

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN- MANAGUA FAREM MATAGALPA**

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA



TEMA

Calidad de la dispensarización familiar, en el sector número 2 del Puesto de Salud San Judas del Municipio de Jinotega; según el modelo de salud familiar y comunitario II Semestre año 2015.

AUTORES

BRA. Grecia Indira García Miranda

BRA. Yara Marion Siles Picado

TUTOR

PhD. Marcia Zulema Cordero Rizo

Doctorado en Ciencias de la Salud Publica

ASESOR METODOLOGICO

DMC; MMISC Sergio José Amador Espinoza

Matagalpa Febrero 2017

RESUMEN

El Modelo de salud familiar y comunitario se basa en un esquema de manejo de los determinantes de salud a nivel de las personas, las familias y la comunidad. Enfatiza en la dispensarización y los diagnósticos comunitarios, busca garantizar el acceso y mejorar el funcionamiento de la atención a los grupos poblacionales, especialmente los que viven en condiciones de extrema y alta pobreza. Este estudio se realizó en el Puesto de Salud San Judas Tadeo ubicado en la periferia sur del municipio de Jinotega, está dividido en 3 sectores urbanos los cuales son atendidos según las normativas del MOSAFC, con el objetivo de describir la calidad de la dispensarización familiar, en el sector número 2 en el II Semestre año 2015. Mediante el análisis estadísticos de las fichas dispensariales de una muestra 337 fichas revisadas del universo; es un estudio descriptivo en el que se encontró que se han dispensarizado un total de 2411 familias del sector 2 del Puesto de Salud San Judas, de las cuales se disponen únicamente 2274 fichas y de estas, todas contiene al menos un dato errado que convierte a la ficha en inadecuada, además casi todas contenían la clasificación adecuada del grado dispensarial para cada individuo de la familia, lo que hace posible clasificar a la población en estudio según factores de riesgo asociados, menciona que las subvariables que con más dificultad fueron llenadas son aquellas de la información de la familia, haciendo que se dificulte emprender el control y seguimiento oportuno de enfermedades que pudiesen afectar a la población.

Por lo que es de utilidad recomendar que se instauren estrategias para corregir las debilidades que tiene el personal que realiza la dispensarización; realizando capacitaciones sobre el MOSAFC y la correcta recolección de los datos de la ficha familiar en relación a los parámetros con que cada variable debe ser completada.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios porque nos ha dado la luz y sabiduría para trabajar día a día y la fuerza para seguir adelante y enfrentar cada obstáculo que hemos encontrado en nuestro caminar.

A nuestros padres que son nuestro principal apoyo, de los cuales hemos aprendido a ser mejores seres humanos cada día y han luchado en este proceso junto a nosotros.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por ser el motor y guía que nos da la fuerza para seguir adelante.

A nuestros padres por ser parte fundamental de todo proyecto que llevamos a cabo en nuestras vidas.

A nuestro asesor Dr. Sergio Amador por todo el apoyo e información importante que nos brindó durante la realización de este trabajo.

A nuestra docente y tutora Lic. Marcía Cordero por sus sugerencias y aportes en esta investigación.

Al personal del puesto de salud San Judas y al personal del MINSA Jinotega por brindarnos la información necesaria para que este trabajo fuera posible.

CONTENIDO

• DEDICATORIA	i
• AGRADECIMIENTO	ii
I. INTRODUCCION	1-5 pag
II. ANTECEDENTES	6 pag
III. JUSTIFICACION	7-8 pag
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9 pag
V. OBJETIVOS	10 pag
VI. MARCO TEORICO	11-21 pag
VII. DISEÑO METODOLOGICO	22-25 pag
VIII. RESULTADOS Y DISCUSION	26-31 pag
IX. CONCLUSION.....	32 pag
X. RECOMENDACIONES.....	33 pag
XI. BIBLIOGRAFIA	34-35 pag
XII. ANEXOS.....	36-61 pag
XIII A. Anexo 1	
XIII B. Anexo 2	
XIII C. Anexo 3	
XIII D Anexo 4	
XIII E Anexo 5	

I. INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas están viviendo más años en todo el mundo. Si nos basamos en los promedios mundiales, la esperanza de vida de una niña nacida en 2012 es de alrededor de 73 años, mientras que la de un niño varón nacido el mismo año, es de 68 años. Estas cifras representan seis años más que el promedio mundial de esperanza de vida para un niño nacido en 1990.

Los resultados de la Encuesta de Medición del Nivel de Vida 2005, Cuentas Nacionales en Salud y del estudio “Exclusión en Salud en Nicaragua Noviembre-Diciembre 2007, evidencian que los estratos más pobres, son quienes más requieren servicios de salud, los que menos accedían a los servicios de salud y a medicamentos, el MINSA ha declarado la política de gratuidad de los servicios de salud para reducir las barreras económicas al acceso, además, la implementación de un nuevo modelo de atención con enfoque hacia la familia y comunidades que revaloriza la prevención y la participación ciudadana.

Considerando que es de suma importancia realizar una investigación sobre la calidad de llenado de la ficha familiar decidimos hacer un estudio descriptivo que sirva para mejorar la atención primaria y contribuir a la salud comunitaria realizando buenos diagnósticos y tratarlos adecuadamente.

Tomando como ejemplo países precursores como Cuba principalmente En 1984 se inicia la historia del modelo de la medicina familiar en Cuba. El fenómeno

concreto que es hoy la medicina familiar cubana apareció como resultado de la convergencia de cuatro factores, fundamentales.

Primeramente los cambios en el cuadro epidemiológico del país a partir del desarrollo social alcanzado apuntaban a la necesidad de una atención médica más pertinente dados los cambios demográficos y del cuadro de morbilidad y mortalidad de entonces.

En segundo lugar las reflexiones derivadas de la dramática experiencia con la epidemia de dengue hemorrágico desde mayo hasta agosto de 1981.

Por último la introducción de este modelo en el Sistema Nacional de Salud, generó importantes transformaciones en la atención médica en el nivel primario.

La población, para quien estaban dirigidas las transformaciones, percibió los beneficios del nuevo modelo desde sus inicios y manifestó gratitud y complacencia dadas las ventajas que mostraba el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia. La atención médica ha sido desde entonces mucho más personalizada, más accesible, con un enfoque preventivo (del cual no siempre somos conscientes) y una mayor proyección social.

En Venezuela, se aprecia desde finales de la década del 70 la crisis del sector público debido a la difícil situación económica existente en el país, la cual se agudizó y profundizó durante la década de los 80 dando origen a las políticas de ajuste implantadas en los años 1990-1992; Esta situación, generó la necesidad de desarrollar un proceso de reforma y modernización del Estado con el objeto de establecer nuevas formas de organización y gestión de la administración pública, todo esto impactando en cada uno de los niveles de la vida pública nacional como lo son el educativo, el cultural, el de salud, entre otros.

En este sentido, se pretende dar cuenta de algunos modelos de gestión aplicados en el sector salud, que van desde aquellos que privilegian el nivel local, hasta los que integran el sector privado como actor clave para el éxito de la administración de salud. Entre ellos se destacan los Sistemas Locales de Salud (SILOS), las Microempresas de Servicios de Salud, los Servicios Autónomos, Barrio Adentro,

entre otros, los cuales constituyen experiencias concretas dirigidas a garantizar la accesibilidad y cobertura de los servicios y elevar la eficacia de la gestión de salud en Venezuela.

En Ecuador el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud , así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención. En este enfoque se enmarca el presente documento, como guía conceptual y práctica de oferta de servicios en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

Junio de 2011 se plantea, para el sector salud de Bolivia, un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), basado en los principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad; este modelo amplía la participación social en el diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, que incluyen acciones de promoción y reparación de la salud y prevención de las enfermedades, orientadas al desarrollo integral de la comunidad, dentro del concepto de derechos y crea instancias de dialogo entre la institución de salud y la población en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional y no sectorial o corporativo

A mediados del año 2001 la República Dominicana consolidó jurídicamente un proceso de reforma de su sistema de salud a través de dos leyes fundamentales, la 42-01 (Ley General de Salud) y la 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social).

La Reforma del Sector Salud Dominicano se orientó a la configuración de un Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública. Dicho

sistema se sustenta en la separación de funciones relacionadas con la rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios.

El objeto último de la reforma de salud era garantizar el acceso a los servicios a la totalidad de la población dominicana y en consecuencia permitir una satisfactoria resolución de sus demandas y unos mejores resultados de salud.

En Nicaragua a inicios del Siglo XX, la atención en salud era garantizada por médicos de cabecera en las principales áreas urbanas. Los hospitales eran centros de atención a indigentes, regentados por órdenes religiosas y con el apoyo filantrópico de personas pudientes de la sociedad y la colaboración profesional desinteresada de los médicos locales. Las acciones de salud pública, fundamentalmente dirigidas a la higiene comunal eran regidas por el reglamento de policía publicado por decreto del 25 de octubre de 1880 y sus modificaciones de mayo de 1938. Grandes grupos de población eran atendidos por agentes tradicionales como parteras, curanderos y brujos.

Entre 1993 y 1996 el MINSA concentra su atención en el desarrollo de un Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez en la búsqueda de nuevas alternativas de financiamiento y la apertura de nuevos espacios de democratización de la gestión. Dirigido a: (i) romper verticalismos y programas parcelados; (ii) reducir oportunidades perdidas; (iii) aumentar las coberturas de atención; (iv) optimizar los recursos humanos, materiales y financieros; (v) fortalecer los procesos de modernización del estado; (vi) introducir nuevos enfoques de atención a grupos priorizados; y (vii) facilitar la participación activa de la comunidad.

