



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas

Tesis para optar al título de Médico en Medicina y Cirugía General

**Diagnóstico Comunitario de Waspuko abajo, perteneciente a Subsede
Hormiguero del municipio de Siuna, enero-abril año 2019.**

Autoras:

Br. Iris Salvadora Herrera Siles

Br. Tania Anielka Edwards Díaz

Tutor:

Dr. Wilbert López

Médico General y Máster en Salud Pública

UNAN Managua

Siuna, RACCN

Nicaragua, Diciembre 2019

DEDICATORIA

Dedicamos la culminación de este trabajo:

A Dios, por brindarnos la sabiduría y perseverancia a lo largo de nuestra formación profesional, así como por haber sido esa luz que siempre estuvo encendida en los momentos difíciles de este camino.

A nuestras Madres por habernos apoyado y guiado con principios y valores que nos permitieran encontrar el camino al éxito.

AGRADECIMIENTO

No podemos omitir patentizar nuestro agradecimiento al doctor Wilber López, quien como nuestro tutor supo guiarnos tanto con sus habilidades profesionales como con sus consejos en los cuales nos inculcó la paciencia como virtud principal de calidad y éxito. De igual manera les agradecemos a todas aquellas personas que de una u otra manera estuvieron siempre a nuestro lado apoyándonos en cada uno de los pasos que dimos para lograr el objetivo que nos propusimos.

RESUMEN

Se realizó un estudio de diagnóstico de comunidad Waspuko Abajo en el Municipio de Siuna, para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en donde se entrevistaron a 417 habitantes de dicha comunidad a través de la ficha de dispensarización. Dando como resultado que la comunidad Waspuko Abajo tiene serias deficiencias en cuanto al desarrollo de su salud sexual y reproductiva, generado por sistema patriarcal, baja escolaridad y los problemas de acceso a los servicios por lejanía geográfica y elementos climatológicos. La morbilidad en cuanto a causas y frecuencia es el reflejo de las condiciones ambientales y de vida de la población, la falta de agua segura es un elemento fundamental en la causalidad de las diarreas, las condiciones de las viviendas y otros factores ambientales en la ocurrencia de las IRA y las distancia y estados de los caminos los principales responsables de que muchas enfermedades tratables terminen en complicaciones. La gran mayoría de la población de la comunidad Waspuko abajo posee diversos factores ambientales, sanitarios y meteorológicos lo que los ubica en el grado dispensarial II. Se recomienda fortalecer la calidad de los servicios de atención, incrementando el número del personal de salud y el mejoramiento de las condiciones de atención para alcanzar un mejor desempeño de las unidades de salud. Fortalecer el sistema de monitoreo y vigilancia de la salud que permitan priorizar las acciones de salud pública dirigida a los principales grupo poblacionales de riesgo.

Palabras claves: Diagnóstico Comunitario, Waspuko, Dispensarización, Siuna

OPINIÓN DEL TUTOR

El presente estudio, titulado: “**Diagnóstico Comunitario de Waspuko abajo, perteneciente a Subsede Hormiguero del municipio de Siuna, enero-abril año 2019**”, elaborado por las Bachilleras Iris Salvadora Herrera Siles y Tania Anielka Edwards Díaz es un estudio pertinente principalmente por el aporte que brinda en relación a una de las comunidades priorizadas para el mejoramiento de la calidad de vida, en una zona tan vulnerable tanto socialmente como geográficamente, como es Siuna.

Sumado a lo anterior, son pocos los estudiantes que se atreven a realizar este tipo de trabajos, por lo que asumir este tipo de investigaciones permite crecer en conocimiento y habilidades. Un riesgo necesario para contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Cabe destacar que el actual modelo del Ministerio de Salud, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) ha permitido abordar de manera más integral al individuo, a la familia y a la comunidad, siendo una estrategia efectiva para el fortalecimiento de intervenciones comunitarias en salud.

Mi respeto y felicitaciones a las bachilleres, por culminar una etapa de su vida académica, por aplicar los conocimientos en pro de la salud del pueblo más vulnerable y las insto a seguir trabajando arduamente por y para la salud del pueblo humilde de nuestro país.

“No dejes apagar el entusiasmo, virtud tan valiosa como necesaria; trabaja, aspira, tiende siempre hacia la altura.” Rubén Darío

Wilbert López Toruño MD. MPH.
Máster en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

INDICE

<u>I.Introducción</u>	7-8
<u>II.Antecedentes</u>	9-10
<u>III.Justificación</u>	11
<u>IV.Planteamiento del problema</u>	12
<u>V.Objetivos</u>	13
<u>VI.Marco Teórico</u>	14-29
<u>VII.Diseño Metodológico</u>	30-40
<u>VIII.Resultados</u>	41-45
<u>IX.Discusión y Análisis</u>	46-50
<u>X.Conclusiones</u>	51
<u>XI.Recomendaciones</u>	52
<u>XII. Bibliografía</u>	53-54
<u>XIII.Anexos</u>	55

I. INTRODUCCIÓN

En Nicaragua a partir del 2007 se adopta un nuevo modelo de salud “el modelo de salud familiar y comunitario (**MOSAFC**)” con la finalidad de brindar una atención de calidad, con un enfoque integral al y por el individuo, la familia, su comunidad y el medioambiente, reconociendo que el trabajo comunitario es el eslabón fundamental de la atención en salud que garantiza el bienestar de la población en el nivel de atención primario. (MINSA, 2007)

El compromiso de las instituciones de Salud y muchas organizaciones sociales y gremiales ha sido en los últimos años fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud a nivel local, para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven, trabajan y/o estudian las personas. Ello requiere de la formulación de políticas públicas saludables, mantenimiento de ambientes sanos, y la promoción de estilos de vida saludables.

Cuando una institución, organización social o sector se dispone a organizar su trabajo surgen una serie de inquietudes y dudas que toman en cuenta algunos en la planificación de acciones en un municipio: sustentabilidad, participación comunitaria, acción intersectorial, compromiso con las políticas públicas saludables, movilización y gestión de recursos y fortalecimiento de equipos técnicos.

Las alternativas para planificar, desarrollar y evaluar el trabajo en promoción de la salud en el nivel local son tantas y tan variadas como el número de municipios y comunidades existentes. En Nicaragua se mencionan dos términos básicos “Diagnóstico comunitario en Salud” y “Diagnóstico situacional de la salud”.

El diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información, permite conocer mejor la realidad de las comunidades o de una parte de ellas, para dar respuestas a los problemas. Es importante señalar, que es la propia comunidad quien determinará cuáles son sus necesidades primordiales por resolver, establecerán la jerarquización de las mismas y podrán proponer las posibles soluciones (Santaella, 2011).

Para contextualizar el presente trabajo es importante destacar que Siuna conocida como ciudad dorada, es un municipio lleno de naturaleza y cultura, donde prevalece su histórica minería artesanal, comunidades indígenas que guardan sus tradiciones ancestrales y una población amigable, orgullosa de su pueblo.

Siuna es la cabecera departamental del triángulo minero que pertenece a la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) y cuya superficie es de 5,039.81 km² a una distancia de 318 km de la capital de Nicaragua (Managua), con una población de 73,730 habitantes de mayoría rural (83.97%) y con datos de pobreza extrema (83.22). Se encuentra distribuida en 396 comunidades con predominio de etnia mestiza, mayagnas (10%) y misquitos (5%).

El presente trabajo pretende abordar una de las comunidades de Siuna llamada Waspuko abajo, ubicado a 10 km de la comunidad Hormiguero y a 45 km de la parte urbana del Municipio de Siuna en el triángulo Minero; cabe destacar que esta comunidad es beneficiada entre los acuerdos sociales de gobierno a través del Ministerio de Salud de Nicaragua con estrategias comunitarias como son PROCOSAN, Materno-Infantil, ECMAC, Plan de Parto y Agua Segura. Además es la comunidad más organizada ya que cuenta con una estructura comunitaria activa y pro activa. Es por ello que la presente investigación pretende identificar elementos necesarios a nivel de salud para la oportuna planificación de estrategias que permitan a los tomadores de decisión mejorar o fortalecer los diferentes programas o intervenciones sociales con un enfoque multicultural.

II. ANTECEDENTES

El nombre de Waspuko proviene de la Toponimia Mayagna que significa “rio de víboras”, inicia en la unión del rio Waspuko con el waní, hasta el cerro Limón y toma el divisadero. La comunidad Waspuko abajo limita al norte con Waspuko central, al sur con el Torno, al este con Awawas y al oeste con la Consuelo, pertenece al sector 15 del puesto médico del Hormiguero, ubicado en el Municipio de Siuna del triángulo Minero. (Siles Pilar del Rosario, 2014).

Se han realizado pocos estudios que abarquen la situación de la comunidad Waspuko abajo; en el año 2014, se realizó un estudio denominado “situación socio-económica de la mujer en las comunidades del Hormiguero”, realizados por las autoras Lic. Alejandra Centeno Ramírez y Lic. Ventura Herrera, publicada en la revista universitaria de URACCAN, encontrando que la mayoría de las encuestadas no tienen ingresos fijos, se dedican al trabajo doméstico y del hogar sin recibir salario. La mayoría de la población es mujer entre las edades de 15 a 49 años. Las enfermedades más frecuentes son las infecciones renales, malaria, anemia, pocas mujeres se realizan el Papanicolaou, la mayoría se auto medicaban y solo el 100% de las mujeres encuestadas utilizaban medicina tradicional para tratar sus padecimientos como son el té de hierbas, 28 % planifican con algún método anticonceptivo. Tienen letrinas y tienen pozo pero cloran el agua. (Centeno & Herrera, 2014)

En el año 2015 se realizó estudio publicado en la revista universitaria de URACCAN, titulado “Caracterización socio-demográfica y económica del municipio de Siuna” por el autor Luis Herrera Siles donde se destacaron los siguientes resultados: El municipio de Siuna cuenta con una población total de 89, 661 habitantes, la mayoría hombres, Mestizos, de zona rural, actualmente existen 12,319 viviendas de las cuales 3,070 son urbanos y 8,865 son rurales. Las casas en su mayoría de madera y en menor cantidad rejón y bambú con techos de palma y zinc.

La mayoría tiene piso de tierra, cada vivienda es habitada por un promedio de 6.97 habitantes, existiendo un déficit habitacional de 5,116 viviendas en todo el Municipio; no poseen servicio de alcantarillado sanitario, las aguas negras son evacuadas al aire libre sobre criques, esto genera contaminación del medio ambiente e insalubridad ambiental. (Herrera, 2015)

El Ministerio de Salud de Nicaragua, en el año 2016, refiere que Siuna presenta un incremento de casos de malaria en las aéreas rurales, disminuyendo la incidencia a nivel de los barrios del casco urbano, confirmándose 48 por vivax y 15 casos de Falciparum. De igual manera se presentó aumento de casos de diarrea Disentérica, siendo el brote más importante el de la comunidad del Porvenir, 60 casos sin ningún fallecido por contaminación del agua principalmente. También hubo incremento de infecciones respiratoria. La Leishmaniasis ha presentado un incremento. (MINSAL, 2016)

III. JUSTIFICACIÓN

Originalidad: El diagnóstico comunitario en nuestro país es promovido por nuestro modelo de atención familiar y comunitario como un instrumento empleado por las comunidades para la edificación en colectivo de un conocimiento sobre su realidad, en el que se reconocen los problemas que las afectan, los recursos con los que cuenta y las potencialidades propias de la localidad que puedan ser aprovechadas en beneficio de todos.

Conveniencia institucional: Es importante destacar la pertinencia del diagnóstico comunitario a nivel institucional, ya que surge como una necesidad en atención primaria de salud del ministerio de salud en Nicaragua con el propósito de hacer estudios más detallados del estado de salud de la población, analizando las características de las mismas, los indicadores de salud y los principales factores de riesgos que favorecen la aparición de enfermedades.

Relevancia Social: Los amplios datos obtenidos a través del diagnóstico comunitario, permiten al modelo de salud de país, diseñar planes de intervención dirigidos a la comunidad, a través de los diferentes programas de salud que se desarrollan en casa ESAFC/GISI¹ que conforman la atención a los sectores desde los puestos de salud.

Valor Teórico: El aporte científico de este estudio logrará obtener estadísticas propias de la comunidad Waspuko Abajo en el sector quince del puesto médico Hormiguero del Municipio de Siuna, permitirá identificar los factores de riesgo en salud a los que se encuentra expuesta la comunidad.

Relevancia Metodológica: La realización de este estudio permitirá determinar las debilidades en salud, identificar potenciales y así establecer estrategias para orientar la resolución de los problemas de salud de la comunidad, mejorando la calidad de vida de sus habitantes y un desarrollo institucional del sector salud.

¹ ESAFC: Equipos de Salud Familiar y Comunitario.
GISI: Grupos Integrales de Salud Intercultural

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano está expuesto a factores de riesgo que condicionan a padecer enfermedades por naturaleza y la comunidad con el entorno del hogar en malas condiciones higiénico-sanitarias propicia a las tasas de morbi-mortalidad; asociado a esto los factores ambientales, nivel socio-económico y lejanía geográfica pueden influir como determinantes de la salud en el proceso salud-enfermedad de una población, principalmente a los grupos de población en riesgo como son los niños menores de seis años, mujeres embarazadas y en edad fértil, personas de la tercera edad y que padecen de enfermedades crónicas; sin embargo estos problemas la mayoría de las veces pasan desapercibidos debido al factor de accesibilidad a las comunidades rurales como la de Waspuko abajo ubicado a 45 kilómetros de la cabecera municipal Siuna, Por lo cual se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el diagnóstico comunitario en salud de Waspuko abajo, perteneciente a Subsede Hormiguero del municipio de Siuna, enero-abril año 2019?

Para ello se apoya de las siguientes preguntas de sistematización:

1. ¿Cuáles son los factores socio-económicos y medio ambientales en los que se encuentran los habitantes de la comunidad Waspuko abajo, perteneciente al sector Hormiguero del municipio de Siuna?
2. ¿Cuáles son las características higiénico-sanitarias de los pobladores de la comunidad de Waspuko abajo?
3. ¿Cuáles son las enfermedades con mayor incidencia de la comunidad Waspuko abajo del municipio de Siuna?
4. ¿Determinar el nivel de participación al acceso de salud en los pobladores de la comunidad Waspuko Abajo del municipio de Siuna?
5. ¿Cuál es el funcionamiento familiar de la población?
6. ¿Qué plan de intervención comunitario se podría realizar en la comunidad Waspuko Abajo del municipio de Siuna?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar el diagnóstico comunitario en salud de Waspuko abajo, perteneciente a Subsede Hormiguero del municipio de Siuna, enero-abril año 2019

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores socio-económicos y medio ambientales en los que se encuentran los habitantes de la comunidad Waspuko abajo, perteneciente al sector Hormiguero del municipio de Siuna.
2. Determinar las características higiénico-sanitarias de los pobladores de la comunidad de Waspuko abajo.
3. Señalar las enfermedades con mayor incidencia de la comunidad Waspuko abajo del sector Hormiguero.
4. Describir el funcionamiento familiar de la población en estudio.
5. Determinar el nivel de participación al acceso de salud de la mujer y la niñez en la comunidad Waspuko Abajo del municipio de Siuna.
6. Formular un plan de intervención comunitario para los problemas principales de la población de la comunidad Waspuko Abajo del municipio de Siuna.

VI. MARCO TEÓRICO

El modelo de salud familiar y comunitario (**MOSAFC**) se ha estado implementando por el MINSA en todo el territorio nacional con la finalidad de brindar una atención de calidad, con un enfoque integral al y por el individuo, la familia, su comunidad y el medioambiente, reconociendo que el trabajo comunitario es el eslabón fundamental de la atención en salud que garantiza el bienestar de la población en el nivel de atención primario. (MINSA, 2007).

El nivel primario en salud es importante ya que estimula la formación de profesionales en salud, que incluye los valores y principios de calidad humana, fomentando hábitos y estilos de vida saludables del individuo, la familia, su comunidad, así como su relación y armonía con el medio ambiente, contribuyendo al mejoramiento de la salud de la población objetivo a través de la participación activa del personal de salud en las acciones comunitarias en salud. (Barroto y Alvares, 2015).

Diagnóstico de Salud Comunitario

Un diagnóstico debe reflejar la dinámica de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad de una población. Estos están en permanente evolución. El diagnóstico permite conocer la realidad de manera más objetiva y ordenada, usando técnicas y métodos de diferentes ciencias.

El diagnóstico es la etapa inicial de todo proceso de salud concebido racionalmente; aporta elementos para precisar (cualitativa y/o cuantitativamente) el inicio de una situación vivencial de un individuo o de una comunidad sana o enferma, con el objeto de comparar resultados luego de una acción científicamente programada. (Gutiérrez Leytón, 2018).

Se recomienda que el diagnóstico sea actualizado o realizado periódicamente, para tener aproximaciones constantes a la realidad, evaluar el impacto de las intervenciones realizadas y definir las nuevas estrategias.

La OMS sugiere algunas destrezas necesarias a tener en cuenta para el equipo que realiza el diagnóstico:

- Determinación para descubrir y examinar los documentos.
- Tener voluntad de aprender de la población local, como es el caso de la medicina tradicional.
- Desarrollar conciencia y ser sensibles a todas las cosas que se pueden observar directamente.
- Escuchar atentamente durante las entrevistas y las conversaciones informales.

Medición del nivel de salud de la comunidad

Independiente de los recursos, la medición del nivel de salud de una comunidad puede realizarse utilizando los datos o la información disponible y utilizando el raciocinio para su análisis. No son necesarias grandes encuestas, largos formularios, ni sistemas de muestreo elaborados para poder conocer los problemas sociales evidentes y sus modalidades de presentación en la comunidad. La salud pública ha aportado al estudio de la salud de la población abordando dos aspectos: la medición del nivel de salud de la población y el estudio de sus factores condicionantes.

La comunidad refleja en general la estructura económica y social de la sociedad a la cual pertenece; por lo que la salud de la comunidad no corresponde la suma de la salud de cada individuo debido a que las condiciones de vida en la comunidad no son uniformes. . (Gutiérrez Leytón, 2018).

En el estado de salud-enfermedad de una comunidad intervienen causas, factores y agentes patógenos de manera múltiple resultando un producto global complejo, con dimensiones, relaciones y dependencias diversas que pueden conducir a alteraciones orgánicas individuales, a la enfermedad, a estados intermedios o a la muerte. (Barroto & Alvarez, 2015).

Según la OMS la enfermedad o la salud no es un proceso de determinación interna individual, en su mayoría es un proceso de origen social. Cuando se mide el estado de salud de una comunidad, lo que se trata de representar son los procesos sociales, relacionados directa o indirectamente con la enfermedad.

