado

de http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1046/concepto_comunidad.html

Causse C, M. (2009). El Concepto De Comunidad Desde El Punto De Vista Socio –

Histórico-Cultural Y Lingüístico. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, núm. 3, pp. 12-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1813/181321553002.pdf>

Estudiantes de IV año, grupo 5. (2013). Necesidades y Problemas Psicosociales y de

Salud que enfrentan los habitantes de la comunidad de Santa Clara. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá

Estudiantes de IV año. (2017). Diagnóstico de Salud en la Comunidad de Brooklincito.

Panamá. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá

Estudiantes de IV año. (2013). Diagnóstico de Salud en la Comunidad de Bello

Horizonte. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá

FAO (1993). Recuperado de

<http://www.fao.org/docrep/007/x9996s/X9996S02.htm#sec2.1>

GÓMEZ GAVAZZO, C. (1959) Metodología del Planeamiento Territorial. Centro Regional de Estudios de Vivienda y Planeamiento. Rosario. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000215.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2015). Estadísticas Vitales, Volumen III – Defunciones. Recuperado de https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=7&ID_PUBLICACION=773&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=3

Narváez Y. (2011). Diagnóstico Comunitario. Recuperado de https://issuu.com/cyclops/docs/diagnostico_comunitario Nutting y Green (1990). Community Oriented Primary Care. págs. 306-314.

OMS/OPS 2017. Salud en las Américas resumen: panorama regional y perfiles de países. Publicación científica y técnica N°642. Recuperado de <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Ramos C. (2011). Enfermería Comunitaria: métodos y técnicas. Diagnóstico de la comunidad. Recuperado de <http://enfermeria.cl/wpcontent/uploads/2011/07/diagnosticos-de-salud-pdf>

Rodríguez García, A. (2010). Universidad de Guadalajara. Diagnóstico de Salud en la comunidad. Recuperado de <http://Kepler.uag.mx/uagwbt/saludv10/actividad1/sesion5.pdf>

Socarrás E. (2004): “Participación, cultura y comunidad”. La Habana. Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello, p. 173 – 180