Valoraciones hechas al desarrollo de este modelo señalan que no se logró la integralidad, se mantuvieron los programas verticales y paralelos con una insuficiente coordinación ínter programática. La necesidad de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, enfrentar los cambios demográficos, contener los problemas epidemiológicos, incrementar la demanda y disminuir las presiones operacionales, mejorando la eficiencia de la gestión y la efectividad de las acciones en salud, se formulan a finales de los años 90s Políticas Nacionales de Salud, cuyos ejes centrales fueron: La Modernización del Sector Salud, el

Fortalecimiento del MINSA, el Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, Las Nuevas Estrategias de Salud Pública y las Reformas de la Seguridad Social

II. ANTECEDENTES

Esta investigación no consta de antecedentes ya que se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones realizadas con anterioridad que tuviesen relación con lo que se ha querido investigar y no se encontró estudios internacionales ni a nivel nacional que pudiesen utilizarse como antecedentes para comparar con los resultados que se han encontrado en el actual estudio, es por ello que no se cuanta con esta parte importante.

III. JUSTIFICACION

Esta investigación tiene por objetivo describir los Criterios de calidad para la dispensarización de la población urbana, en el sector número 2 del Puesto de Salud San Judas, partiendo del modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC).

Considerando que en Nicaragua el derecho a la salud es una de las prioridades para el gobierno, el cual valora que se debe comenzar a trabajar desde la comunidad de manera conjunta y organizada por tal razón es importante conocer la calidad de la dispensarización familiar en nuestro departamento por lo cual este estudio nos brindara esta información.

Según los resultados de la Encuesta de Medición del Nivel de Vida (2005), Cuentas Nacionales en Salud y del estudio “Exclusión en Salud en Nicaragua Noviembre-Diciembre 2007, evidencian que los estratos más pobres, son quienes más requieren servicios de salud, los que menos accedían a los servicios de salud y a medicamentos, el MINSA ha declarado la política de gratuidad de los servicios de salud para reducir las barreras económicas al acceso, además, la implementación de un nuevo modelo de atención con enfoque hacia la familia y comunidades que revaloriza la prevención y la participación ciudadana.

Con esta investigación queremos incentivar a los trabajadores de la salud y a la población en general para que contribuyan con su participación en el diagnóstico comunitario y obtener mejores resultados en pro de la salud y el bienestar de la población.

Se propone que los resultados de la investigación aumente la conciencia entre los diferentes autores involucrados (gobierno, trabajadores de la salud, líderes comunitarios, población en general) alrededor de la necesidad de formular e implementar medidas que permitan la búsqueda de solución de realizar una adecuada dispensarización familiar.

Además de conocer las causas que generan un llenado deficiente de la ficha de dispensarización familiar. Motivar a los sectores involucrados para que se realicen más capacitaciones sobre este tema y sean participe de ello.

Que queden claramente establecidos los beneficios que trae una buena dispensarización familiar al Puesto de Salud y la población en estudio.

Brindar toda la información y consideraciones al servicio del centro de salud de San Judas de la ciudad de Jinotega para que se le dé prioridad y llame la atención sobre la importancia del problema y la mejor manera de resolverlo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El MOSAFC se basa en un esquema de manejo de los determinantes de salud a nivel de las personas, las familias y la comunidad. Enfatiza en la dispensarización y los diagnósticos comunitarios como herramientas diagnósticas para facilitar la toma de decisiones del personal ESAFC para la gestión de la salud de la población de un sector. En este contexto el éxito de modelo dependerá del apego a los esquemas normativos teóricos que brinda el MOSAFC en su Marco Conceptual.

Durante los procesos de acompañamiento sistemático por autoridades de salud en el municipio de Jinotega, se constata que el apego a los procedimientos institucionales no es completo en cuanto a la dispensarización. Por ejemplo el llenado de la ficha familiar no la realiza el personal de los ESAFC únicamente y normalmente recae en miembros de la promotora solidaria del gobierno, además en el último año el proceso de revisión y digitación de las fichas en la base de datos institucional tampoco la realizan los ESAFC. Por otro lado acciones en salud son dirigidas por un plan maestro que orienta el SILAIS y no necesariamente corresponden con los determinantes de salud identificados ni con su manejo a nivel del sector. Consideramos que la calidad con que se maneja el MOSAFC a nivel de la dispensarización determina en gran medida el éxito para el manejo de los problemas de salud de una población delimitada por cada sector. Por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo es la Calidad de la dispensarización familiar, en el sector número 2 del Puesto de Salud San Judas del Municipio de Jinotega; según el modelo de salud familiar y comunitario II Semestre año 2015?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar la calidad de la dispensarización familiar, en el sector número 2 del Puesto de Salud San Judas del Municipio de Jinotega; según el modelo de salud familiar y comunitaria II Semestre año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar cuántas familias del sector 2 del Centro de Salud San Judas cuentan con su ficha dispensarial.
- 2) Constatar que la información de las fichas familiares esté llenadas de acuerdo a las normativas del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
- 3) Identificar la clasificación de las familias según el grado dispensarial.

VI. MARCO TEORICO

Jinotega es una ciudad de Nicaragua, cabecera municipal y departamental de los territorios homónimos y del departamento de Jinotega.

El Puesto de Salud San Judas Tadeo está ubicado en la periferia sur del municipio de Jinotega, está dividido en 3 sectores urbanos, estos sectores cuentan con los servicios básicos como luz eléctrica, agua potable y alcantarillado sanitario. Posee vías de accesibilidad al centro de la ciudad y se comunica fácilmente con las instituciones gubernamentales como la Policía Nacional, El Cuerpo de Bomberos, El Hospital Victoria Motta entre otros.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan. Dicho Modelo, es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación. (MINSAL, Modelo de salud familiar y comunitario, 2007)

Componentes del Modelo de Salud Familiar y Comunitario

El Reglamento de la Ley General de Salud indica que el Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene tres componentes: provisión, gestión y financiamiento. (MINSAL, MOSAFC, 2008)

Provisión: se sustenta en un Sistema Integrado de Servicios de Salud el cual se define como un conjunto de Servicios de Salud organizados de manera específica y complementaria, teniendo interrelación necesaria entre ellos para ser capaz de ofrecer atención con calidad y responder a los problemas de salud de una problemática definida. (MINSAL, MOSAFC, 2008)

Gestión: El componente de gestión permite identificar quién y sobre qué recursos se toman decisiones para el cumplimiento de los objetivos del MOSAFC, este componente está integrado por un conjunto de procesos, procedimientos y actividades que se estructuran y funcionan de forma desconcentrada, permitiendo así el proceso de descentralización. (MINSAL, MOSAFC, 2008)

Financiamiento: El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe garantizar la cobertura de servicios a toda la población estableciendo las normativas para lograr equidad en la entrega de servicios a la población. El financiamiento está dado en tres regímenes los que definen las modalidades de asignación y formas de pago, los programas de beneficios a los que puede acceder siempre que se cumpla con las condiciones de cada uno de ellos: Régimen contributivo, no contributivo y voluntario. (MINSAL, MOSAFC, 2008)

La dispensarización es un proceso que consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello. (MINSAL, MOSAFC, 2007)

Calidad, Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. (Española, 2017)

Dimensiones de la calidad, Se considera la calidad en términos de siete dimensiones: relevancia, exactitud, credibilidad, oportunidad, accesibilidad, interpretabilidad y coherencia. (Estadística, 2003)

Relevancia o pertinencia. La relevancia de la información estadística producida, es una medida cualitativa del valor aportado por ella. El valor se caracteriza por el grado de utilidad para satisfacer el propósito. (Estadística, 2003)

Exactitud de la información producida es el grado con el cual los datos entregados estiman o describen correctamente las cantidades o características que deben

medir. La exactitud se refiere a la proximidad entre el valor entregado y el (desconocido) valor verdadero. (Estadística, 2003)

Credibilidad de la información estadística producida se refiere a la confianza que los usuarios ponen en esos productos basados simplemente en la imagen del productor de los datos. (Estadística, 2003)

Oportunidad de los datos producidos se refleja en el tiempo transcurrido entre su disponibilidad y el evento o fenómeno que ellos describen, pero considerado en el contexto del período de tiempo que permite que la información sea de valor y todavía se pueda actuar acorde con ella. El concepto aplica igualmente a los datos de corto plazo o de coyuntura, como a los estructurales, la única diferencia es el marco temporal considerado. (Estadística, 2003)

Accesibilidad incluye la conveniencia de la manera en que los datos están disponibles, los medios de divulgación, y la disponibilidad de meta datos y servicios de apoyo al usuario. También incluye el costo de la información para los usuarios con relación al valor que ellos le otorgan. (Estadística, 2003)

Interpretabilidad de la información estadística producida refleja la facilidad con que el usuario puede entender, usar y analizar apropiadamente los datos. (Estadística, 2003)

Coherencia de los productos estadísticos refleja el grado en que ellos están lógicamente conectados y son mutuamente consistentes. La coherencia implica que un mismo término no debe usarse sin explicación para conceptos diferentes; que términos diferentes no deben usarse sin explicación para un mismo concepto. (Estadística, 2003)

Calidad de la atención: se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible. (MINSa, MOSAFC, 2008)

Persona, es cualquier ser que posee subjetividad, es decir, conciencia de sí mismo y de sus experiencias. Una persona es un ser que tiene un yo. Por tanto, persona sería todo ser que tiene capacidad de sentir puesto que la capacidad de sentir implica la conciencia. (Llinas, 2014)

La familia Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. (Instituto Interamericano del Niño, 2012)

Comunidad: Es la interacción social viva y dinámica, integrada por el conjunto de familias interactuando unas con otras en un espacio concreto. Se desarrolla en el escenario político, económico y social. El concepto de comunidad es sociológico y se utiliza para designar una agrupación de individuos que habitan en el mismo lugar y tienen algunas características e intereses comunes. (familiares, 2017)

Territorio: es el ámbito o espacio territorial en el que el municipio ejerce sus funciones. (Manfut, 2017)

Población: son las personas que habitualmente viven y que de forma temporal se encuentran en el territorio. (Manfut, 2017)

Gobierno: está formado por los representantes de la población que vive en el municipio, los cuales son electos mediante el voto. (Manfut, 2017)

Participación Ciudadana: proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva con la finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del país, con el fin de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado. Política de descentralización del MINSA: lineamientos generales que definen el proceso de transferencia de la responsabilidad sobre los recursos necesarios y la toma de decisiones al nivel local. Proveedores de servicios de salud: son las personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, que estando habilitadas por el

MINSA, tienen por objeto la provisión de servicios en sus fases de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de salud. (Ley N° 475, 2017)

Profesionales de la salud: recursos humanos con formación en áreas de la salud, debidamente certificados por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida. (Nicaragua, 2017)

Provisión de servicios: es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una red de servicio organizado. (Salud, 2007)

Red de establecimientos de salud: es un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí para responder a la demanda en salud de una población en un determinado territorio. (MINSA, Modelo de salud familiar y comunitario, 2007)

Red Comunitaria: Es un tejido social organizado en forma voluntaria para la promoción de la salud y la defensa de los derechos ciudadanos. Está conformado por: líderes comunitarios, consejos, comités, redes de organizaciones, promotores, brigadistas, parteras, Colaboradores Voluntarios, curanderos, chamanes, clubes y cualquier otra forma de organización de la comunidad. (MINSA, MOSAFC, 2007)

- **CATEGORÍAS DISPENSARIALES**

El proceso de evaluación de cada individuo determinará su clasificación en 4 categorías dispensariales que indican, en sentido general, el estado de su salud; así como la conducta que debe seguirse en su atención. No debe olvidarse, sin embargo, que la atención a cada paciente debe ser integral independientemente del grupo dispensarial en el que se ha incluido. De esta forma cada persona debe ser categorizada en algunos de los grupos siguientes:

Grupo I. Aparentemente sano: Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

Grupo II. Con riesgo: Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

Grupo III. Enfermo: Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.

Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela: Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).

La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y de alta vulnerabilidad en la población general y se vislumbra como uno de los principales problemas del futuro al cual se le ha estado dando cada vez mayor atención. Se recomienda tener en cuenta los criterios actuales de la OMS para la clasificación internacional de discapacidades, que establece 3 categorías: deficiencia, discapacidad y minusvalía.⁶ La deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser corporales, temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones al nivel de órgano o estructura corporal.

La discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por exceso o insuficiencias en el desempeño y comportamiento de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. La discapacidad concierne aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.

Finalmente la minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo, y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La

minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y como tal refleja las consecuencias -culturales, sociales, económicas y ambientales- que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia o discapacidad.

(MINSA, MOSAFC, 2008)

- **ACCIONES A DESARROLLAR EN CADA GRUPO**

Las actividades básicas de atención en el proceso salud-enfermedad, es decir de promoción de salud, prevención, atención médica al enfermo y rehabilitación, se desarrollan a lo largo de todo el proceso de dispensarización de forma dinámica y continua, pero predominarán unas u otras, según el tipo de paciente y el grupo dispensarial al que pertenece.

Las intervenciones a desarrollar en cada grupo dispensarial están esencialmente determinadas por las características del propio individuo y su estado de salud-enfermedad. Así por ejemplo, durante la evaluación de los pacientes del grupo III, serán predominantes las medidas terapéuticas que requieran el uso de medicamentos y otras indicaciones no farmacológicas, pero no por ello deberán obviarse las acciones de promoción de salud y prevención.

De esta forma, se puede afirmar que en los casos del grupo IV son necesarias, primordialmente, acciones de rehabilitación, pero a su vez, en ellos también se puede promover salud y realizar acciones de prevención en cualquiera de sus 3 niveles; sin embargo en los individuos supuestamente sanos o en riesgo (grupos I y II) las acciones a aplicar son básicamente estas últimas, las que en el marco de la consulta de atención primaria se deben expresar fundamentalmente a través del consejo médico, elemento muchas veces subestimado o ignorado, pero de probada eficacia en el difícil empeño por modificar estilos de vida. Lógicamente no existe un esquema para delimitar la magnitud de las actividades a desarrollar en cada grupo y mucho menos en cada persona en particular (revista cubana , 2001)

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente.

Este Modelo debe responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. Este Modelo de Salud está enfocado a la atención en

salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente. (MINSAL, MOSAFC, 2007)

Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) es la mínima unidad territorial-poblacional de un municipio o distrito en que se desarrollan acciones integrales es de fomento de la salud y prevención de enfermedades. Es el espacio territorial y poblacional básico para desarrollar la gestión de servicios de salud en función de la promoción y prevención en salud con participación comunitaria en la planificación de acciones y su ejecución y en la evaluación de los resultados de la gestión y la atención. Es además el espacio en que el personal de salud es capaz de atender integralmente a la familia y a la comunidad (MINSAL, MOSAFC, 2008)

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan.

El Modelo, se enfoca en la atención a las personas, familias y comunidades como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción, y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o las personas se enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y

con acciones dirigidas a la personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea (MINSA, MOSAFC, 2007)

El MAIS como se establece en la Ley 423 ahora denominado MOSAFC, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan. Dicho Modelo, es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación.

Enfoca la atención a las familias, personas y comunidad como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea.

Este Modelo genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. (MINSA, Marco Conceptual modelo de salud familiar y comunitario, 2008)

ESAF: Equipo de Salud Familiar y comunitario

- Integrado en lo posible por:
- Médico
- Enfermero
- Promotor
- Brigadista

Para atender:

En el casco urbano 1000familias

En el área rural 600 familias (MINSA, MOSAFC, 2008)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

♦ Área de estudio

En Jinotega se encuentra el Puesto de Salud San Judas Tadeo, ubicado en la periferia sur de este municipio, está dividido en 3 sectores urbanos.

Jinotega es una ciudad de Nicaragua, cabecera municipal y departamental de los territorios homónimos y del departamento de Jinotega. En 2005 la ciudad tenía una población de 51 100 habitantes y el departamento 108.000. Limita al norte con los municipios de las Praderas y El Cuá, al sur y este con los municipios matagalpinos de Sébaco, Matagalpa y la Dalia y al oeste con el municipio de San Rafael del Norte.

♦ Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal,

Es descriptivo ya que permitió comparar entre casos y asignar un puntaje en dependencia del apego del ESAFC a la normativa del MOSAFC, es retrospectivo porque se cuenta con datos recogidos con anterioridad y de corte transversal porque evaluamos un fenómeno en un periodo de tiempo corto, indagamos sobre lo que está sucediendo en un lugar determinado y escogimos una población específica.

♦ Área geográfica

La constituyen las familias de la población urbana del Sector N° 2 del Puesto de Salud San Judas del municipio de Jinotega. El sector numero 2 está dividido en 12 barrios que son:

1. Barrio 20 de Mayo
2. Barrio Daniel Teller N°1
3. Barrio Daniel Teller N°2
4. Barrio Los Ángeles
5. Barrio Centroamérica
7. Barrio Carlos Núñez
8. Barrio Roger Hanguien
9. Barrio Benjamín Zeledón
10. Proyecto Linda Vista
11. Reparto Amanda López

◆ Universo

El Puesto de Salud San Judas del municipio de Jinotega cuenta con 3 sectores urbanos, nuestro universo de estudio son las fichas familiares del Sector N° 2 que corresponde a 2,274 familias, el promedio de personas por familia es de 5.

◆ Muestra

Es de 329 fichas. Calculada en el programa openepi, con un IC de 95%, margen de error 5%. Debimos agregar 8 puntos muestrales extras ya que 8 fichas parecían no tener calidad, pero en la revisión exhaustiva de las fichas del sector 2 encontramos las fichas originales y fueron agregadas al estudio, dando un total de 337 fichas revisadas.

◆ Criterios de inclusión:

1. Familias del sector 2 que han sido dispensarizadas por el ESAFC del Puesto de Salud San Judas del municipio de Jinotega.
2. Fichas que pertenezcan al sector N° 2 del Puesto de Salud San Judas del municipio de Jinotega.
3. Fichas que posean datos completos.

◆ Criterios de exclusión:

1. No ser parte de la población urbana del Sector N° 2 del Puesto de Salud San Judas del municipio de Jinotega.
2. Fichas que no pertenezcan al sector N° 2 del Puesto de Salud San Judas del municipio de Jinotega.

3. Fichas que no posean datos completos. (P/E: Casas cerradas, familias visitadas que no quisieron brindar información.)

- ◆ Selección de la muestra

Probabilística, aleatoria simple, en donde todas las unidades de análisis tendrán la misma probabilidad de ser incluidas en la muestra. Se seleccionaron al azar los números de ficha para la muestra del total de fichas archivadas correspondientes al sector 2 del Puesto de Salud San Judas Tadeo.

- ◆ Recolección de los datos.

Los datos fueron recolectados a través de la revisión de las fichas familiares del MOSAFC de las familias que integran el sector número 2 del Puesto de Salud San Judas de la ciudad de Jinotega. Se usó también para tal fin un formulario estructurado para constatar si las fichas familiares fueron llenadas adecuada o inadecuadamente por variable, según la normativa del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

- ◆ Análisis de los datos

Los datos recolectados fueron analizados por medio del programa SPSS versión 19.0

- ◆ Presentación de los datos

Los gráficos fueron elaborados en el programa Microsoft Excel 2010 y presentados en Microsoft Power Point.

- ◆ Aspectos Éticos

Es una investigación de bajo riesgo ya que no se expuso a la población a ningún estudio; pero esta investigación traerá beneficios a todo aquel individuo que

pertenezca al Puesto de Salud San Judas Tadeo ya que el objetivo fue conocer la calidad de la dispensarización para que los resultados sean tomados en cuenta en el plan de gestión del MOSAFC. También este estudio fue autorizado por autoridades Gubernamentales para su ejecución.

VIII. RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS

→ OE 1

El MOSAFC establece el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación para lo cual se realiza la dispensarización de las familias y se logra a través del llenado de calidad de las fichas, en este análisis se encontró que del total de 2,411 familias registradas en la base de datos del Puesto de Salud San Judas 2,274 cuentan con su ficha dispensarial, es decir hay una cobertura del 94% de las familias y un 6% que no posee ficha que permita conocer su situación.

→ OE 2

- En la variable identificación de la familia y la vivienda, Como puede observarse en la tabla N°1 las subvariables con más error al llenado son n° de vivienda con 67.4%, sector con 38.9% y n° de familia con 36.8%, de datos inadecuados. Y los datos que son llenados con menos error son la fecha con 2.1% y el barrio con 3.3%. Esto pone una limitación en cuanto a saber dónde ubicar a la familia en caso de que se deban actualizar los datos o en caso de que en esta familia exista una persona con grado dispensarial II, III o IV, a la que haya que dar seguimiento.