Características que debe tener un diagnóstico

- a). Objetividad: no debe ser influenciada por los miembros del equipo que lo realiza.
- b). Integralidad: Ser capaz de describir, explicar y evaluar la situación de la comunidad en su conjunto.
- c). Dar una correcta definición del sujeto del diagnóstico.
- d). Definir cuál es la comunidad o el área determinada para la cual se hace el diagnóstico, teniendo en cuenta que el tamaño de la población sea acorde a la capacidad de cobertura del servicio.
- e). Delimitado: Definir el tiempo de su realización.

Etapas del Diagnóstico

Cuatro son las etapas de un diagnóstico comunitario, descripción y medición del nivel de salud comunitario y los factores condicionales, explicación, pronóstico y evaluación. De estas sólo la primera esta desprovista de cargas ideológicas, las etapas posteriores dependen de lo que se desea y quieren mostrar los actores sociales involucrados.

1). Descripción de la situación:

Pretende ser modificada beneficiosamente con la elaboración del plan de intervención.

Se recoge toda la información útil relacionada con las condiciones del lugar, los problemas de salud y las características de los habitantes entre otras. El involucramiento de la comunidad debe iniciarse desde esta etapa. Puede obtenerse un listado de problemas que afectan a la comunidad.

Los problemas de salud o la realidad en la comunidad pueden variar en dependencia de la óptica del actor social que participe en el proceso.

2). Explicación de la situación

Se buscan las relaciones entre los problemas identificados y los factores de riesgo presentes en el ambiente que se estudia. Incluye el análisis de todos los determinantes siguientes.

- Factores Económicos
- Factores Sociales
- Factores Culturales
- Factores políticos

3). Pronóstico de la situación

Se basa en el conocimiento que se tiene sobre los problemas y las relaciones con los factores de riesgo. Su objetivo es adelantar acontecimientos dentro del territorio, motivando a la elaboración conjunta de un plan de intervención con el objetivo de evitar mayores daños en la población.

4). Evaluación de la situación

Periódicamente se debe hacer una evaluación de la situación actual en contraste con la situación inicial, basándose en las intervenciones realizadas. Permite ver si en efecto la situación se ha mejorado, si se ha empeorado, o si permanece igual.

El diagnóstico es un instrumento de trabajo dinámico y permanente que sirve para la toma de decisiones, por lo tanto debe ser:

- Fácil y tan esquemático como sea posible.
- Accesible para todos los ciudadanos.

Técnicas para el Diagnóstico Comunitario

El diagnóstico comunitario es un proceso investigativo, y como tal, puede hacerse uso de métodos y técnicas cualitativas o cuantitativas.

Un diagnóstico comunitario se puede hacer con la participación de la comunidad o sin ella. Sin embargo, la participación de la comunidad es aconsejable, puesto que nadie mejor que la población misma conoce la realidad de su comunidad. (Barroto & Alvarez, 2015).

Apreciación Rápida

Se realiza una revisión de los registros estadísticos, informes y otros documentos relevantes de la comunidad. Otras técnicas utilizadas son las entrevistas a informantes claves y la observación. Al final, y con la participación comunitaria, se identifican los problemas y se determinan prioridades. La apreciación rápida no es una encuesta comunitaria. Investigaciones de mayor profundidad se pueden hacer posteriormente, una vez que la intervención ya está en curso.

Perfil Socio-demográfico

El municipio de Siuna es una municipalidad de la región autónoma de la costa caribe norte, en la república de Nicaragua, cuenta con una población total de 89, 661 habitantes. La extensión territorial es de 3,548.11 km² ocupando el 18 % del territorio de la Región Autónoma del Atlántico Norte), estructurado en el casco urbano dividido en 21 barrios, en tanto que el sector rural en 212 comunidades. (Alcaldía Municipal-Siuna 2017).

Geografía:

El municipio de Siuna está situado entre las coordenadas 13° 44' de latitud norte y 84° 46' de longitud oeste. La cabecera municipal está ubicada a 318 kms. de Managua, capital de la República y a 218 kms.de Bilwi sede del Gobierno Regional. El término municipal limita al norte con el municipio de Bonanza, al sur con los municipios de Paiwas y río blanco, al este con Rosita, Prinzapolka y La Cruz de Río Grande y al oeste con los municipios de Waslala, El Cua y San José de Bocay. (Alcaldía Municipa-Siunal, 2017).

Clima:

El Clima predominante en el municipio es de tropical Monzónico; con una temperatura promedio de 26° C. En el municipio de Siuna precipitan en promedio anual la cantidad de 2,364 milímetros de lluvia, con una distribución uniforme de estas durante el año, con un valor máximo de 360 mm en el mes de Julio, y una disminución de éstas entre los meses de Febrero y Abril, presentando un valor mínimo de 38 mm en el Mes de Marzo, lo que origina una corta estación seca y precipitaciones superiores a los 2,000 mm. Anuales. Su clima húmedo y lluvias favorecen el cultivo de plantas bulbosas y raíces, no así la siembra de granos básicos, para los que se requiere. (Alcaldía Municipal-Siuna, 2017)

La comunidad:

Una comunidad son grupos de humanos que residen en un lugar determinado, relacionado con el ambiente el cual crea sus propias instituciones, formando una entidad autónoma que se relaciona con otras unidades autónomas. También se define como el lugar de sucesos, o sea, el lugar donde las personas aceptan o rechazan soluciones a sus problemas, o sea, la capacidad de comunicar, discutir y solucionar los problemas. La comunidad está constituida por grupos de población que conviven en un área geográfica determinada y al menos en teoría, tienen los mismos intereses y están regidos por las mismas normas. . (Gutiérrez Leytón, 2015. Pag-33).

Los elementos que constituyen la comunidad son:

Grupo humano: relacionado con las características culturales de la población (creencia, valores y normas) características demográficas (edad, sexo, migración) y características socioeconómicas (nivel de pobreza, instrucción etc.).

Espacio geográfico: una comunidad posee:

- Ambiente físico (clima, temperatura).
- Ambiente biológico (flora y fauna)
- Ambiente higiénico sanitario.

Los cuales pueden comportarse como factores de riesgo.

Un sentido de pertenencia:

La comunidad puede estar concentrada o dispersa geográficamente, con asentamiento fijo o migratorio y mostrar diversas formas organizativas. La interacción entre sus habitantes aumentara en frecuencia e intensidad si la población se encuentra concentrada y con cierta estabilidad.

Sistema comunitario:

La comunidad vista como un sistema está compuesto por subsistemas que se caracterizan por tener una estructura, funciones, recursos e interrelaciones con otros subsistemas, tales como:

El sistema económico:

Está relacionado con el sistema de salud. El nivel de pobreza en la población está asociado a mayores problemas de salud y menor acceso a los servicios de salud. El deterioro económico repercute en la capacidad de oferta y la calidad de los servicios de salud.

Definiciones alrededor de necesidad:

a) Corresponde a una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación. (Brown González, Geraldo, 2015).

Clasificación de necesidad (Según la taxonomía de Bradshaw)

a) La necesidad normativa: Es la necesidad definida por un experto ya sea en el ejercicio de su profesión o como administrador o gestor de programas o proyectos.

b) La necesidad sentida: Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre sus problemas de salud o de las expectativas que tienen alrededor de los servicios de salud.

c) La necesidad expresada: Equivale a la demanda activa de cuidados y de servicios.

En otras palabras a la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicio.

d) La necesidad comparativa: La necesidad que un individuo o un grupo demanda tener, puesto que presentan las mismas características que otros individuos o grupos al que se le ha identificado una necesidad.

El estudio de las necesidades en el diagnóstico comunitario en salud

Concepto: La identificación de problemas de salud y la determinación de necesidades implican una evaluación de la extensión y la importancia de la diferencia existente entre el estado de salud actual y el estado de salud deseado. Revela la relevancia de los problemas de salud y de los factores asociados, permite evaluar la eficacia de las medidas tomadas por la comunidad para satisfacer las necesidades y favorece el conocimiento de los recursos comunitarios y la identificación de posibles intervenciones para solucionar los problemas existentes. (Gutiérrez Leytón, 2015).

a) Tipos de métodos Para la identificación de problemas y necesidades de salud

Existen dos métodos:

- 1-Cualitativos
- 2-Cuantitativos

b) Los indicadores pueden ser:

- 1- Sociodemográficos
- 2- Sanitarios
- 3- De utilización de los servicios de salud
- 4- De recursos

c) Criterios de la selección de los métodos de medidas:

1- Sensibilidad: es la capacidad de un método para identificar las Características que se requiera en una población.

2- Especificidad: es la capacidad de un método para diferenciar las características de una población de aquella población que no la presenta.

3- Validez: es la capacidad de un método para medir las características de una población que deseamos medir.

4- fiabilidad: es la capacidad de un método para dar los mismos resultados cuando se repiten los resultados.

Determinación de prioridades

La determinación de prioridades forma parte de la planificación estratégica. Se dirige a seleccionar, por una parte, los problemas que serán objeto de intervenciones de salud; es decir, las prioridades de acción y, por otra parte, aquellos para los cuales es necesario, primero conocer mejor las causas y las soluciones; es decir, las prioridades de investigación. Con el fin de llevar a término este proceso, hay que realizar una labor de comparación y de toma de decisiones que requiere la utilización de métodos o de técnicas de clasificación. . (Barroto & Alvarez, 2015).

El estudio de las necesidades ha permitido recoger una lista de elementos problemáticos. Algunos de estos elementos serán más importantes que otros; pero la mayor parte de las veces, la distinción entre los problemas más prioritarios y menos prioritarios es difícil de realizar. La exploración de las alternativas de intervención no forma parte, como tal, del proceso de determinación de prioridades; es más bien un requisito previo a la toma de decisiones sobre las prioridades.

Alternativas de intervención:

Una etapa previa a la determinación de prioridades:

La fase de estudio exploratorio trata de verificar si los problemas y las necesidades identificadas en la fase del estudio de necesidades pueden ser satisfechos.

La intervención se refiere a las medidas sanitarias aplicadas a un individuo, a un grupo o a una comunidad; se refiere a las acciones de promoción, de mantenimiento y de restauración de la salud. El termino actividad es utilizado para describir las operaciones, las tareas y las medidas administrativas correspondiente al comportamiento de los profesionales en el marco de su trabajo; es sinónimo de servicio. El estudio exploratorio de las intervenciones tiene por finalidad facilitar la toma de decisiones referente a los problemas y a las necesidades a retener para la programación y para la investigación.

Elementos a considerar en la exploración de las alternativas de intervención:

Se trata de encontrar, para cada problema las soluciones eficaces y, entre estas soluciones, cuales son factibles o aceptables. En este proceso hay que tener en cuenta el objeto del estudio, la población objetivo y el tipo de intervención y el nivel de prevención deseable.

A) Eficacia de la intervención: se refiere a la capacidad de esta intervención para solucionar el problema. Para ser considerada eficaz, una intervención debe ser a la vez fiable y valida.

Fiabilidad: se refiere a la capacidad de la intervención para producir los mismos resultados cuando se repite en condiciones semejantes; la intervención es válida en la medida en que el resultado obtenido se asemeja al resultado que se espera obtener al ser aplicada.

B) Factibilidad de la intervención: la factibilidad de una intervención está en relación con la capacidad de resultar operativa en el contexto que le es propia; se dirige a evaluar las posibilidades de éxito de su implantación, es decir su aceptabilidad.

Factibilidad legal: si respeta las diferentes legislaciones implicadas.

Factibilidad política: se refiere a la receptividad por parte de las organizaciones políticas locales.

Factibilidad económica: se refiere a los costos en relación con los de otros programas, en relación a los resultados esperados.

Factibilidad organizacional: si dispone del personal apropiado, si hay coordinación entre los diversos niveles del gobierno y entre los organismos de salud.

Factibilidad sociocultural: toma en cuenta los valores, creencias y actitudes de la comunidad; si se relaciona con la necesidad de la población.

Factibilidad ética: si sólo permite intervenir sobre ciertos grupos de la población o intervenir únicamente en los grupos de alto riesgo.

C) Objetivo del estudio exploratorio: La búsqueda de una solución puede plantearse directamente sobre el problema o sobre la necesidad original, pero también sobre elementos relacionados con el problema; como los factores de riesgo, las condiciones asociadas a la manifestación del problema o a sus consecuencias. Por lo tanto, en la fase de exploración de las intervenciones se deberían examinar las múltiples maneras de actuar sobre un mismo problema, tomando en cuenta los diferentes efectos obtenibles.

D) La población objetivo de la intervención: El análisis de las intervenciones debe tener en cuenta el hecho de que se puede actuar directamente sobre la población en la que se desea producir una mejora en su salud o bien sobre un intermediario.

En el primer caso, la población objetivo del programa es la misma que la de las intervenciones. En el segundo caso, la población objetivo de las intervenciones difiere de la del programa.

E) Nivel de prevención al cual se dirige la intervención: Algunos problemas se prestan mejor a la detección precoz que a la prevención primaria, como es el caso del cáncer de cuello uterino. Para otros problemas el tratamiento precoz es la elección, como es el caso de las enfermedades de transmisión sexual.

Estrategias de intervención: El hecho de saber que existe una solución al problema identificado no es suficiente para que esta solución sea aplicable. Hace falta pues, además de estas soluciones, una estrategia, es decir, un conjunto de acciones a desarrollar para solucionar el problema.

Este conjunto de acciones a desarrollar son denominadas “estrategias de intervención”, no solamente por la naturaleza compleja de los problemas de salud, sino también debido a las acciones a la vez diversificadas y bien articuladas que requieren.

El método que se debe seguir es el de dirigirse hacia numerosos factores a la vez, es decir, el de las intervenciones realizadas simultáneamente y a diferentes niveles.

La educación sanitaria y el marketing social utilizan procedimientos basados en el análisis de la comunidad o de la población definida en términos de calidad de vida o de medio ambiente. Sirven a la vez como medio de intervención y como instrumento de planificación de las acciones prioritarias. (Gutiérrez Leytón, 2018).

El precede

Un modelo de planificación de estrategias educacionales. Estas estrategias de educación sanitaria se dirigen a actuar de manera específica sobre factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo que influyen directa o indirectamente en los comportamientos. El Precede representa el modelo por excelencia de la educación sanitaria, puede ser aplicado casi de la misma forma que para el desarrollo de un programa. A sí mismo, se pueden utilizar únicamente algunos elementos del modelo o bien combinar diferentes modelos educacionales. (Gutiérrez & Leytón, 2018)

Instrumentos útiles para determinar prioridades

Los instrumentos que sirven para determinar prioridades van desde la simple parrilla de análisis a métodos más elaborados que permiten clasificar los problemas en función de un gran número de criterios. Algunos métodos de clasificación ordenada son exclusivos de la planificación sanitaria.

Otros son técnicas generales que pueden ser utilizadas como tales o como una etapa de un método específico de determinación de prioridades de salud. Los métodos de determinación de prioridades específicos de la planificación sanitaria son los siguientes:

a. Parrilla de análisis: La parrilla de análisis ayuda a formular recomendaciones sobre prioridades. En este caso, el estudio abarca la importancia del problema, la relación entre este y el o los factores de riesgo, la capacidad técnica de resolución del problema, y la factibilidad del programa o de la intervención.

b. Método de Hanlón: En el método de Hanlón, la clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que está siendo considerado:

Puntuación de prioridad: $(A + B) C * D$. Quien toma la decisión debe asignar un valor de entre los pertenecientes a una escala predeterminada para cada uno de los componentes de la fórmula.

La elección y la definición de los componentes de la fórmula, así como el peso que se les asigne, se basan en el consenso del grupo. Sin embargo, se puede ejercer un cierto control científico con la ayuda de los siguientes elementos: una definición precisa de términos, la aplicación exacta de los procedimientos de clasificación ordenada y la utilización de estadísticas para guiar la clasificación.

Quiere decir esto que previamente a la aplicación de la fórmula a cada uno de los problemas, el grupo que decide debe ponerse de acuerdo sobre la importancia relativa que va a darse a cada uno de los cuatro componentes y haberles asignado una escala.

Es un método para el establecimiento de prioridades que está basado en los siguientes componentes:

Componente A: magnitud del problema:

Se define como el número de personas afectadas por el problema en relación a la población total. Dado que los problemas pueden afectar a grupos más o menos grande, la magnitud del problema se evalúa a partir de una escala, la cual es adaptable al del territorio que se estudia.

Componente B: severidad del problema:

Debe tenerse en cuenta las tasas de mortalidad, de morbilidad y de incapacidad, así como los costos asociados al problema. Cada uno de estos factores se valora según una escala de 0 a 10, correspondiendo este último a la situación más severa, luego se calcula la media de las puntuaciones obtenidas.

Componente C: eficacia de la solución (resolubilidad del problema):

Algunos autores sugieren otorgar una escala de 0.5-1.5 donde el primero correspondería a los problemas difíciles de solucionar, mientras que el segundo refleja una posible resolubilidad. Esta forma de puntuar tiene como efecto, cuando se multiplica el componente C por la suma de A y B, la reducción o el aumento del producto obtenido en función de que la solución sea inexistente o disponible.

Componente D: factibilidad del programa o de la intervención:

Este componente se describe con las siglas PEARL, que se corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. P: pertinencia; E: factibilidad económica; A: aceptabilidad; R: disponibilidad de recursos; L: legalidad.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de Estudio:

Comunidad Waspuko Abajo, perteneciente al sector 15 - de la Subsele Hormiguero del municipio de Siuna-RACCN. Ubicada a 45 km de la cabecera municipal Siuna.

Tipo de Estudio:

El presente estudio es de enfoque mixto. Debido a que lleva un componente de tipo cuantitativo que es representado mediante el resultado de las encuestas con base estadísticas a través de un estudio descriptivo de corte transversal; y un componente cualitativo mediante la investigación acción participativa.

Universo:

El universo está representado por 111 familias que conforman 464 habitantes de la población de Waspuko Abajo del sector-Hormiguero del municipio de Siuna-RACCN.

Muestra:

Está formada por las 111 familias que corresponde a 464 habitantes, lo que corresponde al 100% del universo.

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Habitantes que quisieron participar en el estudio.
- Habitantes que se encontraban en su casa de habitación y podían brindar información de la familia.

Criterios de Exclusión:

- Habitantes que alquilan dicha vivienda y no son del sector.
- Personas que no son del sector pero que llegan a realizar jornadas de trabajo de campo (mozos o jornaleros)

Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación:

a) Herramientas para la recolección de la información.

Información obtenida por medio de las fichas de historia de salud familiar brindadas por el ministerio de salud, las cuales fueron llenadas mediante las visitas que realizamos a las diferentes familias, de diferentes manzanas del barrio.

Es un instrumento clave, que proporciona la información para conocer la situación del barrio, y de este modo nos permite implementar acciones dirigidas a mejorar la salud.

