

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PRÁCTICAS MÉDICAS COMUNITARIAS



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD VILLA VIRGEN GUADALUPE DEL  
DISTRITO II DE MANAGUA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Autor:** DR.CARLOS JIMENEZ VALVERDE  
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
Msc.INVESTIGACION EDUCATIVA.  
Msc.EDUCACION SUPERIOR

Managua, Nicaragua 2013

## **COLABORADORES.**

1.DRA.MARLENE FARIÑAS.

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

CENTRO DE SALUD LA MORAZAN.

2. ESTUDIANTES DE MEDICINA DE II AÑO.FACULTAD DE MEDICINA –UNAN-MANAGUA.

3.ESTUDIANTES DE MEDICINA DE III AÑO. FACULTAD DE MEDICINA-UNAN-MANAGUA.

## **AGRADECIMIENTOS**

1.PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA CHURECA, CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN.

2.POLICIA NACIONAL POR BRINDARNOS SU COLABORACION DE VIGILANCIA Y PROTECCION.

3.LA ALCALDIA DE MANAGUA POR SU INTERES EN NUESTRO TRABAJO.

4.LA AGENCIA ESPAÑOLA PARA EL DESARROLLO POR SU INVALUABLE CAMBIO DE VIDA DE LOS MAS NECESITADOS.

5.AL GOBIERNO DEL PRESIDENTE DANIEL ORTEGA Y CRA.ROSARIO MURILLO POR HACER UNA REALIDAD LA TRANSFORMACION SOCIAL DE LA POBREZA.

## ÍNDICE

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| AGRADECIMIENTO .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| ÍNDICE .....  | 3                                    |
| INTRODUCCIÓN .....  | 4                                    |
| ANTECEDENTES .....  | 6                                    |
| JUSTIFICACIÓN.....  | 10                                   |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....   | 11                                   |
| OBJETIVOS.....  | 12                                   |
| OBJETIVO GENERAL.....   | 12                                   |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 12                                   |
| MARCO TEÓRICO .....   | 13                                   |
| 1. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD: UN MODELO DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCION PRIMARIA. .... | 13                                   |
| 2. MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE NICARAGUA (MOSAFIC).....                                   | 18                                   |
| 3. PROYECCION SOCIAL EN LA FACULTAD DE MEDICINA. ....   | 27                                   |
| METODOLOGÍA.....  | 33                                   |
| TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....   | 34                                   |
| ENUMERACIÓN DE VARIABLES.....   | 35                                   |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....  | 36                                   |
| RESULTADOS.....   | 40                                   |
| CONCLUSIONES.....   | 45                                   |
| RECOMENDACIONES.....  | 47                                   |
| PLAN DE INTERVENCIÓN EN SALUD.....  | 49                                   |
| BIBLIOGRAFIA .....  | 53                                   |
| ANEXOS .....  | 55                                   |

## INTRODUCCIÓN

La situación de salud de una comunidad es un fenómeno resultante de las relaciones de causalidad entre distintas dimensiones o factores (biológicos, culturales, ambientales, sociales y los relacionados con la cobertura y calidad de oferta de los servicios) que explican parte de la enfermedad y muerte. Involucrarlos en el análisis de las condiciones de salud de una comunidad permite elaborar un diagnóstico integral con mayor capacidad de sustentar propuestas de solución y/o mejoramiento en los aspectos insatisfactorios identificados.

En el Área Comunitaria de la Asignatura de las PRACTICAS MEDICAS COMUNITARIAS de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-MANAGUA, dentro de la actividad académica se desarrolla un DIAGNOSTICO COMUNITARIO DE SALUD, fundamentado en las Estrategias del MOSAFC y de la Investigación desde el Aula de Clase a la Comunidad, concebida como un espacio que posibilita el conocimiento a partir de interrogantes que surgen de la cotidianidad y de las teorías del conocimiento, lo cual permite enriquecer su contenido temático y el proceso de aprendizaje, brindándole un marco de referencia más concreto y real. Estas experiencias y prácticas básicas de investigación, permiten tanto al docente como al estudiante enfrentar, compartir los nuevos hallazgos, buscar por sí mismo las soluciones a los problemas encontrados y contribuir a la búsqueda de conocimientos y crecimiento de la Profesión.