Tabla 1. Valoración de la calidad de llenado de los datos de Identificación de la familia y la vivienda en 337 fichas dispensariales

Subvariable	Valoración en porcentaje (%)	
	Adecuado	Inadecuado
N° Vivienda	33	67
Sector	61	49
Barrio	97	3
N° Familia	63	47
N° Ficha	91	9

Dirección	90	10
Fecha	98	2

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

- Con respecto a la información de la familia se encontró que las subvariables con más error al llenado de la ficha son factores de riesgo con 78.9%, MEF/PF 38% y embarazadas con CPN actualizado con 15.1%. Y la variable con menos error es el nombre y apellido con un 99.7% de datos adecuados. La ausencia de esta información hace difícil la valoración de las familias y limita que llegue a la población información sobre planificación familiar, y el control de las mujeres embarazadas que pertenezcan a este sector. Además sin estos datos no es posible determinar el comportamiento de la población en cuanto al crecimiento familiar.

Tabla 2. Valoración de la calidad de llenado de los datos Información de la familia.

	Adecuado	Inadecuado
Nombre	336	1
Cedula/Fecha de nacimiento	308	29
Acta de nacimiento	302	35
Edad	325	12
Etnia	280	57
Sexo	320	17
Escolaridad	313	24
Ocupación	321	16
Religión	275	62
Embarazada con CPN actualizado	209	128
MEF/PF	290	128
Menor de 1a VPCD actualizado	290	47
Factores de riesgo	71	266

Enfermedades socioculturales	319	18
Fecha de ocurrencia	275	62
Atendido por	279	58

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

- En base a la variable características higiénico-sanitarias se dice que riesgo de accidente con 43%, factores medio ambientales con 52.2%, depósito de basura con 34.7% y depósito de residuos líquidos con 54.3%, son las subvariables con mayor datos inadecuados en las fichas. De tal forma esto hace que no se evalúe correctamente la provisión de servicios organizados que se brindan a la población y su ambiente; además, desconociendo estas importantes características se hace posible la aparición de enfermedades, que se podrían evitar sabiendo los riesgos que presenta la población de este sector. Estos datos pueden ser observados en la tabla N° 3

Tabla 3. Valoración de la calidad de llenado de los datos Características higiénico-sanitarias

	Adecuado	Inadecuado
Hacinamientos	222	115
Animales domésticos	255	82
Riesgo de accidentes	192	145
Factores medio ambientales	161	176
Combustible para cocinar	304	33
Abastecimiento de agua	257	80
Calidad del agua	237	100
Electricidad	308	29
Deposición de excretas	284	53
Depósito de basura	220	117
Depósito de residuos líquidos	154	183

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

- De la variable factores socio-económicos, características psicosociales con 49.9%, satisfacción de las necesidades básicas con 29.1% y participan en acciones comunitarias referidas a la salud con 34.4%, son las subvariables con más error al llenado. Luego de revisar la información se concluyó que la población de este sector cuenta con factores socioeconómicos adecuados y que la variable que menos se evaluó es la de características psicosociales ya que no se encontró información adecuada acerca de esta. Limitando el conocimiento sobre algunos factores que ponen en riesgo a la población. Como se aprecia en la tabla n°4.

Tabla 4. Valoración de la calidad de llenado de los datos Factores socio-económicos

	Adecuado	Inadecuado
Características estructurales de la vivienda	297	40
Cultura sanitaria	288	49
Características psicosociales	169	168
Satisfacción necesidades básicas	239	98
Tenencia de la vivienda	274	63
Participan en acciones comunitarias referidas a la salud	221	116

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

- Del funcionamiento familiar la subvariable crisis paranormativa con 90.5% es la que mayor error presenta, siguiendo en orden de frecuencia crisis normativa con 57.9%, etapa del ciclo vital con 49.3%, tamaño con 35.5%.

El funcionamiento familiar es una variable que presenta grandes deficiencias en el llenado de la ficha, la ausencia de estos datos limita la evaluación del tipo de familia y del tipo de crisis que afrontan las familias del sector 2 del Puesto de Salud San Judas en este periodo de tiempo y hace difícil además corroborar la estructura de la familia ya que en un 76% de las fichas no se realizó el familiograma.

Vease las tablas N° 5 y 6.

Tabla 5. Valoración de la calidad de llenado de los datos Funcionamiento familiar

	Adecuado	Inadecuado
Tamaño	218	119
Ontogénesis	241	96
Etapa del ciclo vital	171	166
Crisis normativa	142	195
Crisis paranormativa	32	305
Uso de medicina tradicional	183	154

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Tabla 6. Valoración de la calidad de llenado de los datos en el Familiograma

	Se realiza	No se realiza
Familiograma	81	256

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

→ **OE 3**

- De la variable grado dispensarial, el 58.8% de las personas de este sector son aparentemente sanas, y que en orden de frecuencia las personas enfermos representan al 27%, con riesgo son el 10.1%, y con deficiencia, incapacidad o secuela 0.6%; pero además un 0.3% de las fichas no cuentan con datos que permitan clasificar a las personas en un grado dispensarial.

En relación a los grados dispensariales con que fue clasificada la población del sector n°2 del Puesto de Salud San Judas, se descubrió que la mayoría pertenece al grado I, colocando a la mayoría de la población en un buen estado de salud en sentido general, aunque un alto porcentaje de la población pertenece al grado III, haciendo necesaria la instauración de una conducta que debe seguirse para su atención, serán predominantes las medidas terapéuticas que requieran el uso de medicamentos y otras indicaciones no farmacológicas, no deberán obviarse las acciones de promoción de salud y prevención para la demás población de este sector.

Tabla 6. Valoración de la calidad de llenado de los datos Grado dispensarial

FRECUENCIA	
Aparentemente sano	198
Con riesgo	34
Enfermo	91
Con deficiencia, incapacidad o secuela	2
No hay dato	12

Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

IX. CONCLUSIONES POR OBJETIVO

Al terminar el estudio pudimos concluir que se han dispensarizado un total de 2411 familias del sector 2 del Puesto de Salud San Judas, pero al realizar el conteo exhaustivo de las fichas verificamos que en el Puesto de Salud solamente se dispone de 2274 fichas correspondientes a las familias de este sector.

Se obtuvo que de 337 fichas revisadas que son nuestra muestra, todas contiene al menos un dato errado que convierte a la ficha en inadecuada. Además concluimos que estos datos harán difícil el proceso de planificación y desarrollo de estrategias que contribuirán a mejorar el entorno familiar y social.

De las fichas revisadas casi todas contenían la clasificación adecuada del grado dispensarial para cada individuo de la familia, así como también obtuvimos fichas que no contenían datos con que se pudiera poner a la persona dentro de un grado dispensarial, dificultándose así la gestión del modelo de salud familiar y comunitario en la cual están incluidas todas las personas que están en riesgo o que sufren alguna deficiencia que deben recibir mejor atención y garantizar su medicación.

Este conjunto de datos que no han sido adecuadamente llenados en la ficha familiar hacen que la amplia cobertura que se ha logrado del modelo de salud familiar y comunitario en el Centro de Salud San Judas carezca de calidad.

X. RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud:

1. Se recomienda a las autoridades de salud correspondientes, que se instauren estrategias para corregir las debilidades que tiene el personal que realiza la dispensarización; realizando capacitaciones sobre el MOSAFC y la correcta recolección de los datos de la ficha familiar, por lo menos a la persona que está a cargo de cada unidad de salud.
2. Además es recomendable que el personal de salud que se capacite sea útil para llevar esta información a todo el equipo que labora con el MOSAFC en su unidad de salud.
3. Es idóneo que la dispensarización sea realizada por un ESAFC para que puedan cumplirse los objetivos del MOSAFC.

Al personal del Puesto de Salud San Judas

1. Se recomienda que se realice una actualización de la dispensarización familiar en los sectores que pertenecen a esta unidad de salud, principalmente a la población del Sector 2.
2. Visitar cada casa que corresponda a los sectores en los que se encuentra dividida esta unidad de salud sin exclusión alguna y llenar correcta y completamente la ficha por cada familia.
3. Verificar que los datos recolectados en las fichas sean adecuados en relación a los parámetros con que cada variable debe ser completada.

XI. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

Copyright. (2014). deficion. Recuperado el 25 de 03 de 2015, de www.google.com.ni/search?newwindow=1&q=persona&oq=persona&gs_l=serp.1.4.0l10.799430.803282.0.8067

Deporte, M. d. (2014). saludintegralincluyente.com/previos/safci-bolivia.html. Recuperado el 03 de 25 de 2015, de saludintegralincluyente.com/previos/safci-bolivia.html: [https://www.google.com.ni/?gws_rd=ssl#q=\(SAFCI-Bolivia%2C+Salud+Integral+Incluyente\)](https://www.google.com.ni/?gws_rd=ssl#q=(SAFCI-Bolivia%2C+Salud+Integral+Incluyente))

Española, R. A. (2017). Real Academia Española, 2017. Felipe IV, 4 - 28014 Madrid. Obtenido de Real Academia Española, 2017. Felipe IV, 4 - 28014 Madrid: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>

Estadística, O. (. (2003). Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical Activities. Obtenido de Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical Activities: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/estudios_y_documentos/estudios/dimensionesdecalidad_4.pdf

familiares, M. (29 de Enero de 2017). <http://www.medicosfamiliares.com/comunidad/concepto-de-comunidad-y-salud-comunitaria.html>. Recuperado el 29 de enero de 2017, de <http://www.medicosfamiliares.com/comunidad/concepto-de-comunidad-y-salud-comunitaria.html>

Instituto Interamericano del Niño. (2012). Recuperado el 06 de 05 de 2015, de <http://www.iin.oea.org/>

Ley N° 475 (Asamblea Nacional de la Republica de Nicaragua 29 de Enero de 2017).