La principal fuente de información del diagnóstico comunitario fueron las historias brindadas por las familias en las visitas casa a casa. Al igual se obtuvo información por el Centro de Salud del barrio, la información obtenida es:

- ✓ Características territoriales.
- ✓ Datos actualizados de la población.
- ✓ Características socio- económicas de la comunidad.
- ✓ Principales problemas de salud en la comunidad.
- ✓ Vulnerabilidad de la comunidad frente a situaciones de desastres-

b) Herramientas utilizadas para la identificación.

Observación Directa

Este es un método para recopilar información. Se trata de ver lo que realmente sea importante para que de este modo obtengamos la información necesaria. Consiste en la observación sistémica de la realidad a la se espera llevar a cabo la acción. Esta observación directa debe combinarse con entrevistas para garantizar la veracidad de los datos recogidos. En esta herramienta se puede hacer uso de cámaras fotográficas y diarios de notas con la aprobación de los participantes. Todo lo observado debe ser relatado en el cuaderno de campo, como instrumento para detallar los sucesos que los estudiantes observaron durante las visitas casa a casa.

Cuaderno de Campo.

Instrumento de mucha importancia que se utilizó para la recolección de datos, para desarrollo de las actividades, observaciones y las experiencias que se tuvieron del Programa de Prácticas Médicas Comunitarias. Este lleva un registro que ordena el trabajo del estudiante, se utiliza de igual manera para sistematizar las anotaciones que se consideren importantes.

El estudiante debe:

- Describir las orientaciones del docente.
- Detallar el día que se desarrollen las actividades.
- Escribir todo lo que se realiza.
- Puntualizar las conclusiones a las que se puede llegar.

Entrevista

Permite una comunicación directa con las fuentes de información. Se utilizaron entrevistas estructuradas y semiestructuradas.

Entrevista Semiestructurada	Entrevista Estructurada
<ul style="list-style-type: none">• Lenguaje cercano a las características de la fuente de información (edad, sexo, nivel escolar).• Trabaja con cuestionarios abiertos.	<ul style="list-style-type: none">• Utiliza con frecuencia preguntas cerradas y exactas.• Los temas están predeterminados.

c) Herramientas utilizadas para la priorización de problemas:

Lista de problemas:

La lista de problemas se obtuvo mediante diferentes aspectos: Datos obtenidos por medio de las fichas de historia de salud familiar, criterios de gravedad y urgencia de los problemas encontrados y la cantidad de las familias afectadas.

Método de Hanlón:

Se basa en cuatro componentes:

- Componente A: Magnitud del problema.
- Componente B: Severidad el problema.
- Componente C: Eficacia de la solución.
- Componente D: La factibilidad de la intervención.

Por medio de este método podremos ordenar los problemas, dándole un valor a cada uno, mediante los resultados que se obtienen en la siguiente fórmula:

Puntuación de prioridad: $(A+B) C \times D$.

Se le asigna un valor a cada una de los componentes de la fórmula. Cuando se va a calcular por medio de esta fórmula, primero se tiene que dar el valor a cada problema, la importancia relativa de cada uno de los componentes y asignar escalas.

- Componente A: Fue definido por Hanlon como la cantidad específica de las personas afectadas tomando relación con la población total.
- Componente B: También se conoce como la severidad del problema, se puede tener en cuenta las tasas de mortalidad y morbilidad e incapacidad. Se le da un valor en una escala del 0 al 10, dicha escala determinara el nivel de gravedad.
- Componente C: Se puede modificar el problema con recursos actuales, y se propone hacer una escala que varíe entre 0,5, para problemas difíciles de solucionar y 1,5 para los que tienen una solución posible.
- Componente D: Factibilidad de la intervención, Hanlon propone un grupo de factores que determinen si un programa puede ser aplicado y que se resume en las siglas PEARL; donde P es pertinencia, E factibilidad económica, A aceptabilidad, R disponibilidad de recursos y L legalidad. Es decir, en cada uno de los factores se responderá con un **sí** que se le asignará un valor de 1 y si es no un valor de 0.

Una vez identificado el problema central, se describió a fondo por medio de un árbol de problema, y luego se realizó un plan de intervención.

Árbol de problemas:

Es una ayuda importante para entender la problemática a resolver, en este se expresan las causas o efectos, las condiciones negativas percibidas por los involucrados en relación con el problema en cuestión (podamos organizar cuales son las causas, el problema y sus efectos).

Las causas gráficamente corresponden a las raíces del árbol, el problema gráficamente corresponde al tronco del árbol y los efectos corresponden a las hojas o copa del árbol.

Los pasos para elaborar un árbol de problemas son:

- Identificar el problema.
- Examinar los efectos que provoca el problema.
- Identificar las causas del problema.
- Establecer la situación deseada (Objetivo).
- Identificar medios para la solución del problema.
- Definir acciones y configurar alternativas.

e) Procesamiento de la información:

Se utilizó el programa SPSS versión 20.0, en este se elaboró una matriz de datos en base a la información recolectada. Posterior a esto se presentaron las variables investigadas y se realizó un análisis univariado por medio de tablas de frecuencia simple, gráficas de barra o de pastel.

Aspectos éticos

Se solicitó autorización a las autoridades del Municipio de Siuna, para la realización de la investigación, así como autorización para las encuestas a las seleccionadas.

También se solicitó el llenado de un consentimiento informado de cada uno de las encuestadas, garantizándole que se da fe, de que la información que se obtendrá se utilizó con fines científicos – académicos.

Listas de variables:

Objetivo 1. Identificar los factores socio-económicos y medio ambientales en los que se encuentran los habitantes de la comunidad Waspuko abajo, perteneciente al sector Hormiguero del municipio de Siuna.

Variables:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Edad | 8. Características estructurales de vivienda. |
| 2. Sexo. | 9. Cultura sanitaria. |
| 3. Etnia. | 10. Carácter psicosocial. |
| 4. Escolaridad | 11. Satisfacción de necesidades básicas. |
| 5. Ocupación | 12. Riesgo de accidente. |
| 6. Combustible para cocinar. | 13. Factores medioambientales. |
| 7. Electricidad. | |

Objetivo 2. Determinar las características higiénico-sanitarias de los pobladores de la comunidad de Waspuko abajo.

Variables:

1. Hacinamiento.
2. Animales domésticos.
3. Abastecimiento de agua.
4. Calidad de agua.
5. Depósito de excreta.
6. Depósito de basura

Objetivo 3. Señalar las enfermedades con mayor incidencia de la comunidad Waspuko abajo del sector Hormiguero.

Variables:

1. Enfermedades
2. Grupo dispensarial

Objetivo 4. Describir el funcionamiento familiar de la población en estudio.

Variables:

1. Funcionamiento familiar

Objetivo 5. Determinar el nivel de participación al acceso de salud de la mujer y la niñez en la comunidad Waspuko Abajo del municipio de Siuna.

Variables:

1. Embarazadas con CPN actualizado.
2. MEF PF.
3. <1 VCPD actualizado.
4. Menores de 6 años con esquema de vacunación actualizado

Operacionalización de las variables

Objetivo 1. Identificar los factores socio-económicos y medio ambientales en los que se encuentran los habitantes de la comunidad Waspuko abajo, perteneciente al sector Hormiguero del municipio de Siuna.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	-	Años.	a) Menor de 1 b) 2 a 5 años c) 6 a 13 años d) 14 a 19 años e) 20 a 35 años f) 36 a 50 años g) Mayor de 50 años
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos.	-	Sexo	a) Femenino b) Masculino
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a un grupo racial	-	Etnia.	a) Mestiza b) Mayagna c) Misquitos
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento del estudio	-	Grado	a) Analfabeta, b) Alfabetizado c) Prescolar. d) Primaria. e) Secundaria. f) Técnico. g) Universitario.
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	-	Labor.	a) Empleado/obrero. b) Jornalero/peón. c) Cuenta propia. d) Patrón e) Agricultor f) Ama de casa
Combustible para cocinar.	Sustancia inflamable utilizada para elaborar alimentos	-	Combustible para cocinar.	a) Gas licuado. b) Kerosene. c) Carbón. d) Leña.

Electricidad	Presencia de matriz energética en casa de habitación	-	Electricidad	a) Tiene b) No tiene
Características estructurales de vivienda.	Referente a la construcción de la vivienda.	Tipo de piso:	Tipo de material	a) Tierra b) Madera c) Embaldosado
		Tipo de techo:	Tipo de material	a) Zinc b) Techo de paja o bambú
		Tipo de paredes:	Tipo de material	a) Concreto b) Madera c) Bambú
Cultura sanitaria.	Condición higiénico-sanitaria de la familia.	-	Higiene familiar	a) Buena. b) Regular. c) Mala.
Carácter psicosocial.	Relativo al comportamiento de una persona para con los demás.	-	Carácter psicosocial.	a) Adecuada. b) Inadecuada.
Satisfacción de necesidades básicas.	Referente a que cubre todas las condiciones necesarias para sobrevivir.	-	Necesidades básicas satisfechas.	a) Sí. b) No.
Riesgo de accidente	Predisposición a sufrir un evento inesperado que puede poner en riesgo la vida.	-	Riesgo de accidente.	a) Sí. b) No.
Factores medioambientales	Factores externos al individuo capaces de influir en la experiencia del mismo.	-	Factores medioambientales.	a) Deslave b) Iluminación c) Presencia de vectores. d) Ruido

Objetivo 2. Determinar las características higiénico-sanitarias de los pobladores de la comunidad de Waspuko abajo.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Hacinamiento	Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas o animales que se considera excesivo	Presencia de más de 2 personas que comparten 1 cuarto	a) Sí. b) No
Animales domésticos	Son aquellos animales que viven con el ser humano y están domesticados.	Animales domésticos	a) Perros b) Gatos c) Gallinas d) Ganado e) Cerdo
Abastecimiento de agua	Agua para consumo humano	Fuente de agua	a) Ríos b) Pozo
Calidad de agua	Relativo o referido a la composición del agua	Calidad	a) Buena. b) Regular. c) Mala.
Depósito de excreta	Lugar donde se arrojan las deposiciones humanas	Lugar	a) Letrina b) Fecalismo al aire libre
Depósito de basura	Manejo de desechos sólidos	Manejo	a) Quema b) Entierran c) Basurero clandestino

Objetivo 3. Señalar las enfermedades con mayor incidencia de la comunidad Waspuko abajo del sector Hormiguero.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Enfermedades	Patologías que presentaron los encuestados	Patología	a) Diabetes Mellitus b) Hipertensión Arterial
Grupo dispensarial	Es una estrategia de atención en cada individuo, según sus características personales y dispensarial	Grado dispensarial	a) GI. (Aparentemente sano) b) GII. (Personas con riesgo) c) GIII. (Personas con enfermedad) d) GIV. (Personas con algún grado de discapacidad)

Objetivo 4. Describir el funcionamiento familiar de la población en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Funcionamiento familiar	Relaciones interpersonales que se generan dentro de las familias	Conformación de la familia	a) Extensión b) Formación c) Contracción d) Disolución
Tamaño de la familia	Número de personas que conforman la familia	Clasificación según número de habitantes	a) Pequeña b) Mediana c) Grande
Crisis normativa	Acontecimientos positivos que suceden en una familia	Acontecimiento descrito	a) Matrimonio b) Jubilación c) Nacimiento de primer hijo

Objetivo 5. Determinar el nivel de participación al acceso de salud de la mujer y la niñez en la comunidad Waspuko Abajo del municipio de Siuna.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Embarazada con CPN actualizado.	Referente a que la gestante es controlada periódicamente.	Visitas al médico.	a) Sí. b) No.
MEF/ PF	Referente a la persona que mantiene un método de anticoncepción.	Anticonceptivos.	a) Sí. b) No.
Niñ@s menores de 1 con VPCD actualizado	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo	VPCD	a) Sí. b) No.
Niñ@s menores de 6 años con esquema de vacunación actualizado	Esquema Nacional de vacunación	Visitas al puesto Médico.	a) Si b) No

VIII. RESULTADOS

Factores socio-económicos y medio ambientales

El grupo etario de mayor prevalencia en la comunidad es población joven con edades de 20-35 años con (143) personas lo que representa el 30.8 %, le sigue el grupo de edades 6-13 años con (86), representando el 18.5%, continua el grupo comprendido entre 26-49 años con (58) lo que representa el 12.5%, le sigue el grupo de edades de 14-19 años con (57) habitantes que representan el 12.2% y continua las edades de 2-5 años con (52) habitantes que representan 11.2% y los de menor incidencia el grupo mayor de 50 años con (39) que representan el 6.2% con los menores de un año de edad con (29) habitantes que representan el 1.2%.

El total de personas dispensarizadas está formado mayoritariamente por mujeres las cuales conforman (253) personas del total de 464, lo que representa el 55 %) del total, siendo el sexo masculino con una población de (211) representando el 45 % restantes.

El total de pobladores de 464 habitantes de waspuko abajo (464) de la comunidad Waspuko Abajo del puesto médico Hormiguero es mestiza lo que representa el 100% de la población.

Del total de habitantes en la comunidad Waspuko Abajo, (163) personas tienen mayormente primaria incompleta lo que representa el 35%, seguido con un índice de analfabetismo en las personas dispensarizadas con (113) personas que corresponde al 24.3%, solamente (86) personas del total de dispensarizadas tienen secundaria completa, lo que corresponde al 18.5%, mientras que (66) habitantes terminaron la primaria lo que representa el 14%, solamente (36) personas con secundaria incompleta lo que representa el 8 %.

De las personas encuestadas (208) son empleadas domésticas u obreros con la mayor incidencia con el 45%, el (35%) y (163) personas son Jornalero o Peón representando el 35% y (61) personas son estudiantes con el 13% y de menor incidencia las personas se encuentran desempleadas (32) con el 7 % se encuentran en el desempleo.

En cuanto al combustible usado para cocinar (73) familias utiliza leña para cocinas con el 65%, mientras que (39) familias utilizan el gas licuado para cocinas con el 35%.

De las 111 casas encuestadas, (100) de la población no cuenta con servicio eléctrico, lo que representa el 90%, mientras que solamente (11) casas cuentan con electricidad, correspondiente al 10% de la población cuenta con electricidad a través de panel Solar.

Según las características del piso del hogar, (53%) utiliza tierra, mientras que el (28%) utiliza madera o piso de tambo y el (19 %) utiliza embaldosado. En lo que concierne a las características del techo del hogar (99) familias el posee un techo de Zinc con el 90%, mientras que (12) familias, posee techo de paja representando el 10%, según las características de las paredes del hogar (99) familias está formado por madera lo que representa el 90%, mientras que (12) familias posee concreto representando el 10%.

La cultura sanitaria apreciada por el visitante se evidenció (352) habitantes como buena, lo que representa el 76%, seguido por regular con (82) representando el 18% y de menor incidencia (30) personas con clasificación de mala lo que representa el 6%.

En lo que corresponde al carácter psicosocial (107) familias es adecuado representando el 96% y solamente (4) familias como inadecuado con el 4%. En lo que respecta a la satisfacción de las necesidades básicas de las familias de la comunidad Waspuko Abajo, 100 cumplen con los requisitos correspondiente al (90%) des, mientras que 11 familias no cumplen con los requisitos con el (10%). Las (464) personas que habitan la comunidad Waspuko(100%) presenta algún riesgo de sufrir accidente con el 100%.

Características Higiénico-Sanitarias

Del total de personas dispensarizadas, (285) viven hacinamiento, lo que representa el 61%, mientras que (179) personas no viven en hacinamiento con el 39%. En el total de familias dispensarizadas (100) convive con animales domésticos, lo que representa el 90%, mientras que solamente (11) familias no reportan presencia de animales domésticos en el hogar con el 10%.

Mientras que en el abastecimiento de agua potable (395) e utilizan el rio como fuente de abastecimiento con el 85% y (69) utiliza pozo de agua como principal fuente correspondiendo al 15%. Se encontraron (190) personas que tratan el agua mediante filtro con el 40% y (190) utiliza cloro con el 40%, solamente (84) personas no utilizan ningún método de trata del agua con el 20%.

El 52 % de las familias dispensarizadas utilizan el método de quema de basura (72), mientras que el (48%) utiliza método al aire libre, denominados basureros clandestinos, ninguna familia entrevistada manifiesta método de reciclaje. Del total de la población entrevistada (400) deposita sus excretas en escusado o letrina con el 85%, mientras que el (64) realiza fecalismo al aire libre con el 15%.

Enfermedades con Mayor Incidencia

En cuanto a la morbilidad registrada en el censo de crónicos de los 13 pacientes que acuden al puesto médico-Hormiguero, (8) personas son diagnosticados y tratadas por hipertensión arterial, lo que corresponde al 61.5%, mientras que (5) pacientes acuden al retiro de medicamento por Diabetes Mellitus tipo II, lo que representa el 38.5% del total de pacientes crónicos de la comunidad Waspuko Abajo.

Del total de población dispensarizadas (447) personas pertenecen al grupo dispensarial II con un total de 96.4%, mientras que (13) personas acuden a la unidad médica a retiro de medicamento de crónicos, lo que representa al grupo dispensarial III con el 2.8%, se logró identificar (4) personas con algún grado de discapacidad lo que corresponde al 0.8% del grupo dispensarial IV, de los cuales ninguno está inscrito al programa de todos Con Voz.

Funcionamiento Familiar:

La clasificación de las familias según tamaño, la mayoría es de tamaño grande con (89) familias, lo que corresponde al 80%, mientras que (11) familias de las encuestadas son de tamaño mediano con el 10% y de tamaño pequeño se encontraron otras (11) familias con el 10%.

La etapa del ciclo vital que vive la familia de Waspuko Abajo, la mayoría se encuentran en formación (40), lo que representa el 36%, seguido de extensión (29) con el 26%, y (23) en etapa de disolución representando el 20% y de último en contracción con (19) familias lo que representa el 17%.

En cuanto al a crisis normativa existentes en las familias entrevistadas, la mayoría se encuentran en matrimonio (57) con el 51%, seguido de nacimiento con (27) familias representando el 24% y jubilación con (15) familias con el 14% y de última incidencia el embarazo con (12) familias representando el 11%.

Nivel de participación a accesibilidad de servicios de Salud

Las mujeres en estado de embarazo que en el censo gerencial se encuentran registradas (17), el 100% tienen actualizada su tarjeta de control prenatal actualizada y los grupos etarios comprenden de 20-34 años con (12) embarazadas que representa al 70.5% y 15-19 años (4), lo que corresponde al 23.5% y, mientras que en el grupo etario de 35-49 años con (1) embarazada registrada lo que representa el (5.8 %). De las 17 embarazadas registradas en el censo gerencial, la gran mayoría no acudió a casa materna con un (59%) y solamente 7 acudieron a casa Materna, lo que representa el (41 %) de ingreso de casa materna de las embarazadas de Waspuko abajo en el periodo 2018-2018 y 2018-2019.