Desde el punto de vista Pedagógico éste Diagnóstico es una herramienta que aporta elementos para aprender a aprender y aprender haciendo, en donde el Estudiante está capacitado para crear, innovar y ayudar a la transformación de la comunidad, además de adquirir habilidades comunicativas e investigativas necesarias para la INTERVENCIÓN COMUNITARIA. Como herramienta de Trabajo Comunitario facilita el diálogo de Saberes y Estimula el desarrollo de Relaciones en

las Instituciones Gubernamentales MINSA-UNAN; fomenta la recuperación crítica de la historia y pone de manifiesto los factores de poder que se desarrollan al interior de las comunidades, permite asumir el conflicto como un elemento presente y el abordaje de diversas soluciones concertadas para resolverlo, fomenta la participación comunitaria, lo que genera en los sujetos un nivel de conciencia, movilización, autonomía que hacen posible comprender la realidad, apropiarla y transformarla.

Por último, como Estudio-Diagnóstico o Exploratorio, permite determinar la naturaleza de los problemas que la Comunidad tiene en las áreas de salud y educación, establecer relaciones entre problema, causas, efectos y soluciones, estimar la necesidad de atención en salud que no han sido satisfechas, los recursos de la comunidad disponibles, la visión que los individuos involucrados tienen acerca de la situación y el grado de colaboración existente en las dependencias gubernamentales, con el propósito de incrementar los recursos hacia la solución de los problemas.

Esta actividad académico-investigativa responde a la práctica social indispensable en la formación de los Estudiantes de Medicina, a la proyección social de las Prácticas Médicas Comunitarias y a las necesidades manifiestas de las comunidades intervenidas y facilita la realización de acciones educativas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que buscan potenciar la capacidad de autocuidados en las personas, además de sentar un precedente en la realización de experiencias de investigación-acción-participación, que involucren un compromiso intersectorial ineludible entre las autoridades locales, personal de salud, academia y comunidad.

## ANTECEDENTES

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, a partir de abril del año 2007, desarrolla el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

El MOSAFC se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada que impulsa la OPS-OMS, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y auto-determinación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad. Para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes de la salud; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas, superando el tradicional enfoque Biologista-Curativo.

El Marco jurídico que obliga a la implantación del modelo de atención es:

*La Constitución Política de la República en su artículo 59; establece que: “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*

*Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.*

*Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen”.*

*En el Artículo 62, señala que el "Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral."*

*En el Artículo 105, se establece que los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos. Las instalaciones e infraestructura de dichos servicios propiedad del Estado, no pueden ser enajenados bajo ninguna modalidad. Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población priorizando el cumplimiento de los programas materno infantil. Los servicios estatales de salud y educación deberán ser ampliados y fortalecidos.*

*Estos artículos han sido complementados en la Ley General de Salud, Ley No. 423, en la que se establece como objeto de la misma, en el artículo 1: "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales."*

*Asimismo la citada Ley, en su artículo 5, marca los principios básicos, siendo éstos: "gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad y responsabilidad de los ciudadanos".*

Además de la base legal ya referida, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario se basa en el Plan Nacional de Desarrollo Humano de Nicaragua en el que se establecen tres lineamientos para el sector Salud: i) garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad; ii) desarrollar una cultura nacional de promoción y protección de la salud; y iii) profundizar las reformas sectoriales en salud para contribuir a la construcción de un Estado Social.

## **HISTORIA DE LA COMUNIDAD VILLA GUADALUPE.**

### **Descripción y Características de Villa Guadalupe**

Un total de 335 familias que fueron afectadas por las crecidas del lago Xolotlán durante los inviernos del 2010 y del 2011, fueron trasladadas hacia Villa

Guadalupe, reparto ubicado en la zona oeste de Managua y que fue construido por el gobierno del Presidente Daniel Ortega para dotar de una vivienda digna a estas personas que quedaron sin nada.

Paulatinamente las familias que han estado en albergues como el Elemental Acahualinca, La Menen, Acahualinca, Enacal, Gadala María, la Cornap y Colegio Panamericano, entre otros, han sido llevadas hacia las casas ubicadas en Villa Guadalupe, donde en total ya se edificaron 806 viviendas.

Las viviendas edificadas en Villa Guadalupe tienen dos dormitorios, un área común de cocina, sala, comedor, un porche, un área para lavado, cuentan con alumbrado público, aguas negras, agua potable, andenes y calles adoquinadas o pavimentadas.