Llinas, R. (20 de 01 de 2014). Fisiología Vegana. Recuperado el 06 de 05 de 2015, de <http://filosofiavegana.blogspot.com/>

Manfut, E. (29 de Enero de 2017). <http://www.manfut.org/alcaldes/derecho-unidad.html>. Obtenido de <http://www.manfut.org/alcaldes/derecho-unidad.html>

MINSA. (2007). Modelo de salud familiar y comunitario. Managua.

MINSA. (2007). MOSAFC. Managua: 2da.

- MINSA. (Julio de 2008). Marco Conceptual modelo de salud familiar y comunitario. Recuperado el 25 de 03 de 2015, de ficha elaborada en la biblioteca: http://mhps.net/?get=193/1372063779-Marco_Conceptual_Modelo_SaludFamiliar_Comunitario.pdf
- MINSA. (2008). MOSAFC. Managua: 2da.
- Nicaragua, P. G. (29 de Enero de 2017). GACETAS_207 31-10-2013. Obtenido de http://www.pgr.gob.ni/PDF/2013/GACETAS/OCTUBRE/GACETA_207_31-10-2013.pdf
- Perez, L. (2008). Modelos de Gestion de la salud Pérez Lugo, Jorge* Suárez, Pilar Katuska** Bentacourt, José de los Santos*** Cote, Giovanna Paola**** (Revista de Ciencia Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 80. Revista de Ciencias Sociales sCIELO.
- Publica, M. d. (2012). Modelo de atencion en Salud del Sistema Nacionla de Salud. Republica Dominicana.
- Publica, M. d. (2012). Modelo de atencion integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. MAIS-FCI.
- revista cubana . (2001). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi01201.htm
- Revista de Ciencias Sociales. (Agosto de 2008). Modelos de gestion de la salud en Venezuela, 14 (2).
- Salud, M. d. (2007). Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) . En MOSAFC. Managua: Biblioteca Nacional de Salud.
- Soberats, F. J. (05 de Julio de 2004). Policlínico Plaza de la Revolución. Recuperado el 03 de Mayo de 2015, de Veinte años del modelo cubano de medicina familiar: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu13205.htm
- Revista cubana . (2001). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi01201.htm
- Revista de Ciencias Sociales. (Agosto de 2008). Modelos de gestion de la salud en Venezuela, 14 (2).

XII.

ANEXOS

XII A) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FASES	ACTIVIDADES	SEMANAS															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
FASE Diseño metodológico	Formulación del diseño y los contenidos.	X	X	X													
	Elaboración del protocolo				X	X	X										
FASE Recolección de la información	Revisión de las fichas familiares							X									
	Llenado de las encuestas								X								
FASE Elaboración de la base de datos	Llenado de la base de datos									X	X						
	Análisis de los datos											X	X				
FASE Informe del resultado de la investigación	Presentación del protocolo													X	X		
	Presentación del resultado de la información															X	X

XII B) **FORMULARIO ESTRUCTURADO**

Municipio

Sector/Territorio

Barrio o comunidad

N° de vivienda según croquis (ETV)

Familia N°

Dirección o referencia exacta de la vivienda

Ficha N°

Fecha de la visita _____ / _____ / _____

¿La casilla de información familiar de qué manera fue llenada?

ADECUADAMENTE _____

INADECUADAMENTE _____

¿El grupo dispensarial está correctamente clasificado?

ADECUADO _____

INADECUADO _____

¿La información sobre las características higiénico-sanitarias, está completa?

ADECUADO _____

INADECUADO _____

¿Se describen adecuadamente los factores socio-económicos?

ADECUADO _____

INADECUADO _____

¿Los aspectos englobados en el Funcionamiento familiar son adecuados o no?

ADECUADA _____

INADECUADA _____

¿Se elaboró de manera adecuada el familiograma en la ficha familiar?

ADECUADO _____

INADECUADO _____

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

ETV) _____ Municipio: _____ Sector/Territorio: _____ Barrio o comunidad: _____ FICHA NO: _____
 e la vivienda: _____ Profesion: _____ Fecha de Visita: ____/____/____

Apellidos	Cedula /Fecha Nacimiento	Acta de nacimiento (si/no)	Etnia	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Religion	Embarazada con CPN actualizado		MEF / PF Actualizado	Factores de riesgo	Enfermedades / socioculturales	Fecha de Ocurrencia	Atendido por GO
								SI	NO					
ETMBES Animales Domésticos: Riesgo Accidentes: Fertilizantes: Combustible Cocina: Abastecimiento Agua (Punto): Caliente Agua: Dep. Residuos Líquidos:														

Orígenes	Etapas Ciclo Vital	Crisis Normales	Crisis Patológicas	Crisis Paraneuróticas	Crisis de Medicina Tradicional	Cultura Semicana	Caracter Psicosociales	Satisfacción Nivel de Vida	Participación en acciones comunitarias referidas a salud (Si/no) Especifique

- XII D) OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Sub-variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Información de la familia	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Moda de edades de la población	Adecuado: >10 10-14 15-19 20-49 50-59 60 a mas
	Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.	Fenotipo Cualitativa	Porcentaje de mujeres y hombres	Adecuado: Masculino Femenino

	Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Cuantitativa	Moda de la población según nivel educativo	Adecuado: *Analfabeta 1-6 grado *Primaria. 1-5 año *Secundaria *Educación superior
	Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.	Cualitativa	Porcentaje de población según su ocupación	Adecuado: *Estudiante *Trabajo independiente. *Empleado
	Embarazada con CPN	Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.	Cualitativa	Porcentaje de mujeres embarazadas con CPN	Adecuado: Si –No

	MEF	Mujer en Edad Fértil se sitúa entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 49 años,	Cualitativa	Porcentaje de mujeres encontradas en edad fértil	Adecuado: Si-No
	PF	Planificación familiar se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales	Cualitativa	Porcentaje de mujeres en edad fértil que están utilizando algún método de planificación.	Adecuado: Si-No
	< 1 a VPCD Actualizado	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) de los niños menores de cinco años y la consejería nutricional, de higiene y salud reproductiva para las madres	Cualitativa	Porcentaje de niños menores de cinco años que tienen VPCD	Adecuado: Sí-No

	Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Cualitativa	Porcentaje de hogares que tienen factores de riesgo	Adecuado: Malas condiciones higiénico-sanitarias. Predisposición genética a padecer una patología. Seguridad del barrio.
	Enfermedades	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa	Cualitativa	Porcentaje de personas con enfermedades agudas o crónicas	Adecuado: Agudas Crónicas.
	Grado Dispensarial	Dispensarización. Proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, del estado de salud de los individuos y familias	Cualitativa	Porcentaje de personas que se encuentran en los diferentes grado dispensarial.	Adecuado: Grados dispensariales: 1. Aparentemente Sanos. 2. Con riesgo. Enfermos. 3. Deficientes o Discapacitados. 4. No clasificados.

	Hacinamiento	Es decir, la cantidad de los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio es superior a la capacidad que tal espacio debería y puede contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.	Cualitativa	Porcentaje de familias que viven en hacinamiento	Adecuado : Sí-No
CARACTERISTICAS HIGIENICO-SANITARIAS	Animales domésticos	Se designa con el nombre Animal Doméstico a aquel animal que se encuentra domesticado y que por tal vive con el ser humano	Cualitativa	Porcentaje de familias que tienen animales domésticos	Adecuado: Perros Gatos Aves otros
	Riego de accidente	Riesgo a cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, y que da lugar a una lesión corporal	Cualitativa	Porcentaje de personas con factores de riesgo	Adecuado: Fallas sísmicas. Malas construcciones de las viviendas. Calles en mala condición.

	Factores medioambientales	Son todos los factores que son parte del medio ambiente como el clima, radiación solar, temperatura, viento	Cualitativa	Tomar en cuenta cuales son los factores que más afectan a las familias.	Adecuado: Sí-No
	Combustible cocina	Instrumento que es utilizado para cocinar un alimento.	Cualitativa	Tomar en cuenta que utilizan la familia para cocinar.	Adecuado: Gas. Leña. Carbón Otros.
	Abastecimiento Agua (fuente)	Elemento por el cual es posible el abastecimiento de agua.	Cualitativa	Valorar cual es el abastecimiento de agua más utilizado por la población.	Adecuado: Potable Pozo Rio Otra

	Calidad del agua	Calidad del agua se refiere a las características químicas, físicas, biológicas y radiológicas del agua	Cualitativa	Valorar la calidad del agua que utilizan las personas para sus necesidades diarias.	Adecuado: Buena Regular Mala cloro
	Electricidad	Fuente de luz eléctrica utilizada en los hogares.	Cualitativa	Porcentaje de personas que cuentan con luz eléctrica.	Adecuado: Sí-No
	Depósito de excretas	Lugar donde las personas depositan sus excretas.	Cualitativa	Valorar cual es el medio que más utilizan para depósito de excretas.	Adecuado: Inodoro. Letrina. Aire libre

	Depósito de basura	Lugar donde las personas desechan los objetos que ya no tienen vida útil.	Cualitativa	Valorar cual es el medio que más utilizan para depositar la basura.	Adecuado: Camión recolector. Basura tapada. Lo queman. La entierran. La tiran.
	Depósito de residuos líquidos	De qué manera salen las aguas negras	Cualitativa	Valorar cual es el medio que más utiliza la población para el depósito de residuos líquidos.	Adecuado: Tubería. Zanja. La Tiran.
	Características estructurales de la Vivienda	Se considera una vivienda a cualquier recinto, separado e independiente, construido o adaptado para el albergue de personas	Cualitativa	Porcentaje de viviendas que se encuentran en diferentes condiciones	Adecuado: Techo Paredes Piso

FACTORES SOCIOECONOMICOS	Cultura sanitaria	Se refiere a los hábitos de limpieza que tiene las familias en sus hogares	Cualitativa	Evaluar si las personas viven en lugares limpios.	Adecuado: Buena regular Mala
	Características esenciales		Cualitativa		Adecuado: Adecuada o inadecuada.
	Satisfacción de las necesidades básicas	Las necesidades básicas son todas aquellas necesidades vitales que contribuyen directa o indirectamente a la supervivencia de una persona	Cualitativa	Porcentaje de personas que pueden suplir las necesidades básicas.	Adecuado: Si-No (alimentación, agua, luz)
	Tenencia de la vivienda	Descripción de la pertenencia de la propiedad donde habitan las familias.	Cualitativa	Evaluar los porcentajes de los diferentes tipos de tenencia de la vivienda.	Adecuado: Propia Alquilada Prestada campamento