El (39 %) de las mujeres dispensarizadas se encuentran en edad fértil con un total de 181 mujeres, de las cuales (120) manifestaron iniciar vida sexual activa, lo que representa el 66 %) de las MEF, mientras que en los libros de registro del puesto médico, sólo (30) acuden al puesto de salud-Hormiguero a retiro de su método anticonceptivo por medio de la estrategia comunitaria ECMA, lo que corresponde a un 25% de MEF con método de planificación familiar, sin embargo la gran mayoría no acude al puesto médico a retiro de Método anticonceptivo correspondiente al (75.%).

Según la vigilancia y promoción del crecimiento infantil, el total de niños menores de 5 registrados en la comunidad son (91), de los cuales, solamente (81) tienen su VPCD actualizado lo que representa al 80%, mientras que (10) niños/as no se encuentran con su VPCD actualizado con el 10%.

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Factores socio-económicos y medio ambientales

Según los datos obtenidos, la mayoría de los habitantes son del sexo femenino, ocupando el (55%) de la población encuestada, y aunque la mayoría ha alcanzado algún grado de educación, ya sea primaria, secundaria, es lamentable observar que existe cierto grado de analfabetismo (24%), a pesar de los proyectos de gobierno como lo es secundaria a distancia, sin embargo debido a la cultura, sistema patriarcal, no todas las personas están disponibles para recibir educación, ya que la gran mayoría se dispone a cumplir roles de trabajo de campo a temprana edad, asociado a eso la distancia de camino hasta el centro escolar con factores propios de la zona como son el clima lluvioso, donde se cruzan ríos para llegar hasta el centro de estudio.

En la ocupación de los habitantes la mayoría de la población trabaja como empleado en las actividades del campo, iniciando jornadas laborales de más de 8 horas al día, lo que favorece a la renuencia al estudio y a la deserción escolar, trayendo consecuencias para el desarrollo cultural y profesional de la comunidad.

La mayoría de las familias que habitan en la comunidad Waspuko Abajo utilizan leñas para realizar labores de preparación de cocinas con el (64%), debido a la escases de recursos y la lejanía con la zona urbana más cercana, lo que aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias, sin embargo cabe destacar que no se encontraron registros de Asma ni EPOC en el puesto de médico del Hormiguero en el censo de crónicos perteneciente a la comunidad en estudio, lo que nos sugiere que los pacientes con procesos respiratorios no están acudiendo a la unidad o que no se están captando en los registros del puesto médico.

En las características del hogar de los pobladores de la comunidad Waspuko Abajo la mayoría tiene hogares en condiciones óptimas, sin embargo todavía se evidencian hogares con techos de pajas (10%), lo que favorece a la proliferación del chinche y factor de riesgo para la enfermedad de Chagas, ya que las casas de ese estilo son el hábitat del vector transmisor de Chagas.

La cultura sanitaria generalmente es buena, debido a que se identificó en los hogares la fomentación de la limpieza y el aseo personal como el de los alimentos y con una percepción de bienestar en salud.

La mayoría de las familias cuentan con la satisfacción de las necesidades básicas, si lo aplicamos según el concepto de la filósofa Susana Choren donde se refleja el marco ambiental sano, la protección, alimentación, vivienda y salud física como mental.

Debido a la ubicación de la zona, donde hay que pasar 3 ríos, con riesgo de inundación y deslave, desborde de los ríos, la vía de transporte más rápida es a través de caballo y la zona montañosa el riesgo de accidente es del (100%).

Características higiénico-Sanitarias

Con respecto a las características higiénico-sanitarias la mayoría de las familias que habitan en la comunidad Waspuko Abajo utilizan leñas para realizar labores de preparación de cocinas con el (64%), debido a la escases de recursos y la lejanía con la zona urbana más cercana, lo que aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias, sin embargo cabe destacar que no se encontraron registros de Asma ni EPOC en el puesto de médico del Hormiguero en el censo de crónicos perteneciente a la comunidad en estudio, pero sí un alto índice de enfermedades respiratorias altas.

Según la higiene ayuda a conservar la salud y contribuye positivamente en la calidad de vida y el bienestar físico fomentando la autoestima. Por tanto, los cuidados higiénicos en las personas dependientes en el domicilio son de vital importancia. Deben llevarse a cabo de modo integral y teniendo en cuenta las condiciones físicas, funcionales, psíquicas y sociales que inciden en su grado de salud.

La elección de las técnicas de aseo e higiene vendrá condicionada por muchos factores, desde el grado de dependencia a las preferencias personales del usuario. En nuestro estudio se evidencia todavía fecalismo al aire libre con el (15 %) debido a la falta de recursos para la construcción de letrinas, lo que aumenta el riesgo de enfermedades Enterales y enfermedades por zoonosis.

El agua salubre y fácilmente accesible es importante para la salud pública. El estudio evidenció que en la comunidad Waspuko Abajo, el agua que es suministrada en su mayoría por el río más cercano en un (85%) y existe un (20 %) de las familias que no realizan un sistema de trata de agua, lo que conlleva factor de riesgo para las parasitosis, mal nutrición y aumento de los índices de mortalidad infantil.

Según la OMS el agua contaminada y el saneamiento deficiente están relacionados con la transmisión de enfermedades como el cólera, otras diarreas, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis. Los servicios de agua y saneamiento inexistentes, insuficientes o gestionados de forma inapropiada exponen a la población a riesgos prevenibles para su salud.

La mayoría de las familias de la comunidad Waspuko Abajo tiene animales domésticos de variedad en sus hogares, aumentando los riesgos de padecer de enfermedades transmitidas por animales, sin embargo el hábitat natural y entorno de la población, así como método de vida se basa en la interacción con los animales, debido a sus labores agrícolas.

Enfermedades con mayor prevalencia

La gran mayoría de la población de la comunidad Waspuko abajo posee diversos factores ambientales, sanitarios y meteorológicos debido a su ubicación geográfica, lo que los ubica en el grado dispensarial II con el (96 %); sin embargo en los registros del puesto médico del hormiguero se registran 13 pacientes crónicos lo que representan el (3 %), con las comorbilidades de hipertensión arterial y diabetes mellitus, lo que orienta que existen en lo habitantes factores cardiovasculares, en su gran mayoría las personas preparan sus alimentos con aceites no vegetales, debido a su bajo nivel económico, lo que se manifiesta con el aumento de niveles colesterol en sangre de los habitantes y conlleva a aparición de enfermedades cardiovasculares.

Acceso en Salud de La Mujer y Niñez

En cuanto a las mujeres embarazadas, la mayoría tiene actualizada su tarjeta de control prenatal (100%), esto debido a la buena articulación que el ESAFC del PSFC Hormiguero tiene con su red comunitaria y a la buena gestión del censo gerencial de embarazadas con la búsqueda activa de las embarazadas inasistentes. A pesar que las mujeres embarazadas del PSFC el Hormiguero tienen sus controles prenatales actualizadas, es preocupante que en el registro de ingresos a casa materna llamada Celina Pérez del Hormiguero, en su mayoría no acuden a su ingreso para esperar su parto institucional con el (58%) , generado por los roles domésticos donde la mujer está a cargo de velar por el cuidado del hogar y los hijos y sistema patriarcal en que vive la población femenina en la comunidad, asociado eso a las creencias sobre la medicina tradicional con manejo de raíces y preferencia a atención del parto con parteras de la comunidad, por lo tanto el aumento de los índices de partos domiciliarios, lo que incrementa los riesgos de complicaciones obstétricas y neonatales de la zona.

En las mujeres en edad fértil que ya iniciaron vida sexual activa la gran mayoría no utiliza ningún método anticonceptivo registrado con el (75%), debido al sistema patriarcal en que viven (el marido no les permite planificar), la baja escolaridad que no permite la utilización de buen uso de los métodos anticonceptivos, lo que aumenta el riesgo reproductivo y aumento de tasas de embarazo en edades extremas; a pesar que la comunidad sea beneficiada con acuerdos sociales por parte del Ministerio de Salud con la estrategia comunitaria de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC), en la cual la consejera de la comunidad que es parte de la red comunitaria del PSFC-Hormiguero lleva los métodos solicitados hasta la comunidad Waspuko Abajo.

En lo que respecta a los niños menores de 4 años de edad que tienen su VCPD actualizado, se puede ver que la gran mayoría lo tiene actualizado con un 80%, esto se debe al gran impacto que tiene acuerdos sociales comunitarios por parte del Ministerio de salud, donde la comunidad es beneficiada con la estrategia comunitaria del programa comunitario de salud y nutrición (PROCOSAN) en la cual cada mes se realizan sesiones de pesaje con acompañamiento del personal del puesto médico Hormiguero, donde se en cada sesión se citan a los niños/as menores de seis años de edad y se aprovecha para actualización del esquema de vacunación, realización de VPCD, seguimiento a los niños con mal nutrición.

El resto del 20% de niños que no tienen actualizado su VPCD, se genera en su gran mayoría por el factor ambiental y meteorológico donde debido a las frecuentes lluvias y cruce de ríos y zonas de caminos de difícil acceso, no todas las madres acuden continuamente a las sesiones de pesaje.

X. CONCLUSIONES

Factores socio-económicos y medio ambientales

El grupo etario de mayor prevalencia en la comunidad es población joven con edades de 20-35 años, femenino, de escolaridad primaria incompleta, empleadas domésticas u obreros. La mayoría utiliza gas licuado para cocinas y las características del hogar, el piso es de tierra, el techo de zinc y las paredes son de madera. La cultura sanitaria apreciada por el visitante, de las familias es buena y el carácter psicosocial es adecuado, las familias cuentan con satisfacción de las necesidades básicas y presenta algún riesgo de sufrir accidente.

Características Higiénico-Sanitarias

Las familias viven en hacinamiento, mientras que en el abastecimiento de agua potable, el utilizan el río y tratan el agua mediante filtro, queman la basura y deposita sus excretas en escusado o letrina. La mayoría de las familias convive con animales domésticos.

Enfermedades con Mayor Incidencia

Los pacientes crónicos padecen de hipertensión arterial y se ubicada en el grado de dispensarización de riesgo, correspondiente (GII) es decir que la población está expuesta a algún tipo de riesgo.

Funcionamiento Familiar:

Las familias de Waspuko Abajo son de tamaño grande y se encuentran en etapa del ciclo vital de formación y según las crisis normativas se localiza en matrimonio.

Nivel de participación a accesibilidad de servicios de Salud

Las mujeres embarazadas se encontraron con su control prenatal actualizado y las mujeres en edad fértil no planifican con ningún método de planificación familiar y con respecto a la vigilancia y promoción de crecimiento y desarrollo la mayoría tienen actualizado su VPCD y esquema de vacunación.

XI. RECOMENDACIONES

Al personal de Salud del Puesto Médico-Hormiguero.

- Incidir en la población en la importancia de asistir al centro de salud por encima de las dificultades que tenga para asistir al mismo.
- La atención humanística es fundamental para establecer una atención adecuada para nuestra población.
- Fomentar nuevas metas para mejorar la situación higiénico – sanitaria tomando como base este trabajo diagnóstico por su contenido informativo sobre la situación de la población de la comunidad Waspuko Abajo.
- Invitar a la población a las diferentes actividades que se pondrán en práctica para dar solución a los problemas presentados en el plan de intervención.
- Incentivar a nuestra población para mejorar su estilo de vida higiénico-sanitaria.

A la población de la Comunidad Waspuko Abajo:

- Promover una mayor coordinación de las autoridades del barrio, trabajadores de salud y estudiantes de medicina para lograr los objetivos antes mencionados.
- Atender al llamado por parte del personal médico y estudiantes de medicina, de la importancia de asistir al centro de salud para el chequeo de su salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). MINSA: Managua, julio 2008.
2. Ministerio de Salud. (Normativa 051). Protocolo de atención de problemas médicos más frecuentes. Dirección General de Servicios de Salud.
3. MINSA/USAID/UNICEF/Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud. (2009). AIEPI Hospitalario: Guía para el abordaje de las enfermedades más comunes de la infancia y la malnutrición para la atención hospitalaria de niños y niñas de 1 mes a 4 años de edad. Managua: Normativa 017.
4. Barroto, R., & Alvarez, M. (s.f.). Diagnóstico Comunitario de la Situación de Salud .2017
5. FAO. (2001). Perfiles nutricionales por países: Nicaragua.
6. Siles Pilar del Rosario. Toponimias del Municipio de Siuna. Año 2014.
7. Centeno Ramírez, Alejandra. Situación de la mujer en las comunidades del Hormiguero. Año 2000.
8. Libros de registro estadístico del puesto Médico-Hormiguero. Año 2018-2019.
9. Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación, 4ta edición. Editorial ultra-México.2012.

10. Gutiérrez Leytón, M. Reflexiones Sobre El Diagnostico De La Salud En AméricaLatina, Revista Centroamericana De Ciencias De La Salud N° 17, Mayo – Agosto 2018. P. 143.
11. Elia B. Pineda, Eva Luz Alvarado. Metodológica de la investigación. 3ra edición. Organización panamericana de la Salud. Año 2008.
12. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud. Gobierno de la Republica de Nicaragua 2007.
13. Herrera Siles, Luis. Caracterización socio-demográfica y económica del municipio de Siuna. Septiembre 2015.
14. Registros epidemiológicos del hospital Carlos Centeno-Siuna, año 2016-2018.
15. E. L. de Alvarado, E. B. Pineda. Manual para el desarrollo de personal de Salud. 2da edición. 2014.

XIII. ANEXOS

Ficha de recolección de la información: Ficha familiar y comunitaria

MINISTERIO DE SALUD											
HISTORIA DE SALUD FAMILIAR											
SILAIS: _____		Municipio: _____		Sector: _____				Barrio o comunidad: _____			
No. de vivienda según crúquis: _____		Familia No.: _____									
Dirección o referencia exacta de la vivienda: _____											
Nombre de quien dirige la visita: _____				Profesión: _____				Fecha de Vista: ____/____/____			
I. INFORMACION DE LA FAMILIA											
Cod. Persona	Nombre y Apellidos	Fecha. Nacimiento	Edad	Etnia	Sexo	Escolaridad	Ocupación				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
II. CARACTERÍSTICAS HIGIÉNICO-SANITARIAS											
Fecha	Hacinamiento	Animales Domést.	Riesgo Accidentes	Facto Medio Amb	Combustible Cocinar	Abasteci. Agua (Fuente)	Calidad Agua	Electricidad	Depós Excretas	Depós basura	
III. FACTORES SOCIOECONÓMICOS										FAMILIOGRAMA	
Fecha	Caráct Estruct Vivencia(piso,techo,paredes)			Cultura Sanitaria	Caráct Psicosociales			Satisfacción Nec. Básicas			
IV. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR											
Fecha	Tamaño	Ontogénesis	Etapa Ciclo Vital		Crisis Normativa	Crisis Paranormativa					
Acceso de salud de la mujer y la niñez											
VPCD actualizado						CPN Actualizado					
MEF/ PF						vacunas completas					

PLAN DE INTERVENCIÓN

Método HANLON

Problema	A Magnitud	B Gravedad	C Eficacia	D Factibilidad	(A+B) CXD Total
Incidencia de enfermedades Cardiovasculares no controladas	7	10	0.5	1	18.6
Poca afluencia de embarazadas en casa Materna	3	10	1	1	13
Proliferación de zancudos, moscas, mosquitos cucaracha, Ratas, chinche	8	10	1.8	1	19.9
Alto Riesgo Reproductivo en las mujeres de Waspuko Abajo	9	10	1.6	1	20.6
Mala Calidad del Agua	10	8	1.6	0	19.6

Plan de Intervención

Problema	Causa	Efecto	Actividad	Objetivo	A Quien	Medios	Responsable	Observación
Alto Riesgo Reproductivo en las mujeres de Waspuko Abajo.	<p>1. Inadecuado uso de los métodos anticonceptivos.</p> <p>2. El sistema Dominante Patriarcal.</p> <p>3. Ausencia de una adecuada educación sexual.</p>	<p>1. Aumento de los riesgos preconceptivos.</p> <p>2. Aumento del índice de embarazos en edades extremas.</p> <p>3. Aumento en el Índice de embarazos no deseados.</p>	<p>1. Mejorar el desempeño del personal que se relaciona con la PF.</p> <p>2. Fortalecer y promover la Estrategia comunitaria de entrega de métodos anticonceptivos.</p> <p>3. Realizar charlas diarias de PF en la unidad de salud.</p> <p>4. Fortalecer el club de adolescente</p>	<p>1. Reducir el riesgo reproductivo y embarazos a edades extremas.</p>	<p>Población sexualmente activa de la comunidad Waspuko abajo</p>	<p>1. Capacitación a los líderes, brigadistas y responsable ECMA.</p> <p>2. Brindar papelería y métodos según registro de ECMA.</p> <p>Abastecimiento oportuno de los métodos anticonceptivos en el PS.</p>	<p>Ministerio de Salud, a través del personal de salud-Hormiguero</p>	

Plan de Intervención

Problema	Causa	Efecto	Actividad	Objetivo	A Quien	Medios	Responsable	Observaciones
Proliferación de zancudos, moscas, mosquitos cucaracha, Ratas, chinche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formación de charcos. 2. Falta de jornadas de abatización y fumigación. 3. Botaderos ilegales. 4. Higiene del hogar. 5. Rancho Chagasico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proliferación de vectores. 2. Aumento de los índices de malaria, leptospirosis, Chagas, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jornadas comunitarias de limpieza, abatización y fumigación. 2. Vigilancia policial con el objetivo de inhibir los botaderos. 3. Realizar charlas radiales en educación sanitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir enfermedades virales e infecciosas mejorando el nivel de vida de la población. 2. Gestionar apoyo a nivel gubernamental , para la construcción un basurero en el Hormiguero. 	<p>Población de la comunidad Waspuko abajo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Material de limpieza y personal de Alcaldía de Municipal. 2. Trabajadores del MINSA. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instituciones del estado principalmente Alcaldía municipal y Ministerio de salud. 2. Policía Nacional. 	<p>Se debe realizar gestión a la unidad rectora central, también solicitar financiamiento por parte de organismos no gubernamentales.</p>