Daysi Torres, alcaldesa de Managua, inauguró un centro de salud en Villa Guadalupe que está brindando atención aproximadamente a 800 familias con un médico, una enfermera y una auxiliar de enfermería.

Este centro cuenta con todas las condiciones para brindar una atención de calidad a la población, acorde con el Modelo Preventivo y Comunitario que impulsa el Gobierno Sandinista,

La prioridad en este modelo es la Familia y con éste serán dos centros de salud los que funcionan en el sector de la antigua Chureca. Este recinto atenderá a los pobladores de Villa Guadalupe y el otro brinda servicio a los 456 trabajadores de la empresa recolectora y procesadora de desechos que funciona en ese sector. El centro ofrecerá consulta general, planificación familiar, control del embarazo, vacunación, control del niño sano y chequeos periódicos a las mujeres, para prevenir enfermedades como el cáncer.

La obra comunitaria se construyó con apoyo de la Cooperación Española.

La nueva subestación está construida en un área de 42 metros cuadrados, es útil para que los ciudadanos el Sector I del Distrito II de Managua, conformado en su



mayoría por jóvenes y niños, puedan desarrollar sus actividades en un ambiente de “paz, tranquilidad y seguridad”, dijo el Subdirector de la PN, Comisionado Mayor Francisco Díaz.

La moderna subestación cuenta también con dos motocicletas en las que los oficiales de la Policía harán sus recorridos para el resguardo de la zona, además, posee un tanque del almacenamiento de agua y una pequeña celda preventiva.

Como parte de la restitución del derecho a la educación, para los más chiquitos, la alcaldía del poder ciudadano, a través del proyecto de desarrollo integral del barrio Acahualinca, entregó al ministerio de educación una escuela de primaria ubicada en Villa Virgen de Guadalupe, en el distrito II de Managua.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida y garantizar la recreación y sano esparcimiento de las familias de Villa Guadalupe y la Chureca, la alcaldía del poder ciudadano, a través del desarrollo integral de Acahualinca construyó un parque y dos canchas multiusos en este sector del distrito II de Managua.

Esta obra consiste en la construcción de un área infantil equipado con columpios, resbaladeros, pasamanos, entre otros; así mismo se construyeron dos canchas para baloncesto y fútbol sala con graderías, así como jardinerías, bancas y andenes peatonales; además del enmallado del perímetro de este parque que beneficiará a 798 familias del sector.

Como parte de nuestra labor Académica de Investigación y de Proyección Social de las Practicas Médicas Comunitarias de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-MANAGUA, hemos realizado un Diagnóstico de Situación de Salud en Villa Guadalupe en coordinación con el Ministerio de Salud acorde al Familiograma del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria que constituye la Columna Vertebral de la Visión de la SALUD del Actual Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional.

## JUSTIFICACIÓN

El presente informe se realizó con el fin de dar a conocer las condiciones de vida, factores biológicos, cultura higiénico-sanitaria, funcionamiento familiar que se observa en los habitantes de Villa Virgen Guadalupe y así poder demostrar cómo estas condiciones tienen gran influencia en el desarrollo físico e intelectual de sus pobladores.

Este trabajo esperamos sirva de referencia para futuros estudiantes de medicina como una base de datos que les permita conocer más sobre el perfil de salud y condiciones de vida de la población nicaragüense.

De la misma forma, nuestra participación en dicho estudio va a inculcar en nosotros valores y actitudes únicas de la formación médica, desarrollando habilidades para identificar problemas de salud en las personas y de esta forma ejercer un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el Diagnostico Comunitario de Salud de la Comunidad de Villa Virgen  
Guadalupe del Distrito II de Managua durante el primer semestre del año  
2013?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un Diagnóstico Comunitario de Salud de Villa Virgen Guadalupe del Distrito II de Managua en el primer semestre del año 2013.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las Constantes Biológicas de las familias de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe.
2. Identificar las Características Higiénico-Sanitarias en las que habitan las familias de la comunidad.
3. Describir los Factores Socioeconómicos de sus habitantes.
4. Interpretar el Funcionamiento Familiar que desempeñan los pobladores.
5. Realizar un Plan de Intervención Comunitario de Salud en Villa Virgen Guadalupe.