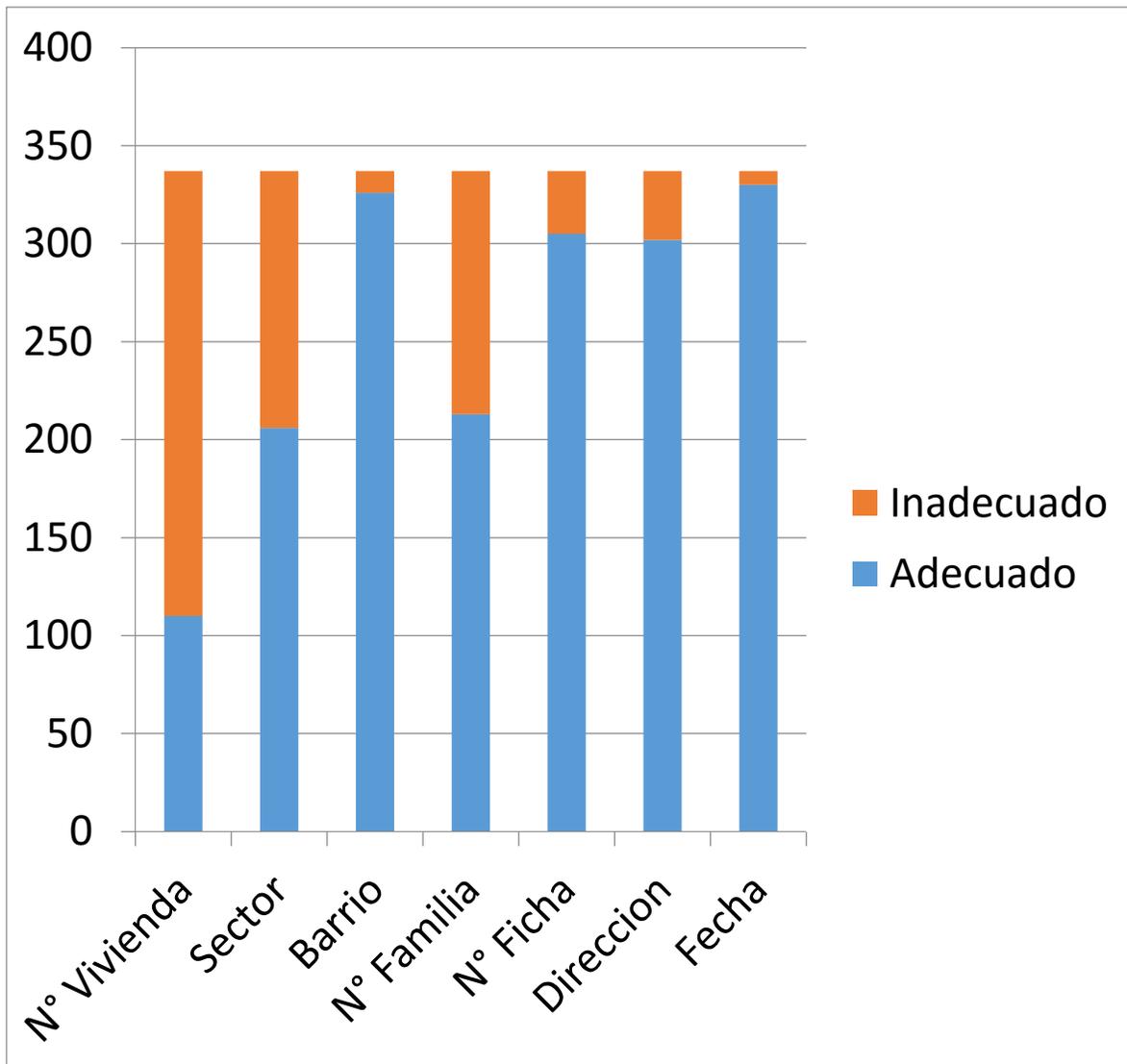
	Participan en acciones comunitarias referidas	Personas que participan activamente en actividades de salud y del gobierno.	Cualitativa	Porcentaje de personas que participan en acciones comunitarias	Adecuado: Si –No (si la respuesta es sí es especificar)
	Tamaño	Valoración cuantitativa de los miembros de la familia.	Cuantitativa	Tomar en cuenta el tamaño de las diferentes familias	Adecuado: Pequeña 1-3 Mediana 4-6 Grande + 6
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Ontogénesis	La ontogénesis se refiere a los procesos que sufren los seres vivos desde la fecundación hasta su plenitud y madurez.	Cualitativa	Valorar las diferentes ontogénesis en las familias.	Adecuado: Nuclear Extensa Mixta o ampliada
	Etapas del ciclo vital	Formación: Matrimonio. Extensión: Nacimiento del primer hijo. Contracción: Desde que el primer hijo sale del hogar. Disolución: Desde que fallece el primer cónyuge hasta la muerte del segundo.	Cualitativa	Valoran en qué etapa del ciclo vital se encuentran las familias.	Adecuado: Formación Extensión Contracción. Disolución

	Crisis normativa	Aquellas crisis esperables y que forman parte del ciclo de vida familiar	Cualitativa		Adecuado: Relacionadas con el ciclo vital
	Crisis paranormativa	Las que se producen por eventos que la familia percibe como catastróficos.	Cualitativa	Valorar los eventos que caracteriza n la crisis paranorma tiva en las familias.	Adecuado: Incremento Desmoralización Desorganización. Desmembramiento
	Uso de medicina tradicional	La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas.	Cualitativa	Porcentaje de familias que utilizan medicina tradicional	Adecuado: Si-No

	Familiograma	<p>Es la representación Esquemática de la Familia.</p> <p>Permite con un solo golpe de vista obtener información acerca de la estructura familiar, así como de las relaciones entre los miembros.</p>	Cualitativa	<p>Valorar la composición de la familia.</p>	<p>Adecuado:</p> <p>La Composición de la familia, que miembros la componen, resaltando los que viven en el hogar.</p> <p>Las Relaciones biológicas y legales</p> <p>Las relaciones afectivas</p> <p>Los problemas de salud y causas de fallecimiento</p> <p>El tipo de ocupación o datos laborales de importancia.</p>

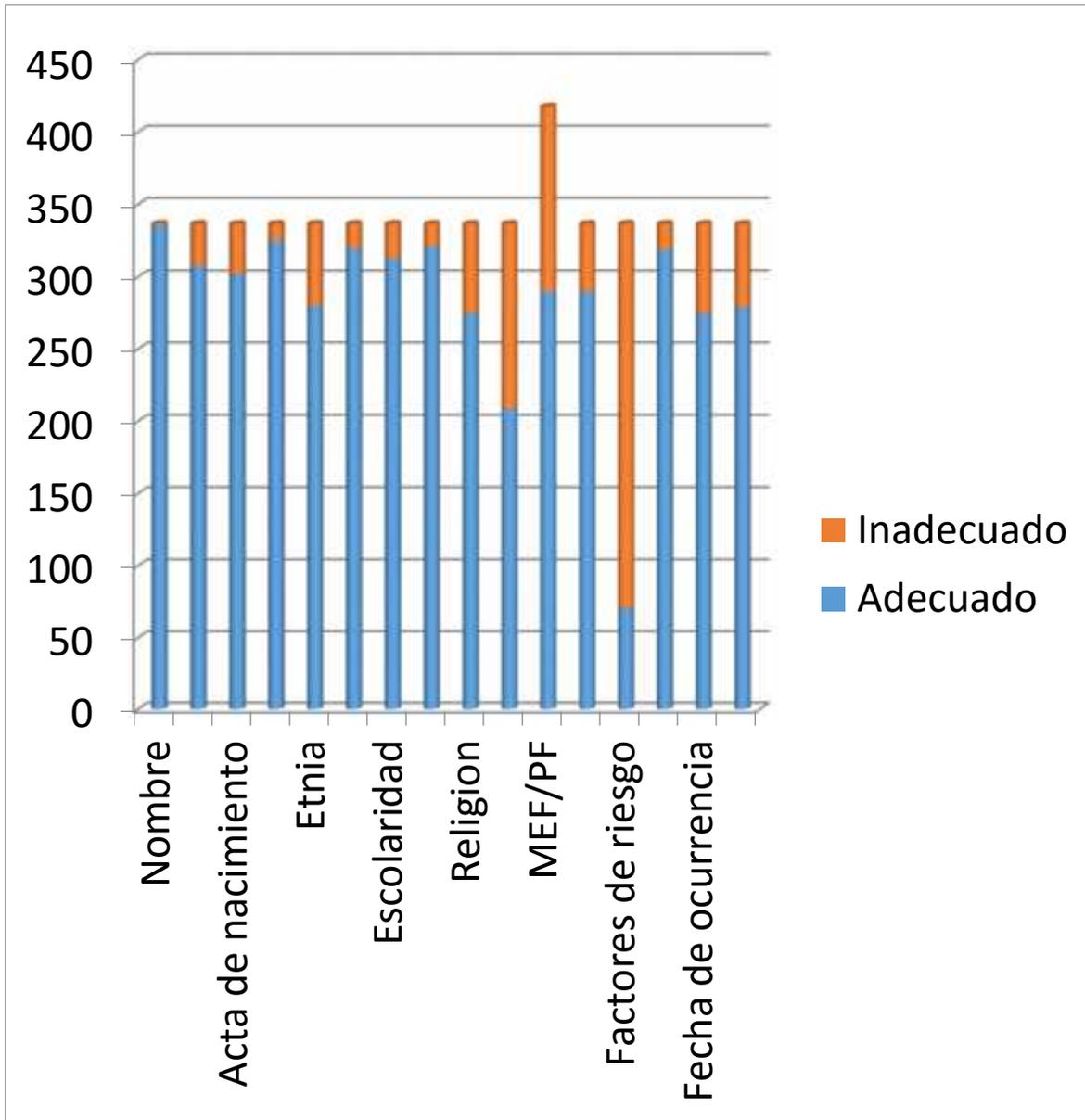
XII E) GRAFICOS

Ilustración 1 Valoración de la calidad de llenado de los datos de Identificación de la familia y la vivienda en 337 fichas dispensariales