Plan de Intervención

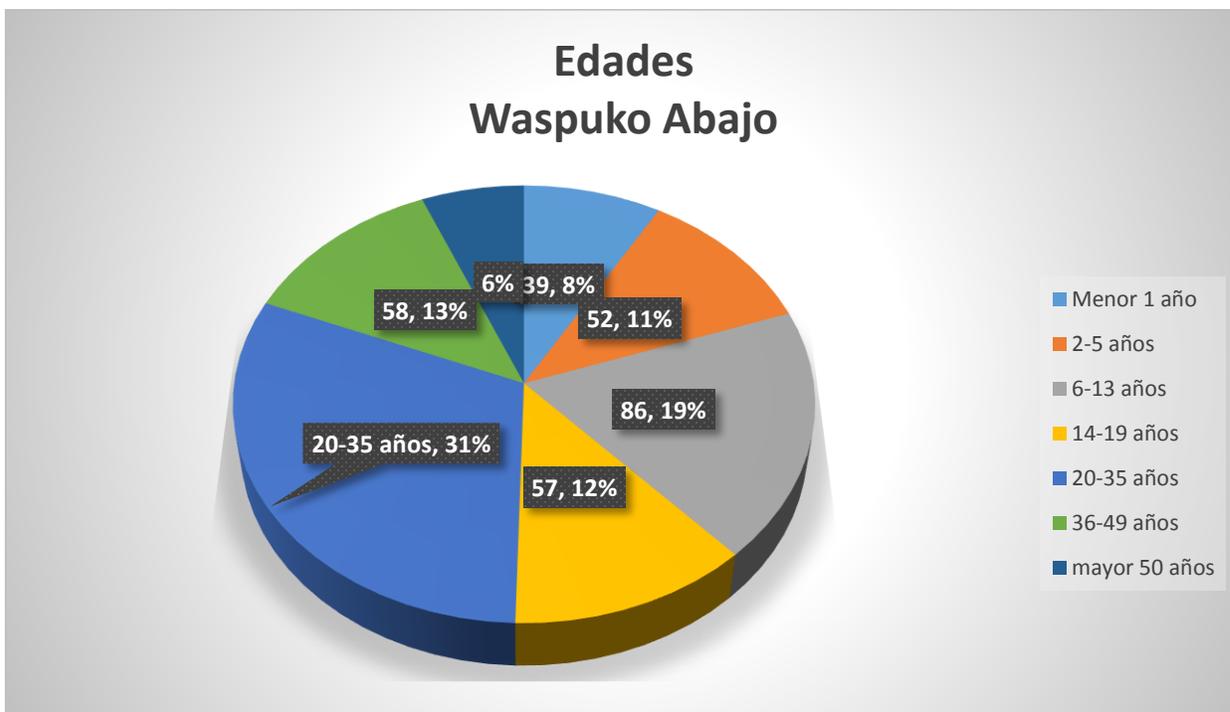
Problema	Causa	Efecto	Actividad	Objetivo	A Quien	Medios	Responsable	Observación
Mala Calidad del Agua	<p>1. La mayoría de los pobladores utiliza el río como fuente de abastecimiento .</p> <p>2. Fecalismo al aire libre (15% de la población)</p> <p>2. Agua No tratada.</p>	<p>1. Aumento de los riesgos de padecer enfermedades Enterales.</p> <p>2. Aumento de las incidencias de las parasitosis.</p> <p>3. Alteración del estado nutricional.</p> <p>4. Aumento de los índices de mortalidad infantil.</p>	<p>1. Realizar inspecciones sanitarias de las fuentes de agua que abastecen a la población.</p> <p>2. Realizar charlas en la escuela y comunidad sobre el buen uso del agua.</p> <p>3. Realizar conversatorios con líderes comunitario sobre la trata del agua.</p> <p>4. Gestionar proyecto de letrinas comunitarias.</p>	<p>1. Reducir el riesgo de Enfermedades Diarreicas parasitarias, mal nutrición.</p>	<p>Población General de la comunidad Waspuk o Abajo.</p>	<p>1. Capacitación a los líderes, brigadistas.</p> <p>2. papelería y medios para la realización de charlas.</p>	<p>Ministerio de Salud, a través del personal de salud- Hormiguero, alcaldía Municipal</p>	<p>La calidad de cualquier masa de agua depende de tanto factores naturales como de la acción humana.</p>

Tabla1. Rangos de edades de los habitantes de Waspuko Abajo, enero a abril 2019.

		Recuento	% del N de la columna
Grupos de Edad del habitante	Menor 1 año	39	1.1%
	2 a 5 años	52	11.2%
	6 a 13 años	86	18.5%
	14 a 19 años	57	12.2%
	20 a 35 años	143	30.8%
	36 a 49 años	58	12.5%
	Mayor de 50 año	29	6.2%
	Total	464	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 1. Rangos de edades de los habitantes de Waspuko Abajo, enero a abril 2019



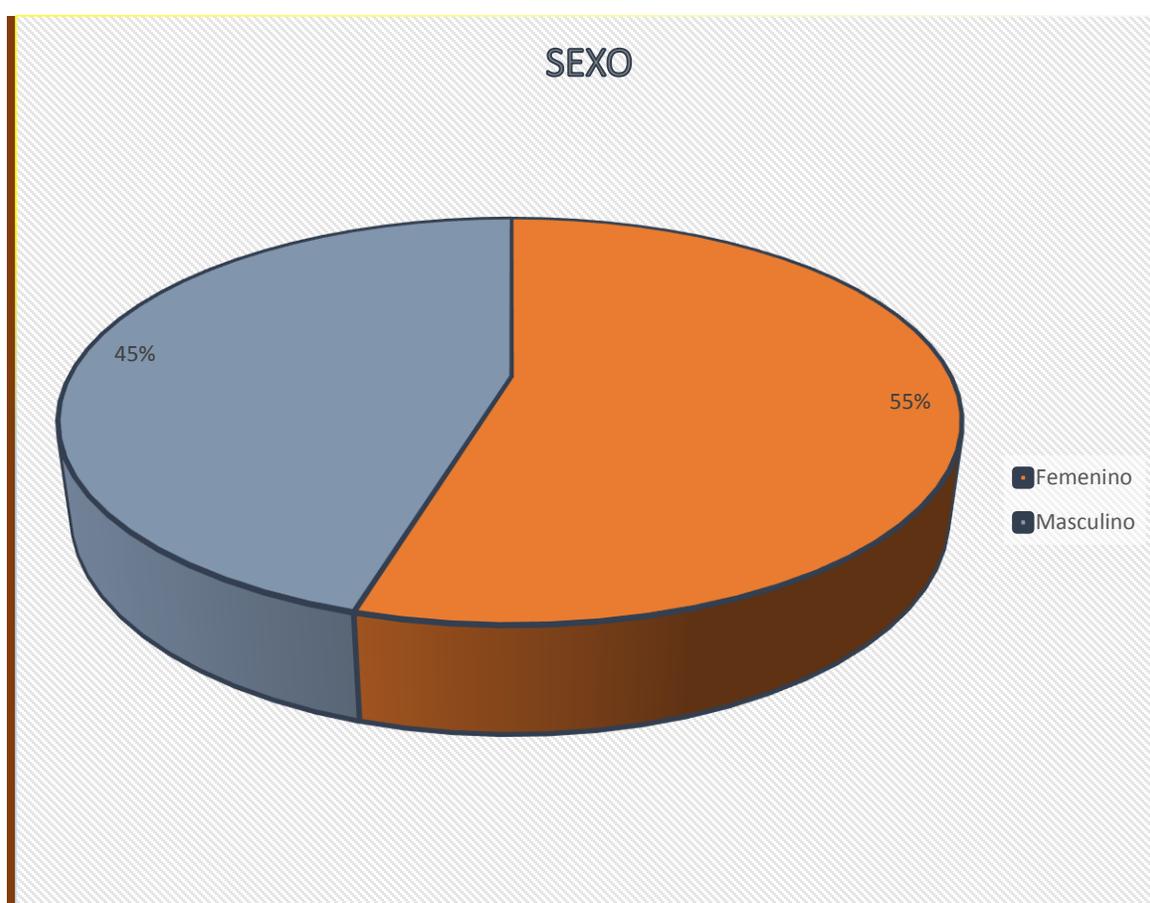
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Habitantes según sexo de Waspuko Abajo, enero-abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Sexo del habitante	Femenino	253	55 %
	Masculino	211	45 %
	Total	464	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 2. Habitantes según sexo de Waspuko Abajo, enero-abril 2019



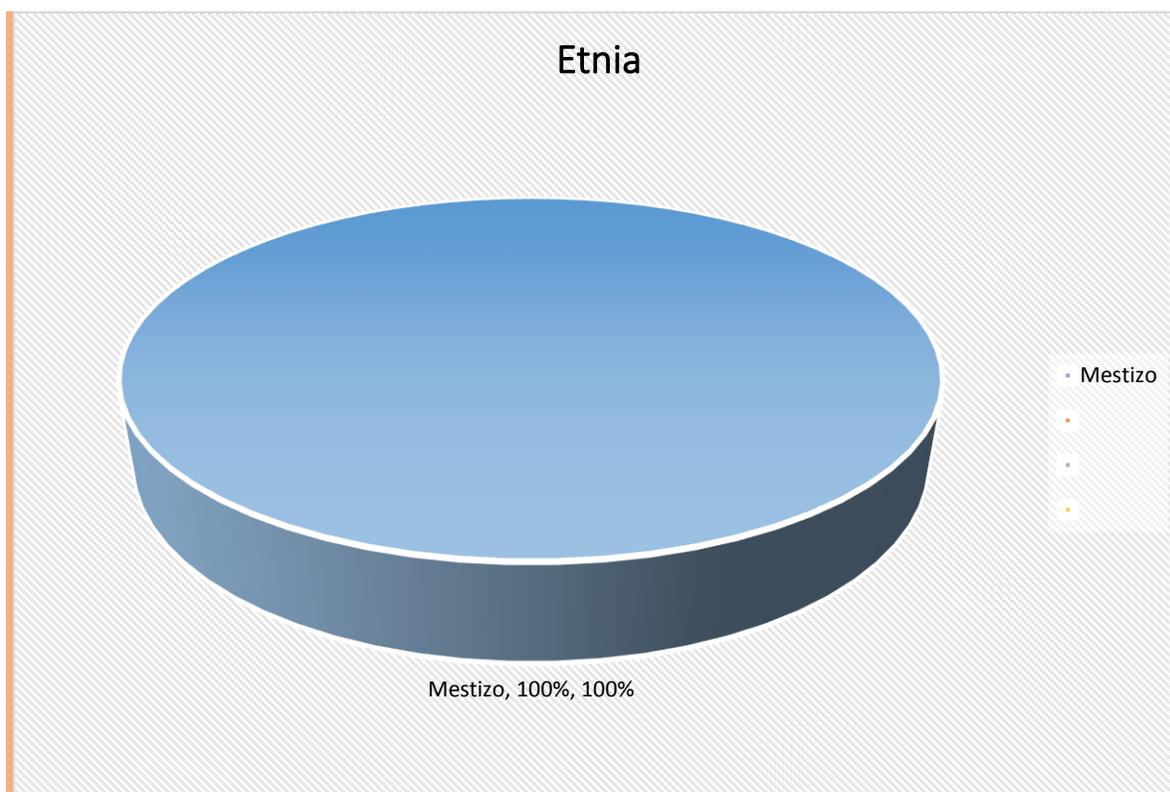
Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Etnia de Waspuko Abajo, enero –abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Etnia del habitante	Mestizo	464	100 %
	Total	464	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 3. Etnia de Waspuko Abajo, enero-abril 2019



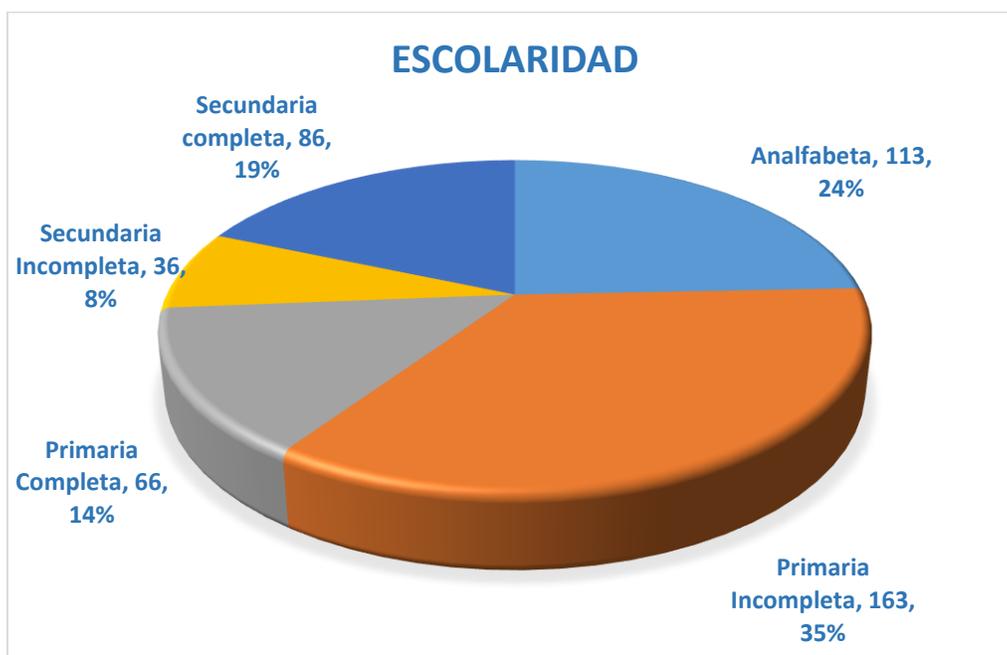
Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Escolaridad de habitantes de Waspuko Abajo, enero –abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Escolaridad del habitante	Analfabeta	113	24%
	Primaria Incompleta	163	35%
	Primaria Completa	66	14%
	Secundaria Incompleta	36	8%
	Secundaria Completa	86	18%
	Total	464	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 4. Escolaridad de habitantes de Waspuko Abajo, enero –abril 2019



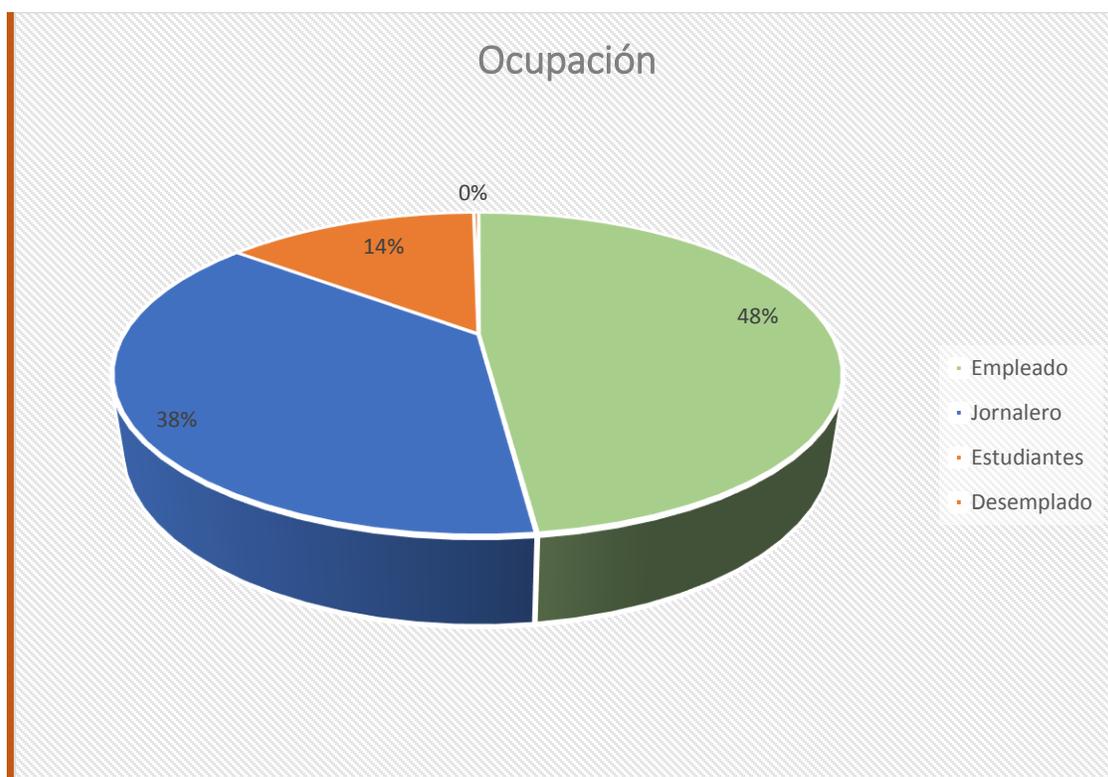
Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Habitantes según ocupación de Waspuko Abajo

		Recuento	% del N de la columna
Ocupación del habitante	Empleado/Obrero	208	45%
	Jornalero/Peón	163	35%
	Estudiante	61	13%
	Desempleado	32	7%
	Total	464	100%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Tabla 5. Gráfico de habitantes según ocupación de Waspuko Abajo



Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Combustible para cocinas de Waspuko Abajo

N= 111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Combustible para cocinar	Leña	72	65%
	Gas Licuado	39	35%
	Total	111	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 6. Combustible para cocinas de Waspuko Abajo



Fuente: Tabla 6

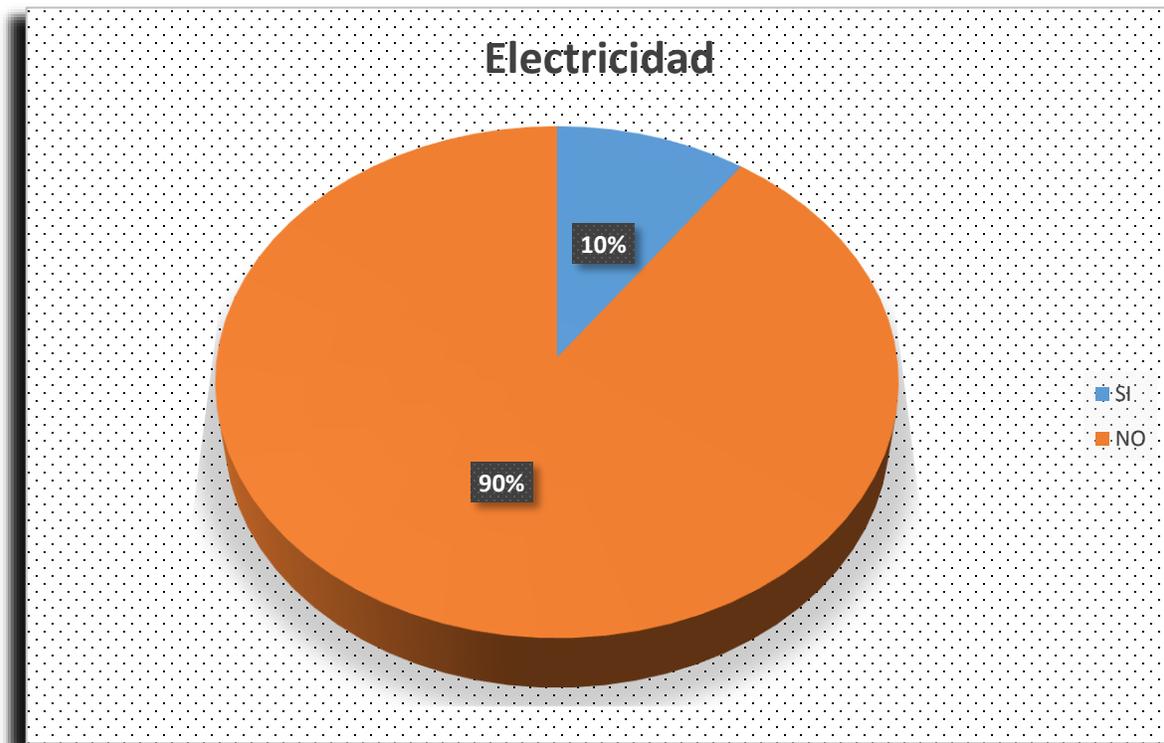
Tabla 7. disponibilidad Electricidad de Waspuko Abajo