## MARCO TEÓRICO

### 1. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD: UN MODELO DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

En los Servicios de Atención Primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de salud. El interés y las acciones relacionadas con la atención primaria en salud (APS) en el mundo aumentaron substancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en Alma-Ata en 1978. Sin embargo, las decisiones políticas adoptadas y los cambios en su organización han tenido una evolución dispar. En efecto en respuesta a la Declaración de Alma-Ata se desarrollaron diferentes modelos de APS, los cuales generaron interrogantes en cuanto a su Eficacia para mejorar el Estado de Salud de la Comunidad.

La orientación comunitaria de la atención primaria está basada en los principios de la medicina comunitaria, cuyos principales elementos son la Evaluación Activa y detallada de las Necesidades de Salud de la Comunidad y la Respuesta a esas necesidades, considerando la Comunidad en su conjunto.

La Medicina Comunitaria debe responder cinco preguntas cardinales que la identifican:

1. ¿Cuál es el Estado de Salud de la Comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese Estado de Salud?
3. ¿Qué se ha hecho por parte de la Comunidad y de los Servicios de Salud?
4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones?
5. ¿Qué medidas se requieren para dar continuidad a la Vigilancia Sanitaria de la Comunidad y para Evaluar los cambios en su Estado de Salud?

Las respuestas a estas preguntas permiten hacer una clara distinción entre la Medicina Comunitaria y la mera localización de los Servicios de Salud en la

Comunidad. La confusión de estos dos conceptos ha dificultado la comprensión del alcance de la Medicina Comunitaria.

El Modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad surgió en la década de 1940, como una extensión de la Medicina Familiar gracias al trabajo de dos médicos de familia, S.L. Kirk y E.Kark, en una zona rural de Sudáfrica. Los conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación conjunta de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento, La aplicación de esta Modalidad de APS en Sudáfrica quedó interrumpida por las Políticas del Apartheid. Posteriormente en el Centro de Salud Comunitaria de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassah y la Universidad Hebrea de Jerusalén, en Israel, se continuó desarrollando el Marco Conceptual y Metodológico de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

## **ALGUNAS EXPERIENCIAS**

### **AMERICA DEL NORTE.**

En los Estados Unidos de América y Canadá se cuenta con una historia de más de 50 años en la enseñanza y aplicación del Modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Actualmente la enseñanza de este modelo se ha extendido a numerosas instituciones académicas de ciencias de la salud y a los programas de residencia en Medicina General. En la Escuela de Salud Pública de la Universidad George Washington, en Washington DC., se ofrece una Maestría de Salud Pública en Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

El creciente interés en la enseñanza del modelo de APOC en los Estados Unidos ha traído aparejado el análisis de las dificultades encontradas en su aplicación. Algunos autores consideran que la brecha existente entre la extendida enseñanza de este modelo y su aún limitada aplicación en ese país se debe a las dificultades que imponen los complejos requisitos metodológicos, mientras que otros lo

interpretan como una consecuencia de las características organizativas de los Servicios de Salud Estadounidenses.

### **AMERICA LATINA.**

La orientación comunitaria de la atención sanitaria en America Latina tiene sus raíces en los cambios curriculares promovidos entre otros, por Cesar García en la década de 1970. Esos cambios estaban relacionados con la situación de los servicios de salud y promovían cambios curriculares en la enseñanza médica- basados en métodos pedagógicos innovadores- y la reorganización del Contenido de la Carrera de Medicina. En 1969 se estableció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montevideo Uruguay, un sistema de enseñanza basado en ciclos, que comenzaba con el “ciclo básico”, en el cual los estudiantes analizaban en grupos un problema de salud (por ejemplo, la tuberculosis) en un comunidad durante un período de 6 meses. Este problema de salud se abordaba en forma holística, en relación con los Servicios de Salud locales y con el apoyo y la supervisión de un equipo docente multidisciplinario.

En 1987, Bravean y Mora afirmaron que el concepto de APOC era bien conocido para los Promotores de la Medicina Comunitaria en América Latina. Ese movimiento se asoció con los cambios introducidos en los currículos médicos como consecuencia de dos tendencias predominantes en esos años: vincular los programas de formación de profesionales con las necesidades del sistema de salud y reconocer las limitaciones de la enseñanza médica basado en el modelo curativo de la atención hospitalaria. Estos autores analizaron los procesos de cambio en la educación médica y la situación sanitaria en países de la Región que, en su momento fueron fundamentales para el desarrollo del Modelo de APOC (Costa Rica, México y Nicaragua).