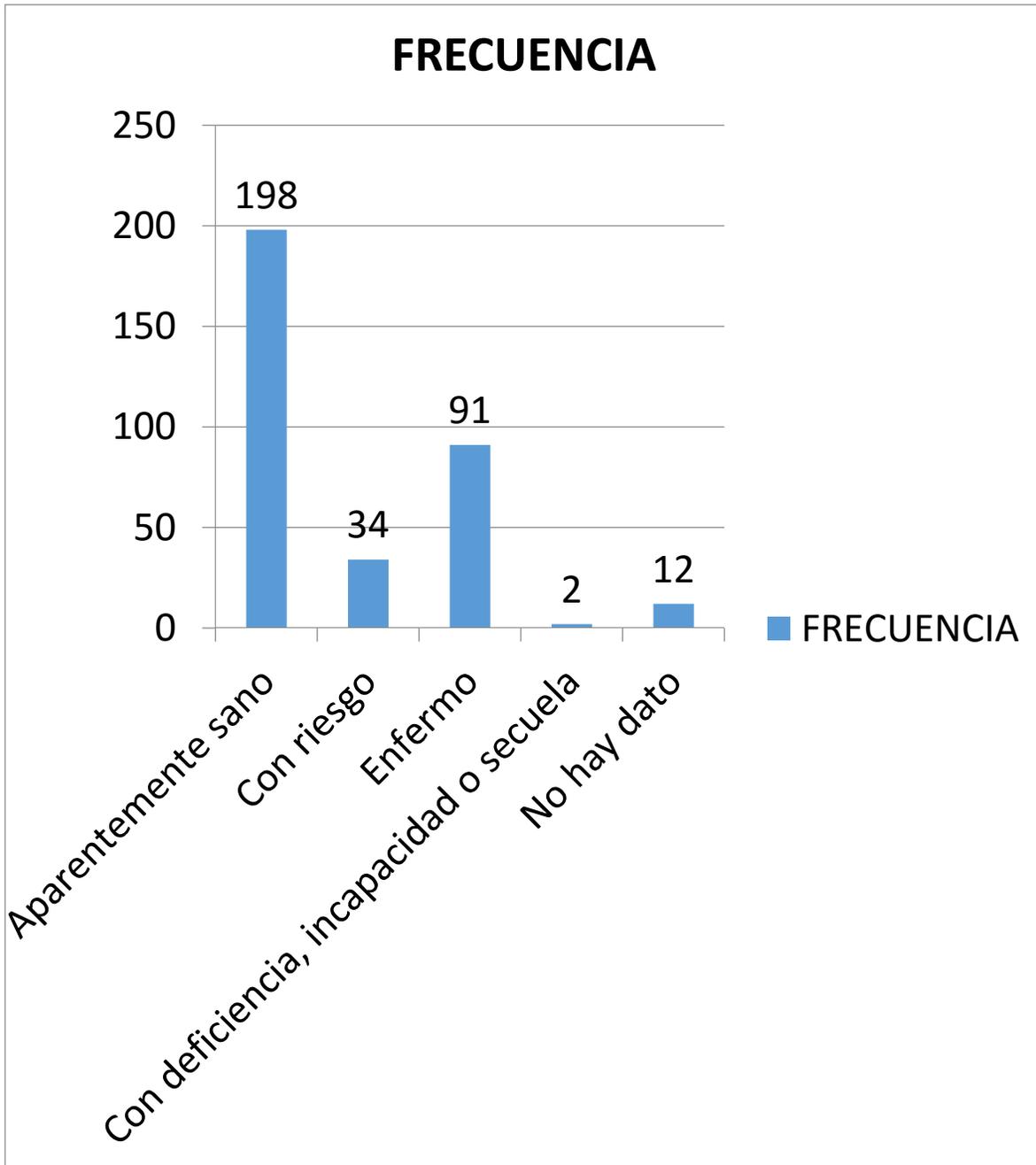
Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Ilustración 2. Valoración de la calidad de llenado de los datos de Ilustración 2 Información de la familia.



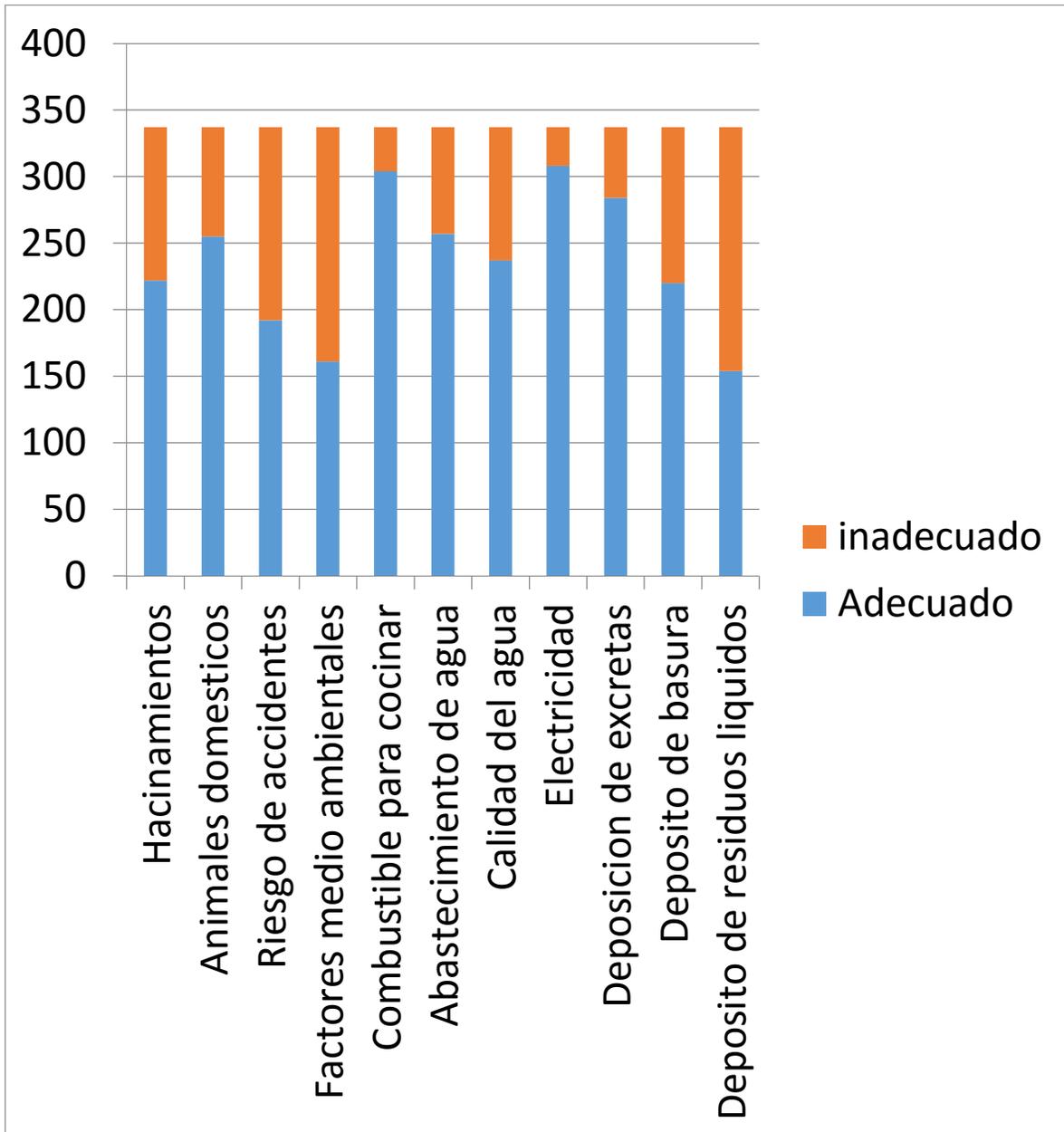
Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Ilustración 3 Valoración de la calidad de llenado de los datos de Grado dispensarial