N= 111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Electricidad	SI	11	10%
	NO	100	90%
	Total	111	100%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 7. disponibilidad Electricidad de Waspuko Abajo



Fuente: Tabla 7

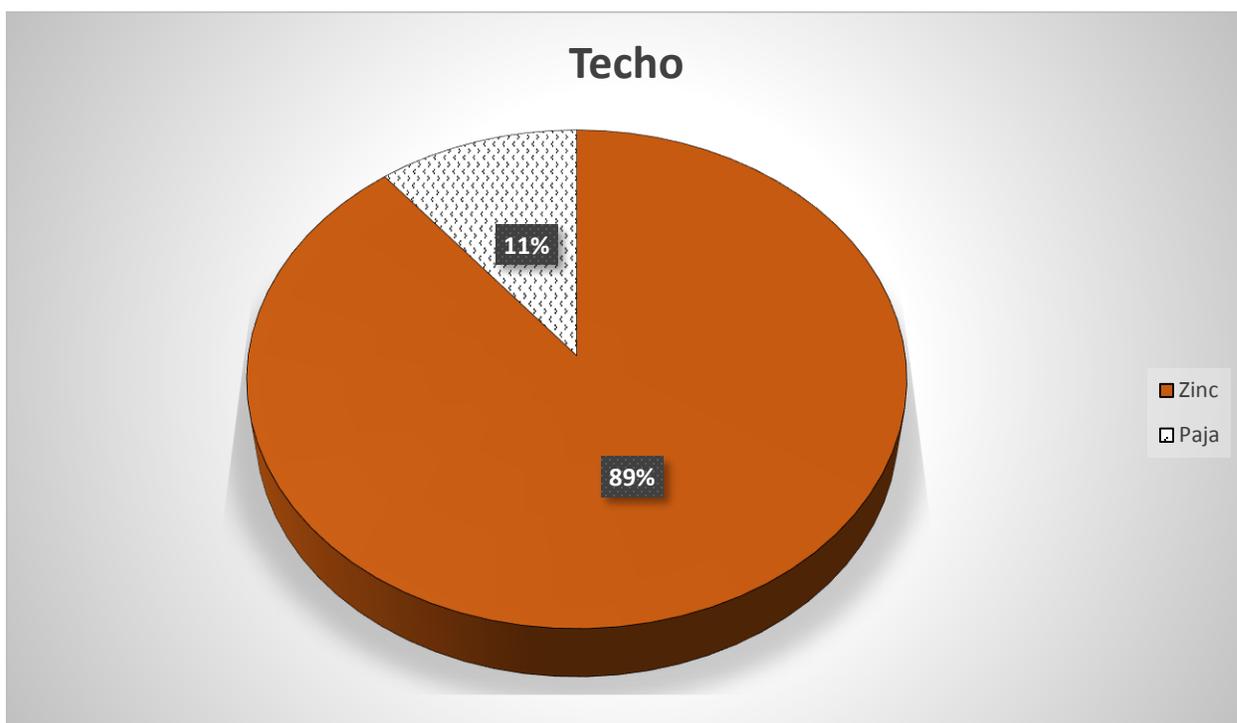
Tabla 8. Características Vivienda de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Techo del Hogar habitante	Zinc	99	90 %
	Paja	12	10%
	Total	111	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 8. Características Vivienda de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 8

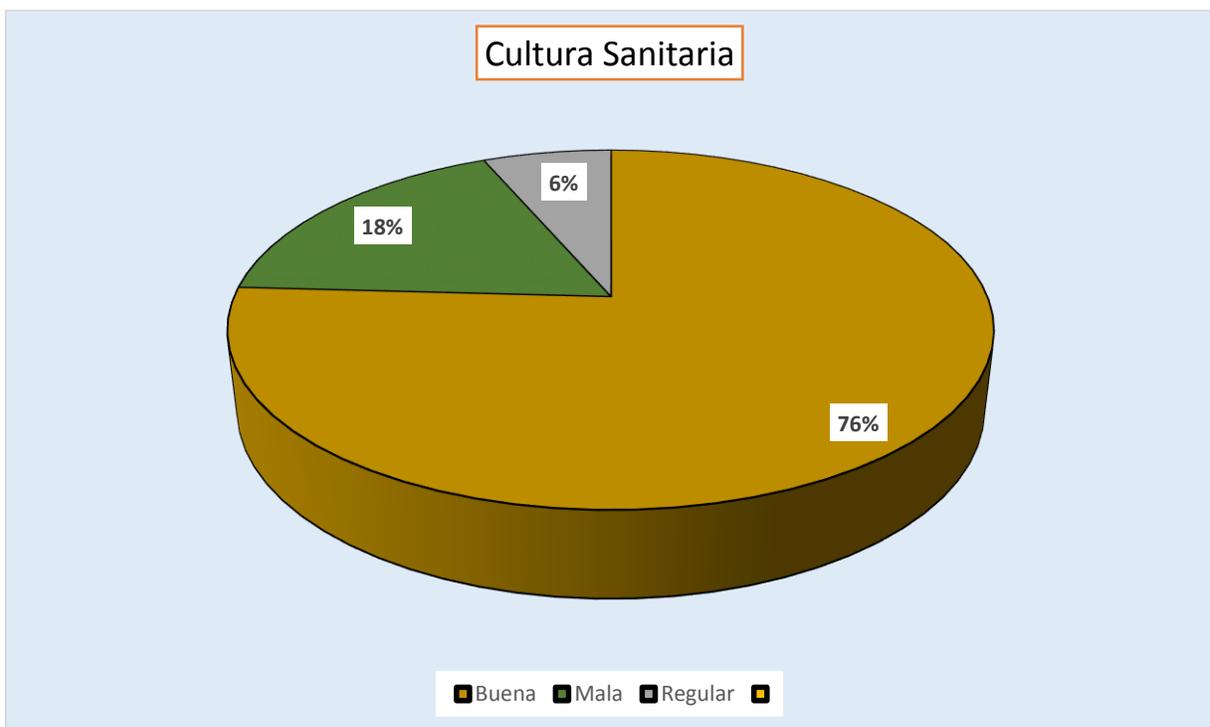
Tabla 9. Cultura Sanitaria de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Cultura Sanitaria	Buena	352	76 %
	Mala	82	6%
	Regular	30	18%
	Total	111	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 9. Cultura Sanitaria de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 9

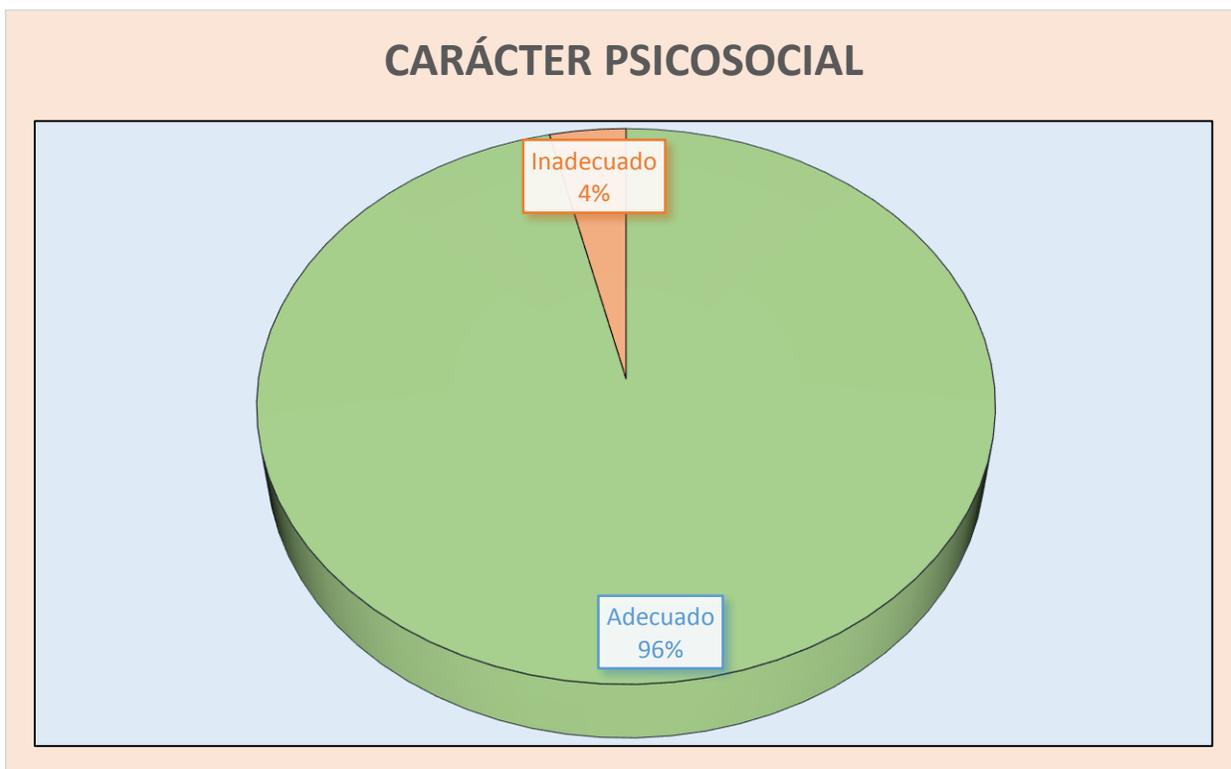
Tabla 10. Características Psicosociales Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Carácter Psicosocial	Adecuado	107	96 %
	Inadecuado	4	4%
	Total	111	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 10. Características Psicosociales Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 10

Tabla 11. Satisfacción de las Necesidades Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Necesidades Básicas	SI	100	96 %
	NO	11	4%
	Total	111	100.0%

Fuentes: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico11. Satisfacción de las Necesidades Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 11

Tabla 12. Riesgos de accidentes de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
	Sí	100	100%
	No	0	0%
	Total	464	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 12. Riesgos de accidentes de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



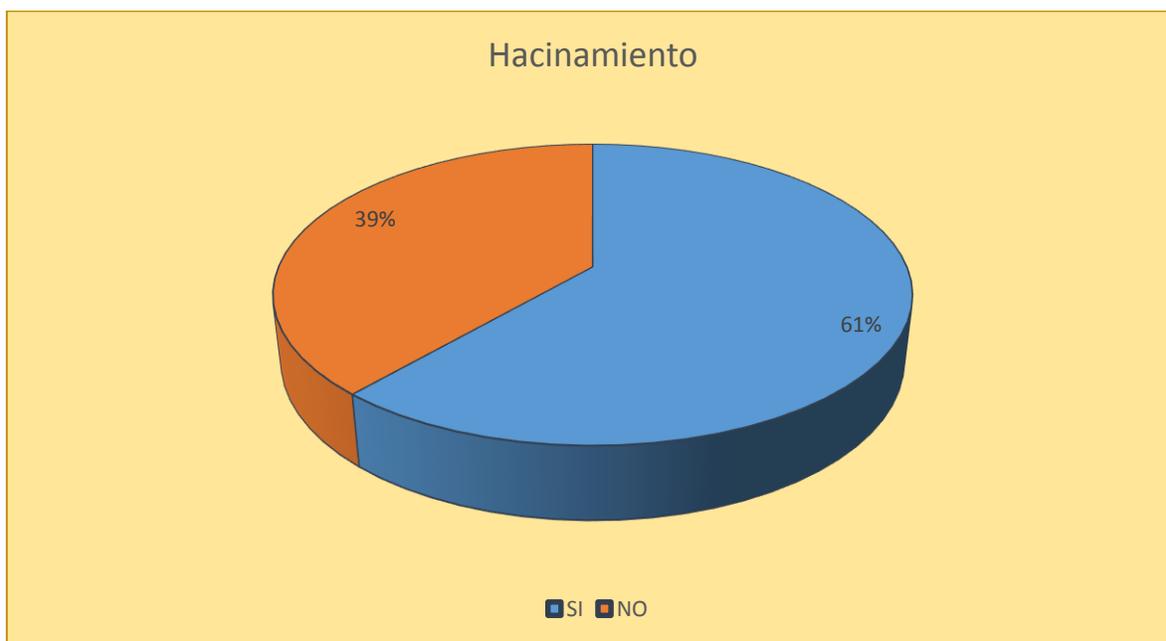
Fuente: Tabla 1

Tabla 13. Hacinamiento de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Hacinamiento	SI	285	61%
	NO	179	38%
	Total	464	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 13. Hacinamiento de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 13

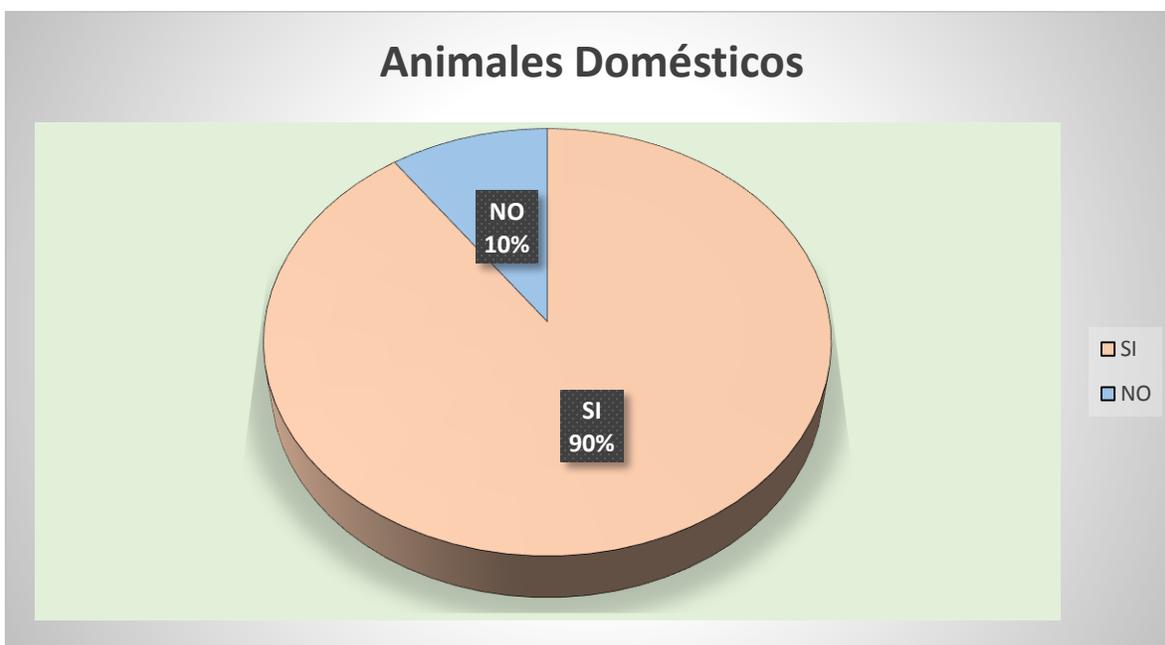
Tabla 14. Animales Domésticos de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Animales Domésticos	SI	100	90 %
	NO	11	10%
	Total	111	100.0%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 14. Animales Domésticos de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



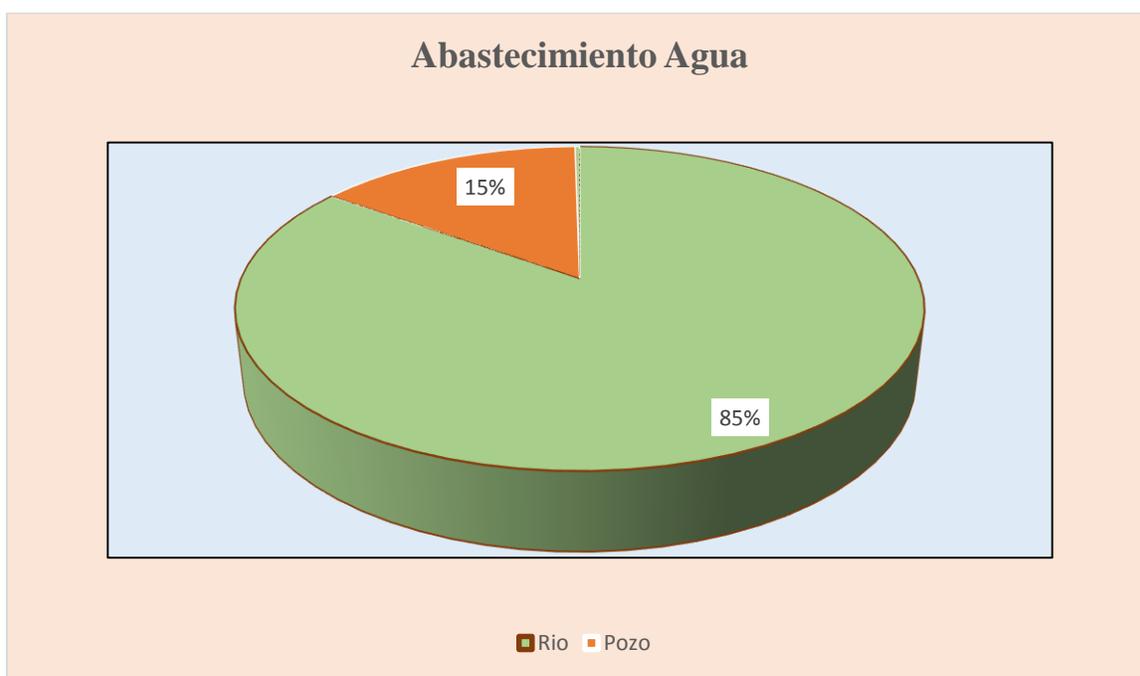
Fuente: Tabla 14

Tabla 15. Abastecimiento de Agua en Waspuko Abajo, enero- abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Abastecimiento del Agua	Rio	395	85%
	Pozo	69	15%
	Total	464	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 15. Abastecimiento de Agua en Waspuko Abajo, enero- abril 2019