En Colombia, Cleves y colaboradores describieron la relación existente entre los cambios curriculares que se debían hacer en la Carrera de Medicina y la consecuente introducción en la práctica del Modelo de APOC. La relación entre la

enseñanza y la práctica se llevó a cabo con la capacitación en APOC de los equipos de Atención Primaria en Salud de 6 centros de salud y la participación de los estudiantes en la aplicación del modelo de esos centros. El desarrollo de la APOC se evaluó mediante una escala creada con ese propósito por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Los resultados mostraron la satisfacción de los estudiantes con respecto al programa, el avance en su modificación y el aumento en la participación comunitaria, aunque el efecto en las funciones de la APOC fue menor. Cambios en el sector académico y en el entorno político determinaron la interrupción de estos programas.

En un estudio exhaustivo de los sistemas integrados de salud en América Central, Garrett analizó la aplicación de la APOC y de otros modelos similares. En ese análisis se destacan las dificultades encontradas para la integración de esos modelos en los sistemas de salud existentes, debido a la falta de voluntad política de los gobiernos y los valores culturales predominantes en esos países.

Ven tres y Hale analizaron el proceso de desarrollo de la medicina familiar en Cuba y encontraron que ese sistema, basado en los principios de la APOC, logró mejorar los índices de salud. Se debe enfatizar que para ello fue necesario aplicar “no solo una serie de valores comunitarios, sino también métodos de gestión transparentes”. El sistema de atención primaria en Cuba se basa en la responsabilidad del equipo de medicina familiar por un número definido de familias y de las instituciones comunitarias, que se encuentran en su área geográfica, así como en el mantenimiento de un sistema de información básica de salud de todos los miembros de la comunidad. Todo esto refleja los principios básicos de la APOC. Una publicación reciente resalta la presencia del modelo de APOC en el marco de la Medicina Familiar en Cuba.

En Bolivia, la introducción de un modelo de atención basado en la población y orientado a obtener cambios fundamentados en los principios de la APOC, ha permitido poner en marcha programas-maternos infantiles y definir y actuar según



las prioridades locales de salud. Estos cambios contribuyeron a aumentar la cobertura de la atención a los niños y a disminuir la mortalidad infantil en ese país.

Un extenso estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la APS en la región, propone la adopción de un sistema de salud basado en la atención primaria y en principios que reflejan explícitamente el Marco Conceptual y Metodológico de la APOC.

### **EFECTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD.**

En 1988 Abramson realizó una revisión exhaustiva de la Efectividad de la APOC, desde las primeras experiencias en Sudáfrica hasta su aplicación en diferentes países con diferentes tipos de servicios y programas en las décadas siguientes (18). En ella se analiza el aporte positivo de este modelo a la Reducción de la Mortalidad Infantil, el Control del Crecimiento y el Desarrollo Infantiles, la reducción de la prevalencia e incidencia de las enfermedades infecciosas, el aumento de la cobertura de vacunación, el control de los factores de riesgo de enfermedades crónicas y el cambio de la población a hábitos y comportamiento Saludables.

En un contexto totalmente diferente, la aplicación de programas de APOC en Jerusalén, Israel permitió mejorar el grado de desarrollo infantil mediante un programa de estimulación temprana, incrementó la proporción de niños con lactancia materna, redujo la prevalencia de anemia durante el embarazo y la infancia y mejoró el estado de salud bucal de la población. También se redujo la Tasa de Tabaquismo y mejoró el grado de control de la Hipertensión Arterial. La implementación del Modelo de APOC en Jerusalén se vio facilitado por un importante Apoyo Académico (19).

En otra dimensión, que solo ocasionalmente se menciona al analizar el trabajo de Equipo de Kirk, los programas de APOC contribuyeron a aumentar el Desarrollo Integral de la Comunidad. En este sentido, aumentó la participación y

organización comunitaria, mejoró el ambiente- tanto por el saneamiento como por la organización de cooperativas- y se entrenó a los miembros de la comunidad para integrarse a los equipos de salud. Este desarrollo comunitario se reflejó en el aumento de las opciones educacionales de los miembros de la comunidad en contextos muy diferentes como Pollea Sudáfrica y Mississippi, Estados Unidos (20) Estos resultados reflejan el efecto positivo de la APOC puede provocar en el desarrollo económico y social de una comunidad y demuestran que las Intervenciones de Salud pueden contribuir a Reducir la Pobreza.