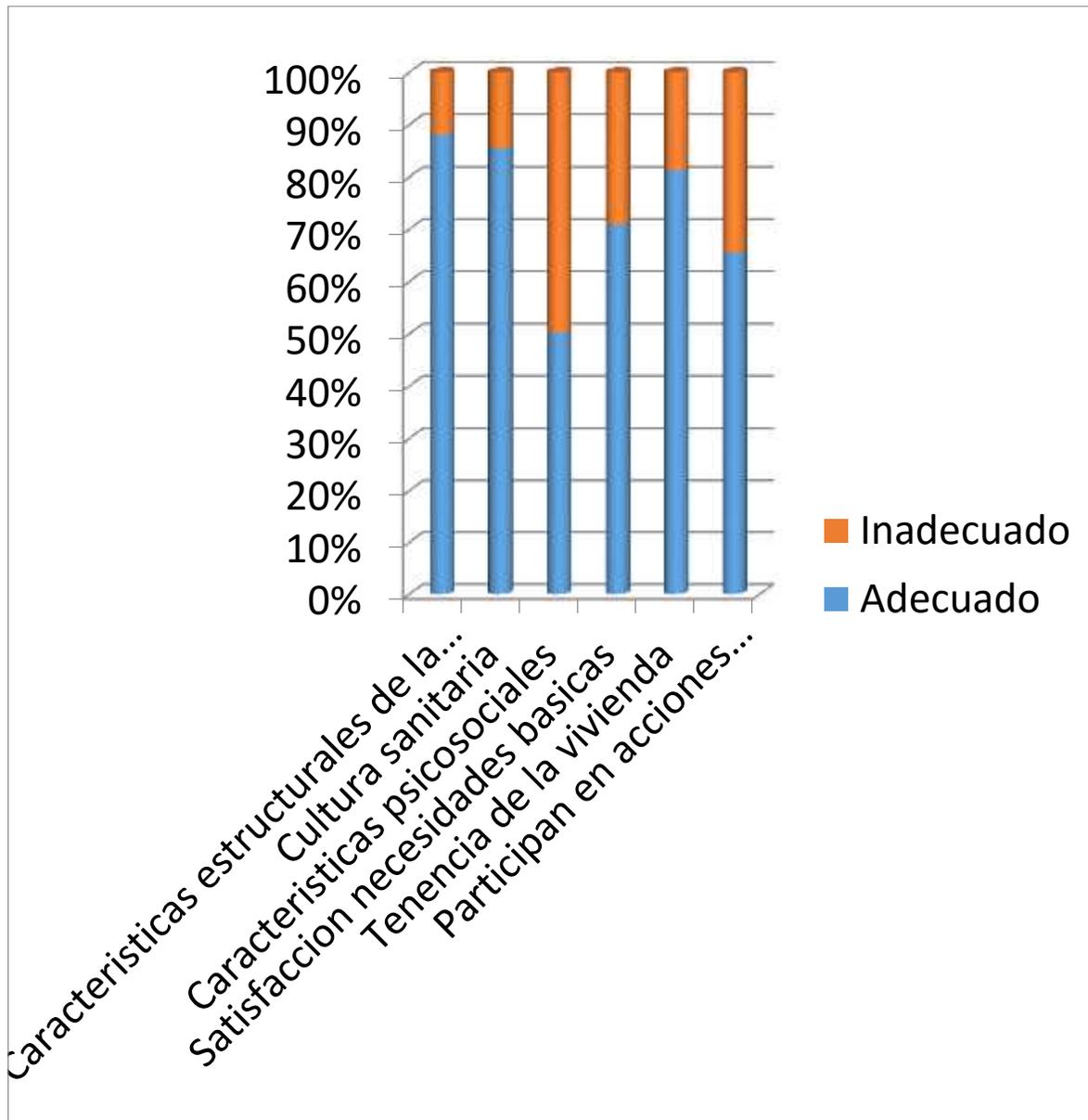
Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Ilustración 4 Valoración de la calidad de llenado de los datos de Características higiénico-sanitarias



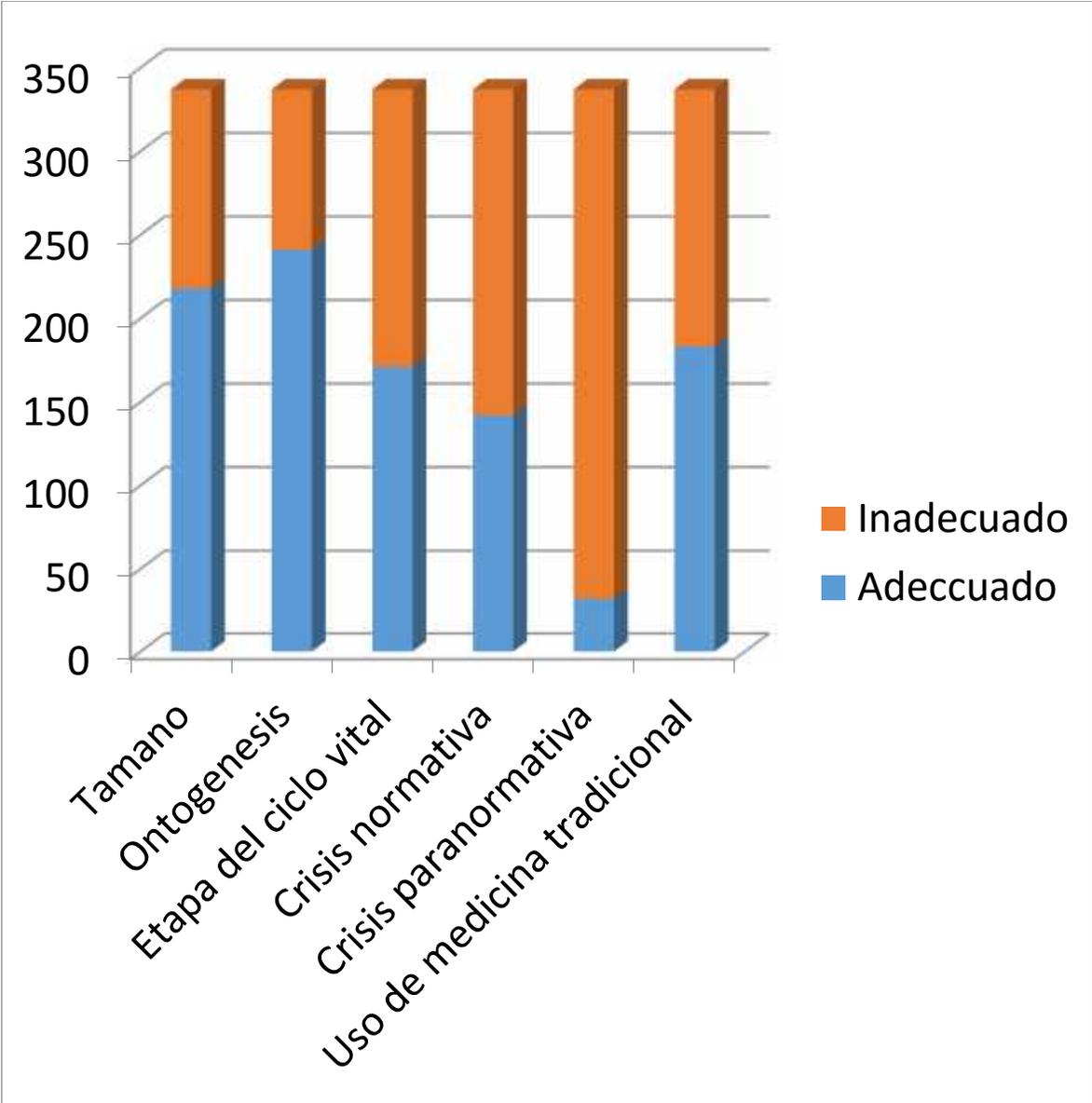
Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Ilustración 3 Valoración de la calidad de llenado de los datos de Factores socioeconómicos



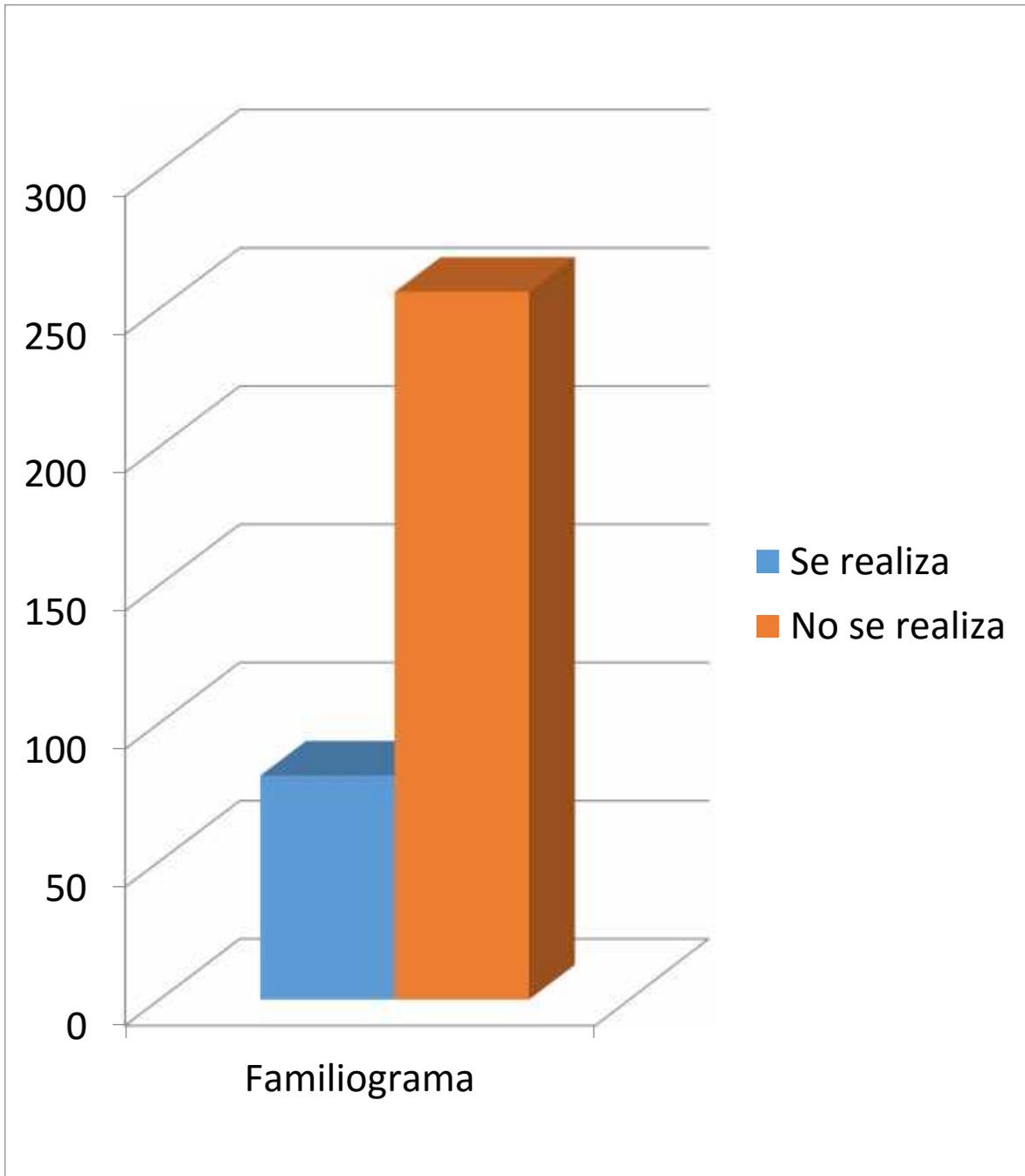
Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Ilustración 4 Valoración de la calidad de llenado de los datos de Funcionamiento familiar



Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado

Ilustración 5 Valoración de la calidad de llenado de los datos de Familiograma



Fuente: Ficha familiar y comunitaria y formulario estructurado