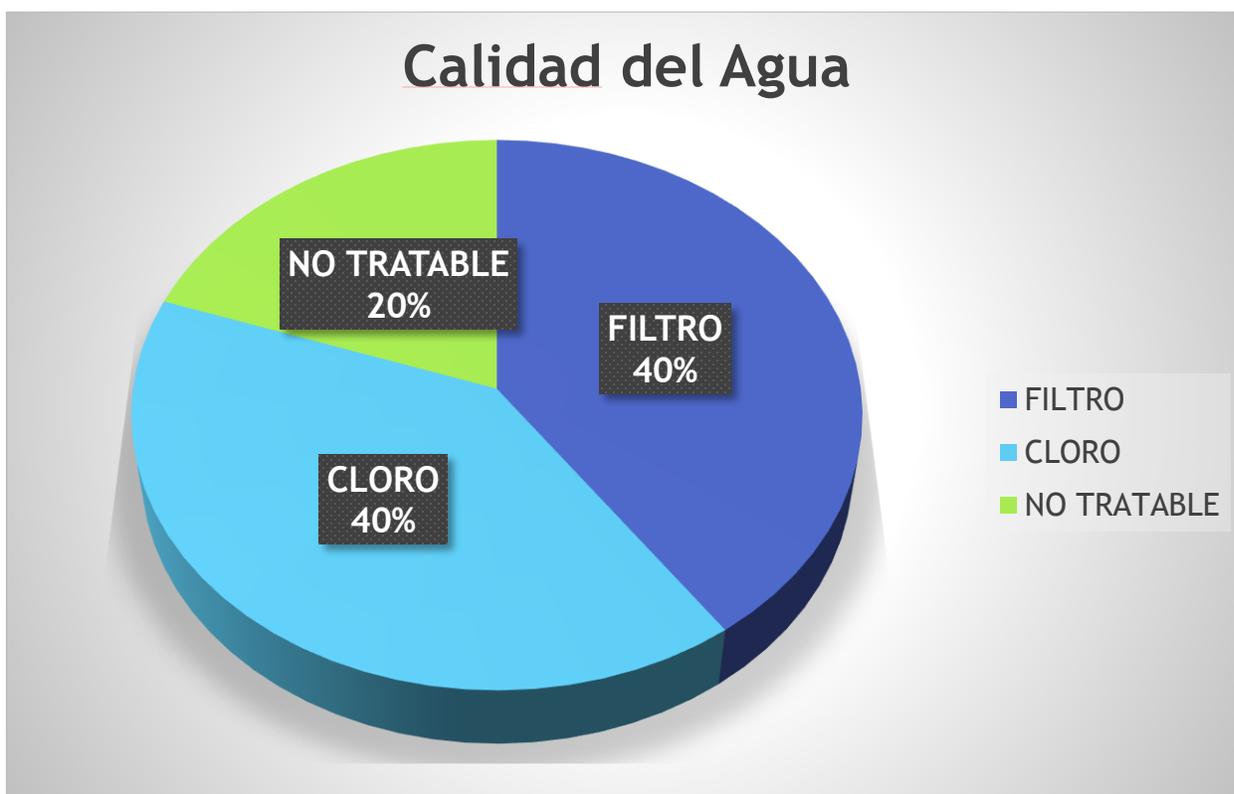
Fuente: Tabla 15

Tabla 16. Calidad del Agua en Waspuko Abajo, enero- abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Calidad del Agua	No tratable	84	20%
	Filtro	190	40%
	Cloro	190	40%
	Total	464	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 16. Calidad del Agua en Waspuko Abajo, enero- abril 2019



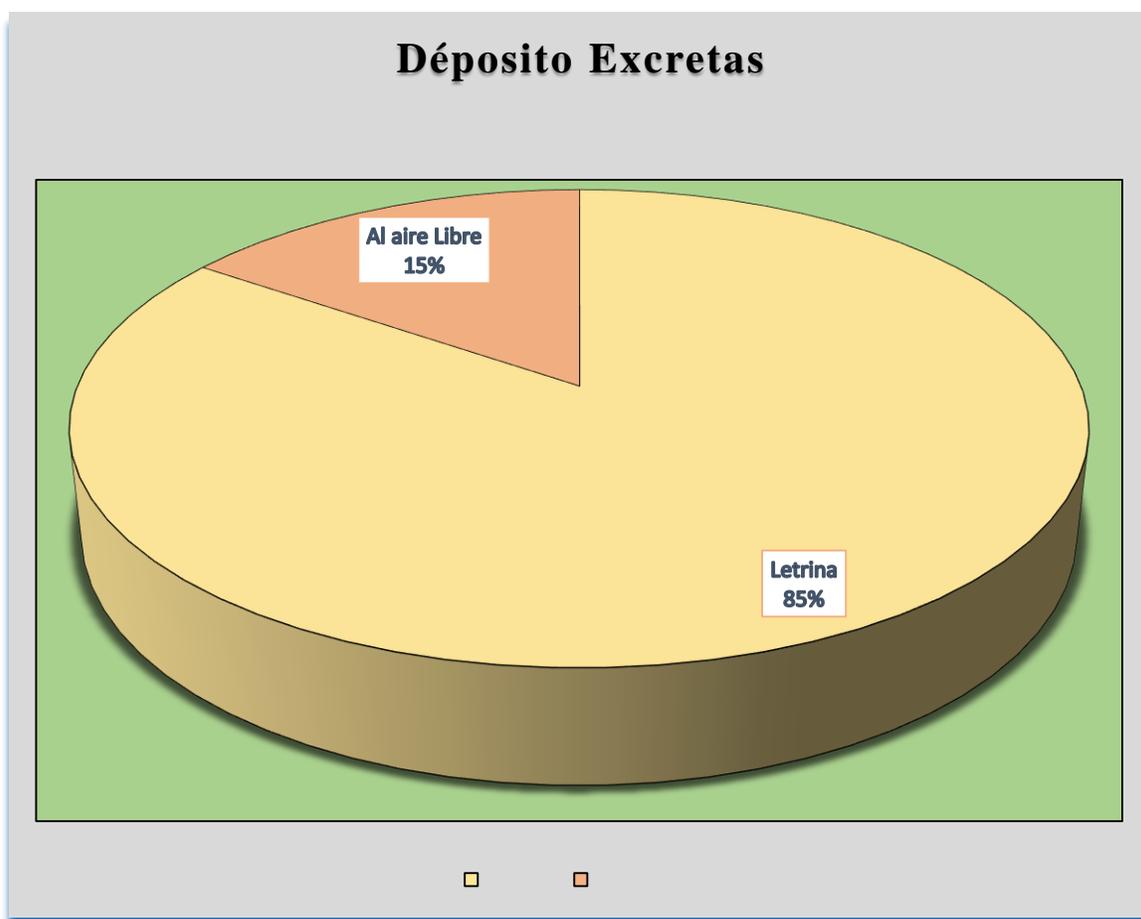
Fuente: Tabla 16

Tabla 17. Depósito Excretas en Waspuko Abajo, enero- abril 2019

		Recuento	% del N de la columna
Depósito de Excretas	Letrinas	400	85%
	Fecalismo aire libre	64	15%
	Total	464	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico17. Depósito Excretas en Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 17

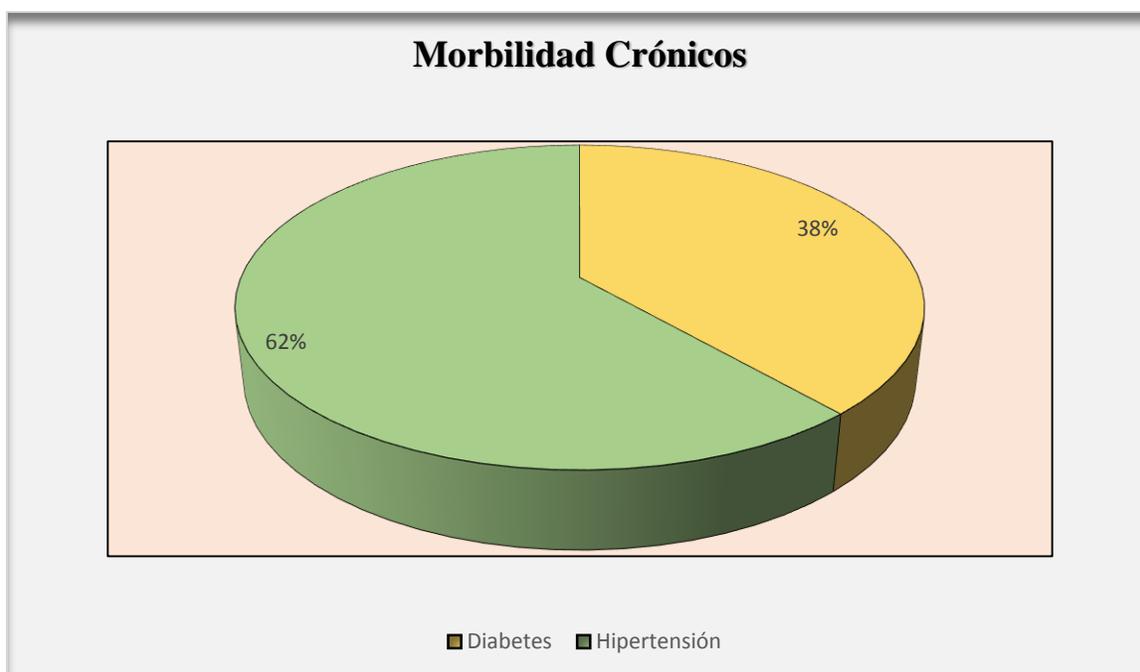
Tabla 18. Enfermedades Crónicas en Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=13 pacientes

		Recuento	% del N de la columna
Registro de Pacientes Crónicos	Hipertensión	8	62%
	Diabetes	5	38%
	Total	13	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico18. Enfermedades crónicas de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 18

Tabla19. Grupos Dispensarial en Waspuko Abajo, enero- abril 2019

Grupo Dispensarial		Recuento	% del N de la columna
Grupo de Dispensarización	GD I	0	0%
	GD II	447	96%
	GD III	13	3%
	GD IV	4	1%
	Total	464	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico19. Grupos Dispensarial en Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 19

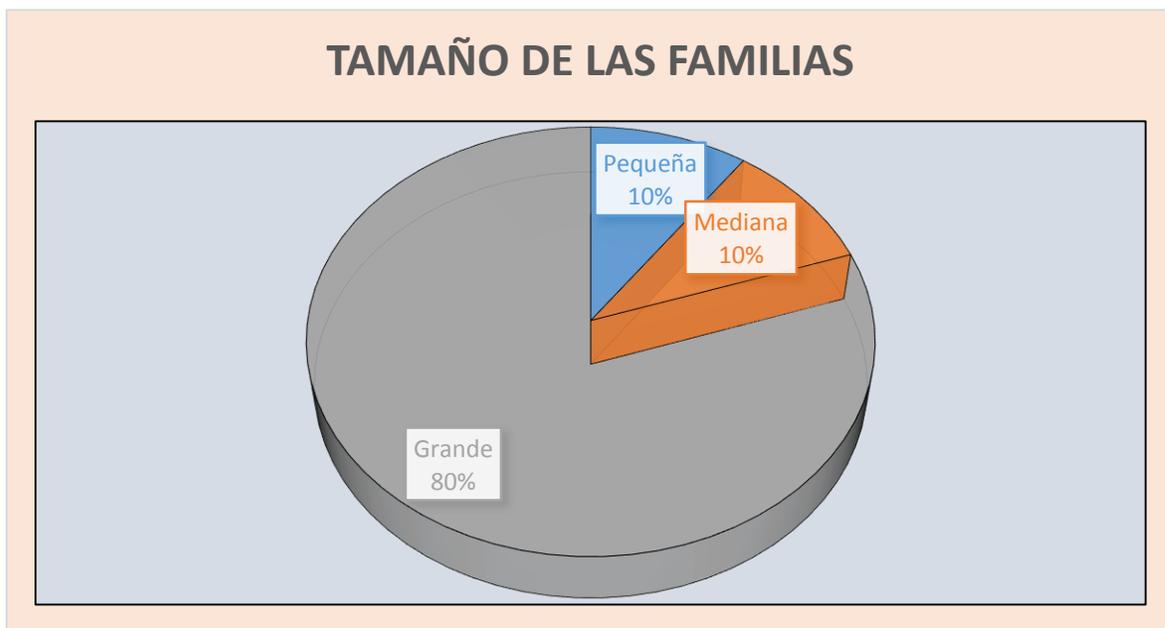
Tabla 20. Tamaño de las Familias Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Tamaño de las familias	Pequeña	11	10%
	Mediana	11	10%
	Grande	89	80%
	Total	111	100%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 20. Tamaño de las Familias Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 20

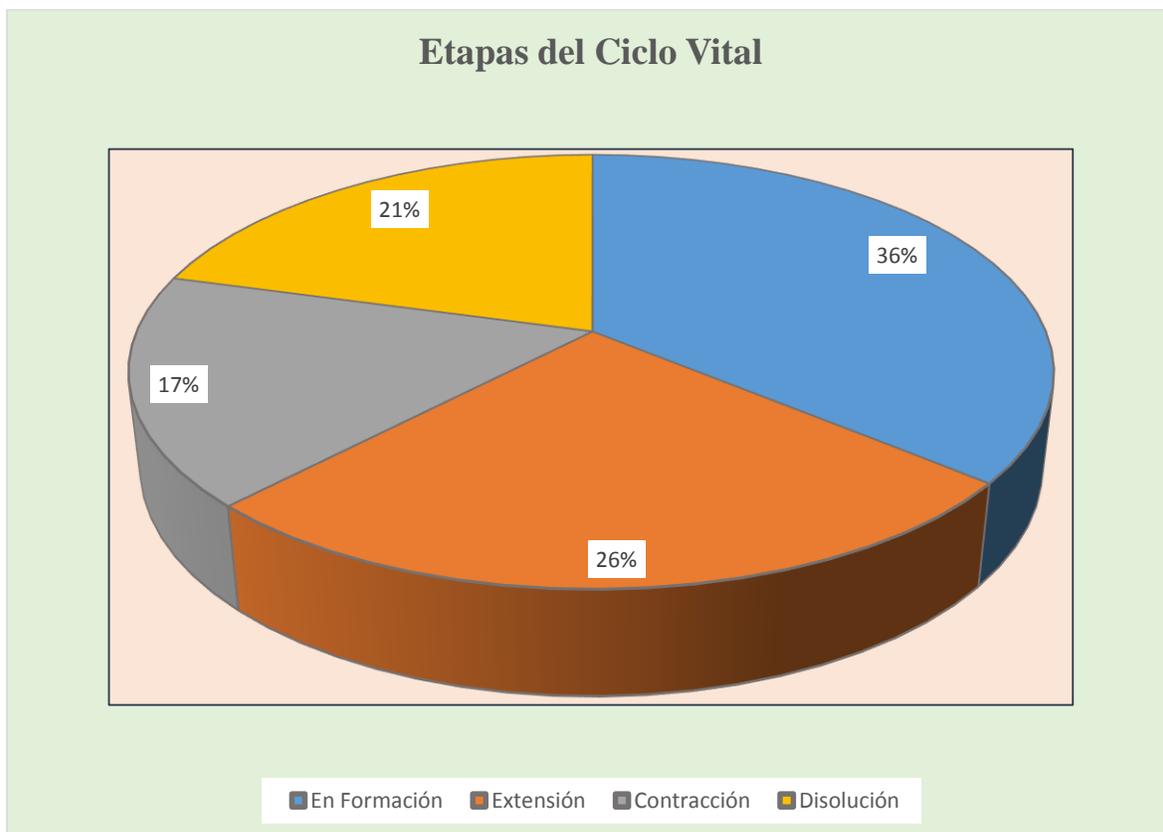
Tabla 21. Etapas del Ciclo Vital de las Familias Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Etapas del Ciclo vital	En formación	40	36%
	Extensión	29	26%
	Contracción	19	17%
	Disolución	23	20%
	Total	111	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 21. Etapas del Ciclo Vital de las Familias Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 21

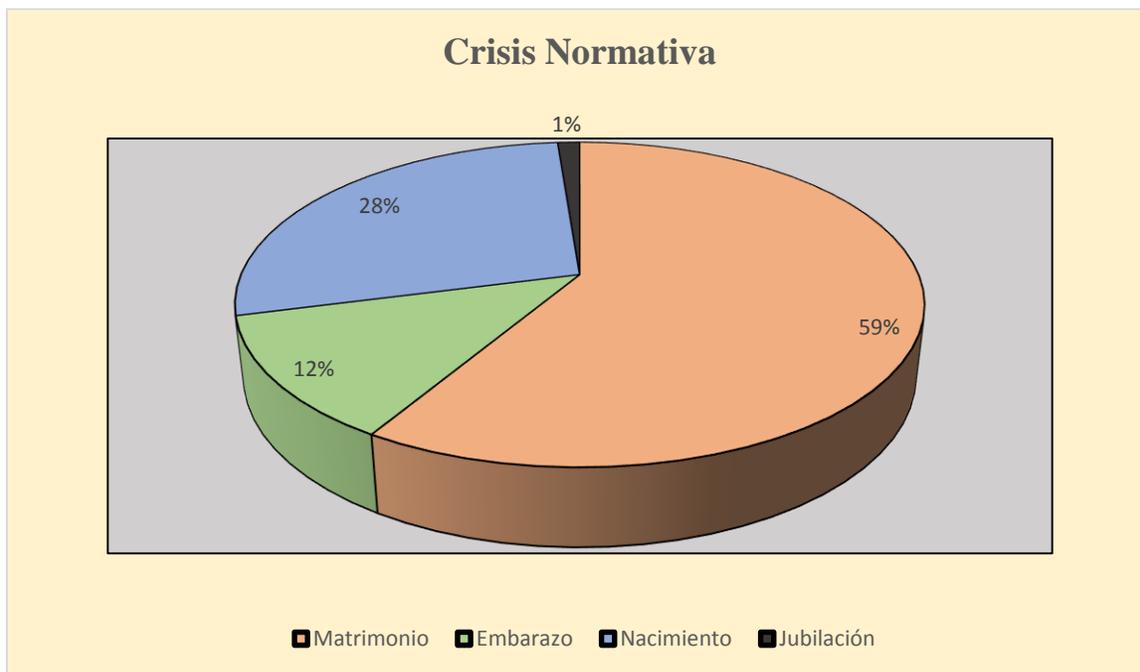
Tabla 22. Crisis Normativas de las Familias de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=111 casas

		Recuento	% del N de la columna
Crisis Normativas	Matrimonio	57	22%
	Embarazo	12	6.8%
	Nacimiento 1er Hijo	27	8.3%
	Jubilación	15	3.8%
	Total	111	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 22. Crisis Normativas de las Familias de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 22