En Sociedades en Transición que sufren el deterioro de su sistema de salud, como Rusia, la aplicación de los Principios de la APOC ha permitido en una primera etapa mejorar la atención del asma y de la diabetes, aumentar la proporción de madres que brindan lactancia materna a sus hijos y reducir la prevalencia de caries dentales en la población pediátrica. Para ello han introducido cambios en los sistemas de información y el trabajo en equipo, han adaptado las guías de trabajo clínico a los recursos locales y han coordinado el trabajo con las autoridades y la comunidad.

## **2. MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE NICARAGUA (MOSAFIC).**

### **MODELO DE GESTION DE LA SALUD EN NICARAGUA.**

El MAIS como se establece en la Ley 423 ahora denominado MOSAFIC, 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.

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”.

| <b>MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA</b>                      |  |
|--|--|
| <b>OBJETIVOS DEL MODELO</b>  | <b>PRINCIPIOS DEL MODELO</b>                               |
| 1. Mejorar las Condiciones de salud de la Población.               | 1. Accesibilidad a los Servicios de Salud.                 |
| 2. Satisfacer las necesidades de Servicios de Salud.               | 2. Integralidad de las Acciones de los Servicios de Salud. |
| 3. Proteger de Epidemias a la Población.                           | 3. Continuidad en el Proceso de Atención en Salud.         |
| 4. Mejorar la Calidad de los Servicios.                            | 4. Coordinación entre los niveles de Atención en Salud.    |
| 5. Fortalecer la Articulación Intersectorial e Interinstitucional. |  |

**Los Principios del modelo:**

1. **Accesibilidad a los servicios de salud:** El ordenamiento de los servicios de salud se basará en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica, etc., que garanticen la atención a todas y todos los Nicaragüenses, haciendo énfasis en las poblaciones de las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.

Para ello se garantiza la gratuidad, la extensión de cobertura de los servicios, la responsabilidad compartida, el modelo de alianzas para la prosperidad, y el protagonismo de la ciudadanía y de las comunidades

2. **Integralidad de las acciones en los servicios de salud:** Contemplará a la persona como un ser integral, perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para latona de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea.

Esto implica, que los servicios de salud no atiendan enfermedades, sino, personas a las que se debe dar solución integral de los problemas de salud, haciendo énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, sin descuidar la curación y rehabilitación de discapacidades.

3. **Longitudinalita (continuidad) en el proceso de la atención en salud:** Es la relación personal a largo plazo que se establece entre el trabajador de la salud y la población. Implica que el equipo de salud al cuidado de la población se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles de atención.

La atención longitudinal significa que los usuarios pertenecientes a una población identifiquen como suya a una red de servicios, su establecimiento inmediato de atención y al personal encargado de proveerle servicios.

4. Coordinación entre los niveles de atención en salud:

El sector de salud nicaragüense, organiza sus establecimientos en redes integradas de salud para garantizar la atención continuada de la población que requiere de servicios desde los más sencillos hasta los de mayor complejidad. Estos establecimientos realizan las coordinaciones a través de la referencia y contra referencia de los pacientes.

¿Cómo se entregan los servicios a la población?

Para la entrega de servicios de salud a la población, con calidad, se requiere organizar la atención en las Unidades de Salud teniendo en cuenta las necesidades de la población, los niveles de pobreza, el acceso geográfico y cultural a los servicios de salud, en función de mejorar la calidad y cobertura universal.

Para la efectividad de los servicios de salud, se requiere combinar diferentes modalidades de entrega de los servicios, priorizando la atención a comunidades alejadas, coordinadas con los líderes de la comunidad a fin de garantizar con ellos la mayor cobertura posible, utilizando las casas bases de la comunidad en aquellos sectores donde no existen unidades de salud.

Las principales acciones que se desarrollan:

- Acciones en el Establecimiento: Se refiere a las consultas, controles, exámenes y otros que se brindan a personas sanas y enfermas en los establecimientos de salud.
- Acciones en la Comunidad y el Hogar: Se refiere a las acciones dirigidas al fomento de la salud de las personas, familias y comunidades que se brindan fuera de los establecimientos de salud, tales como: Visitas programadas periódicas y sistemáticas a los hogares, brigadas integrales a las comunidades de alta vulnerabilidad, sesiones grupales, Jornadas Populares y Ferias de Salud, Lucha anti-epidémica, Prevención de desastres.