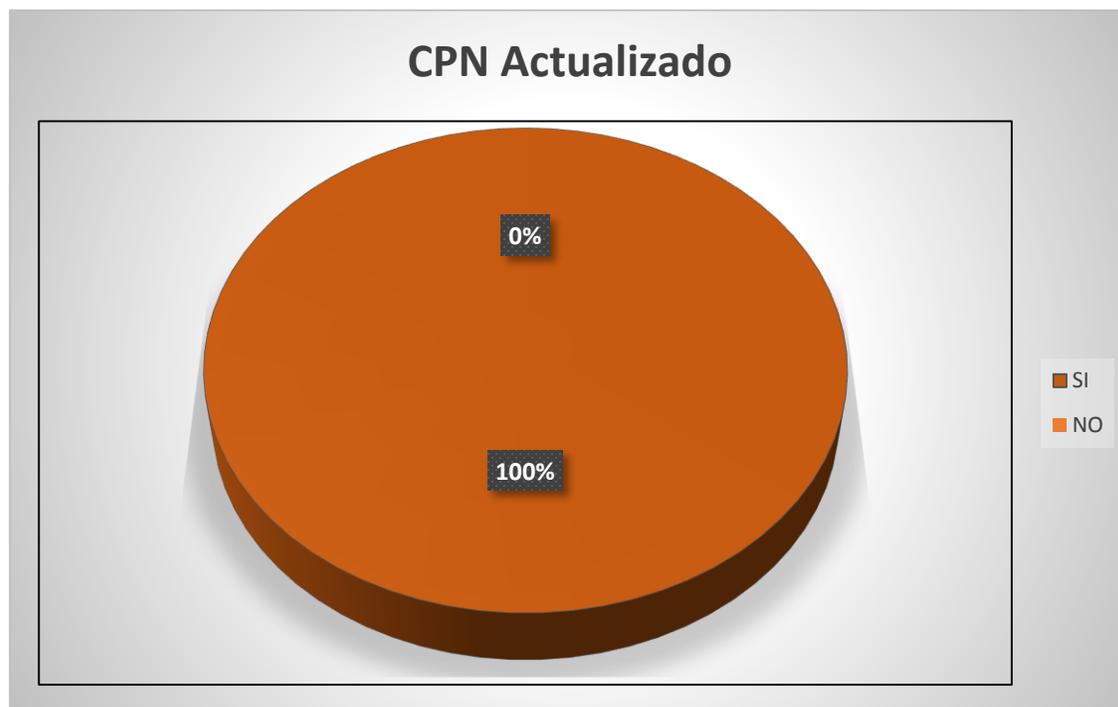
Tabla 23. Embarazadas con Control Prenatal Actualizado de Waspuko Abajo, enero-abril 2019

N=17 embarazadas

		Recuento	% del N de la columna
Embarazadas y CPN	Sí	17	100%
	No	0	0%
	Total	17	100.0%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar

Gráfico 23. Embarazadas con Control Prenatal Actualizado de Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 23

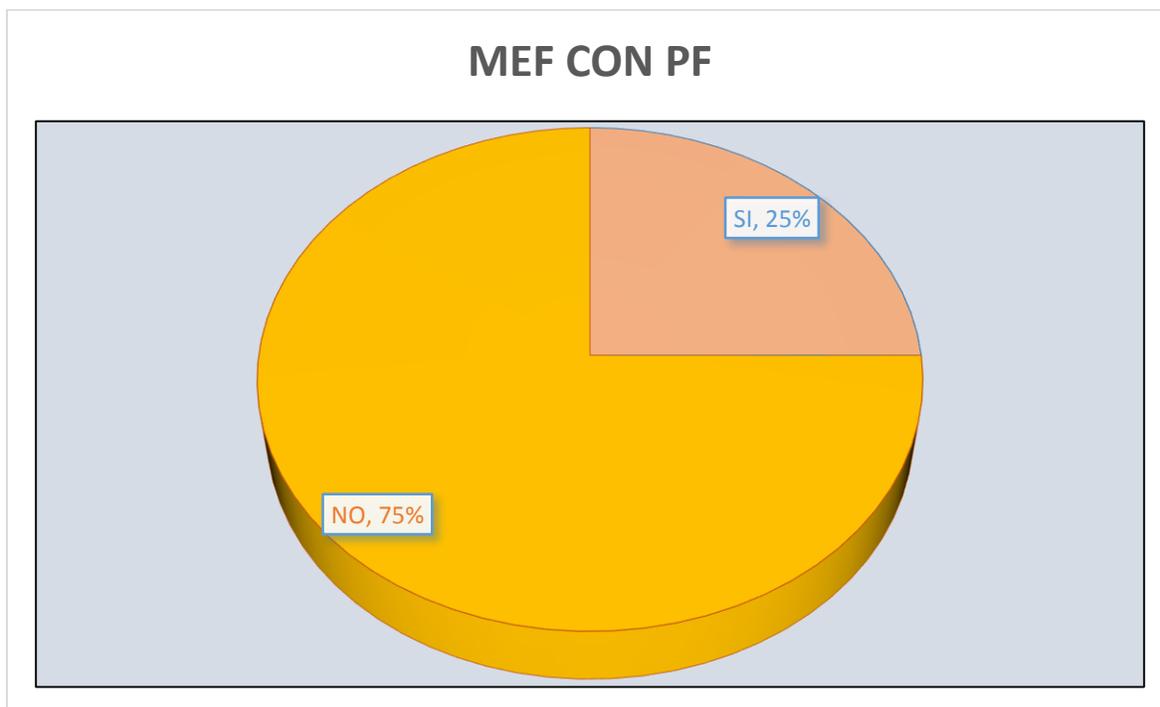
**Tabla 24. Mujeres en edad fértil utilizando métodos de planificación familiar
De Waspuko Abajo, enero- abril 2019**

N=120 mujeres en edad fértil

		Recuento	% del N de la columna
MEF PF	Sí	30	25%
	No	90	75%
	Total	120	100%

Fuente: Ficha de Historia de Salud Familiar

**Gráfico 24. Mujeres en edad fértil utilizando métodos de planificación familiar
De Waspuko Abajo, enero- abril 2019**



Fuente: Tabla 24

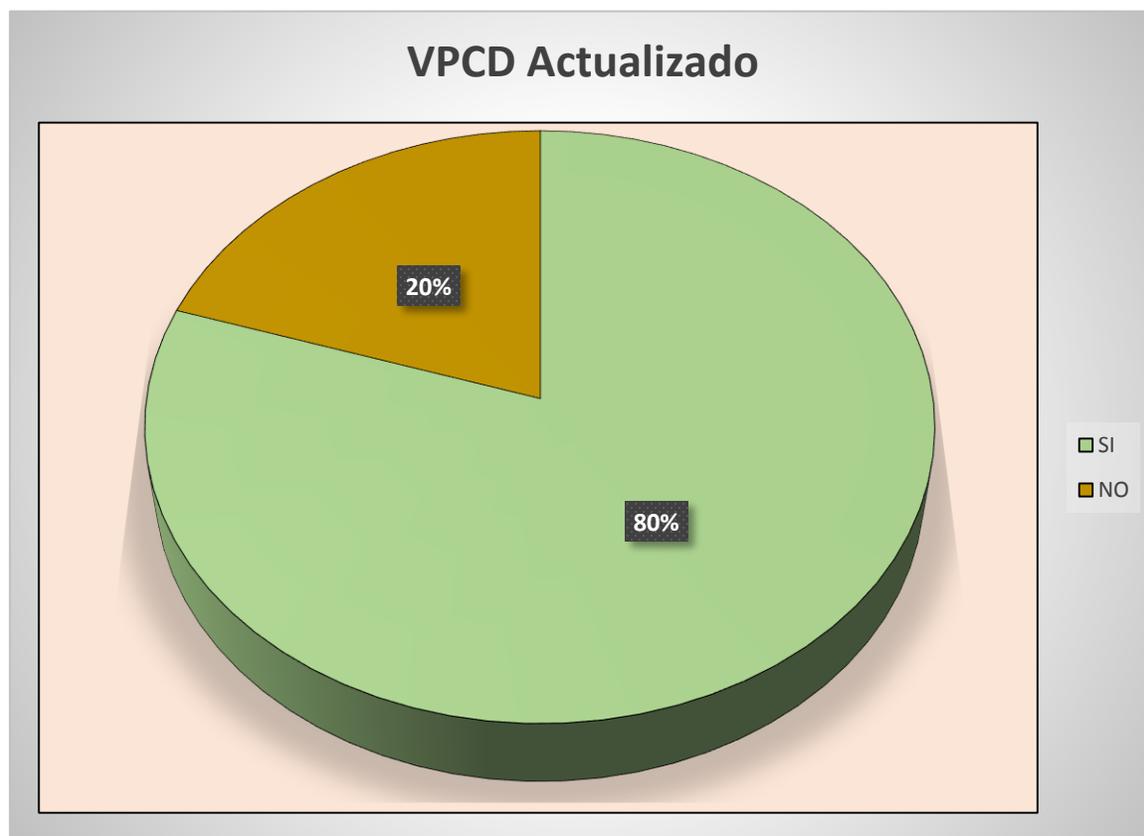
Tabla 25. Menores de 4 años de edad con VCPD actualizado de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

N=91 niños menores de 5 años

		Recuento	% del N de la columna
VPCD	Sí	81	80.0%
	No	10	20.0%
	Total	91	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

Gráfico 25. Menores de 4 años de edad con VCPD actualizado
De Waspuko Abajo, enero- abril 2019



Fuente: Tabla 25

Tabla 26. Menores de 4 años de edad con Vacunas actualizado de Waspuko Abajo, enero- abril 2019

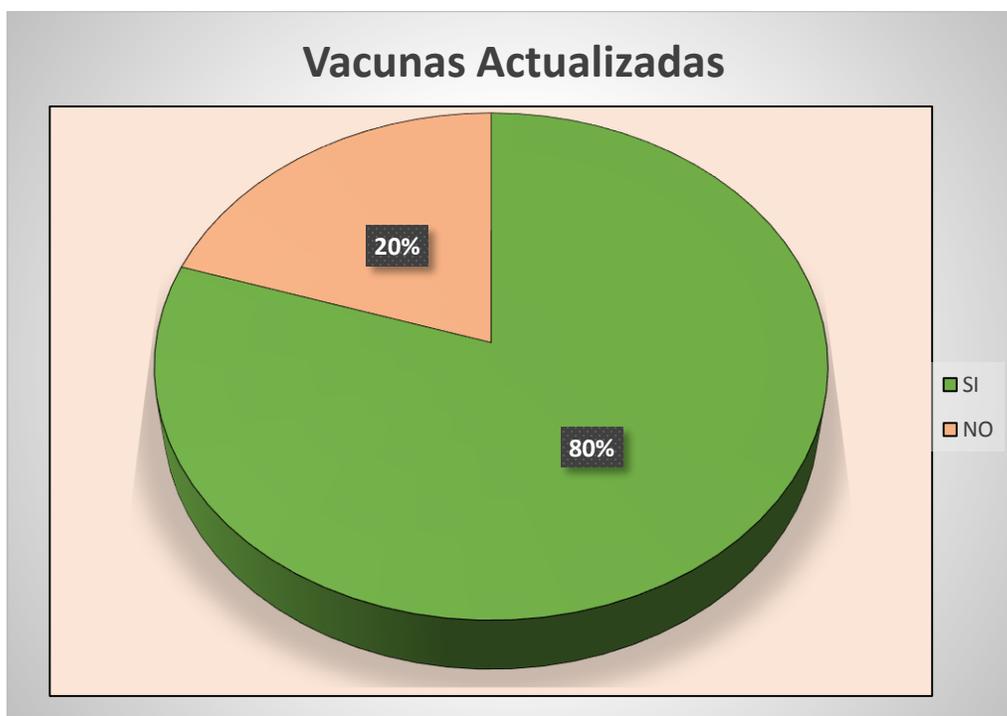
N=91 niños menores de 5 años

		Recuento	% del N de la columna
Vacunas	Sí	81	80.0%
	No	10	20.0%
	Total	91	100.0%

Fuente: Fichas de Historia de Salud Familiar

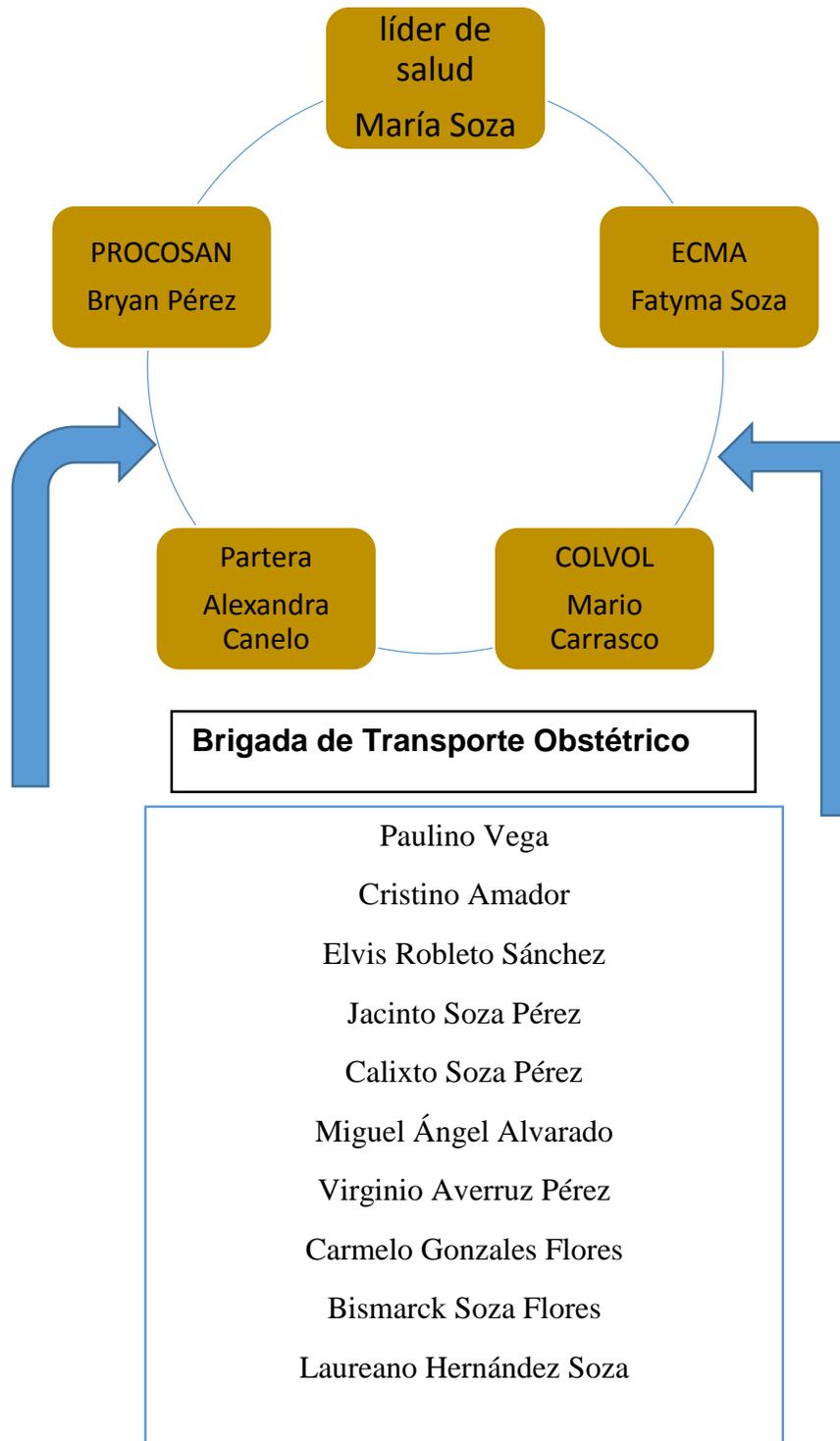
Tabla 26. Menores de 4 años de edad con Vacunas actualizado

De Waspuko Abajo, enero- abril 201

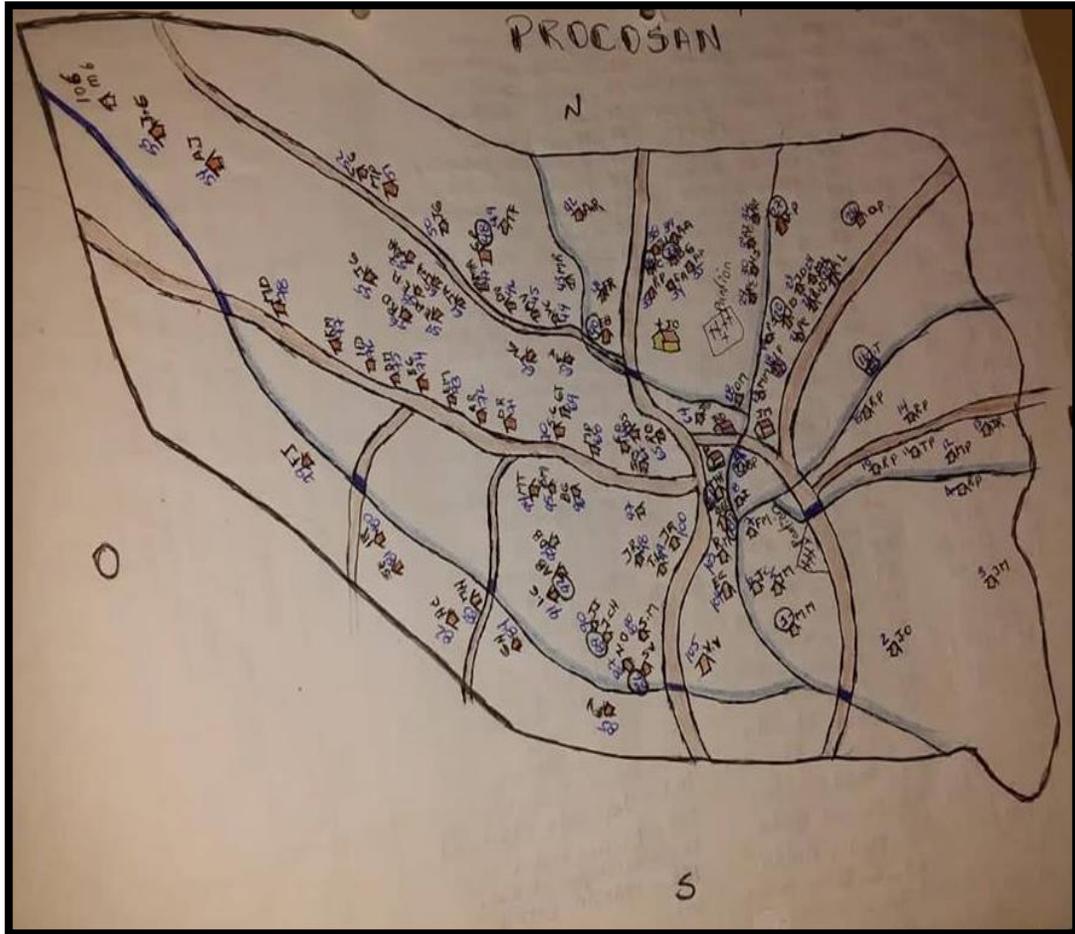


Fuente: Tabla 26

ORGANIGRAMA DE LA RED COMUNITARIA WASPUKO ABAJO



CROQUIS DE COMUNIDAD WASPUKO ABAJO-SIUNA



VULNERABILIDAD ANTE DESASTRES NATURALES



VULNERABILIDAD ANTE DESASTRES NATURALES