La entrega de servicios de salud no debe estar desligada del protagonismo y participación ciudadana, donde la población es sujeto activo en la búsqueda de la salud de su comunidad. Para ello los servicios de salud se deberán insertar en los mecanismos de alianza para la prosperidad y responsabilidad social compartida.

Cómo se organiza la atención a las personas, la familia y la comunidad

## **1. Organización comunitaria en el sector**

A fin de garantizar la entrega de los servicios de salud con mayor cobertura, se establecen coordinaciones con los Gabinetes de la Familia, la Comunidad y la Vida y la Red Comunitaria para hacer más eficiente el trabajo en el Sector.

El Sector se entiende como la Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud, donde se desarrollan acciones de promoción, prevención, atención del daño y rehabilitación, en coordinación con la red comunitaria.

La red comunitaria liderada por los Gabinetes de la Familia, la Comunidad y la Vida e integrada por: líderes comunitarios, promotores de salud, brigadistas populares de salud, parteras, Colaboradores Voluntarios (Col-Vol.), curanderos, chamanes, clubes de adolescentes, consejos de ancianos, consejos del poder ciudadano, consejos comunitarios, consejos comarcales y otras formas de organización de la comunidad.

La comunidad organizada debe:

- Estar informada sobre la importancia y práctica del control social y sus beneficios para el desarrollo comunitario.
- Conformar la estructura para la práctica del control social, que incluye el control de la gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, entre otros.

- Participar en la definición de los mecanismos de control social.
- Participar en la identificación de las situaciones a mejorar (gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, otros).

El Equipo de Salud Familiar debe:

- Facilitar la información requerida para la ejecución del control social
- Considerar las opiniones de la población sobre la atención recibida a través de las encuestas de satisfacción u otros mecanismos.
- Participar en el análisis de resultados y toma de acuerdos.
- Facilitar la difusión de los resultados del control social.

## **2. Organizar la atención a las familias y la comunidad.**

Para organizar el proceso de atención a las familias, que incluye la atención individual y a la comunidad, el Equipo de Salud Familiar conformado por un Médico, una Enfermera y un Auxiliar de Enfermería en cada uno de los sectores asignados junto con la red comunitaria, debe cumplir con las siguientes etapas:

1. Inducción: etapa de sensibilización a los trabajadores de la salud para lograr el compromiso, con el objetivo de dar a conocer los beneficios de la aplicación del MOSAFC
2. Sectorización: es un ejercicio que se realiza en conjunto con la comunidad, donde se delimita el espacio-población, agrupando comunidades, barrios o zonas para conformar los sectores.
3. Caracterización del sector: El Equipo de Salud Familiar tendrá a su cargo 1 o más sectores urbano o rural, donde se ubican entre 600 a 1000 familias, que

corresponde aproximadamente a 3000 habitantes en el área rural y 5000 habitantes en el área urbana.

Esta etapa requiere: i) Actualización del croquis de la comunidad y del sector, ii) Dispensarización a través del Levantamiento de la Historia de Salud Familiar, iii) Levantamiento del Diagnóstico Comunitario y iv) Elaborar el Consolidado del Sector.

4. Análisis de situación de salud a nivel local: en éste se identifican los problemas, se establecen las prioridades y se analizan las causas, y se buscan alternativas de intervención.
5. Elaboración del plan de salud para el desarrollo local: éste se elabora en consenso con las diversas estructuras del territorio, comité comunitario, comarcal o de distrito, consejos del poder ciudadano, otros y el Equipo de Salud Familiar; en él se incluyen acciones para mejorar las condiciones de vida de las familias y la comunidad.
6. Entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud a las personas, familia y comunidad, a través de la dispensarización: son un conjunto de acciones de promoción, prevención, atención al daño y rehabilitación, dirigidas a la familia y comunidad.
7. Registro del Sistema de información de salud

### **Funcionamiento del equipo de salud familiar para la implementación del MOSAFC en los Sectores**

El Equipo de Salud Familiar brinda un conjunto de prestaciones de servicios de salud dirigidas a las Personas, Familias y Comunidad, involucrando en su realización la actuación de la comunidad organizada, los diversos actores sociales comprometidos con el mejoramiento de la calidad de vida de la población, de acuerdo con su realidad y necesidad. Para lo cual deben:



1. Garantizar la organización del sector para brindar el conjunto de prestaciones de servicios de salud a nivel de las Personas, Familia y Comunidad.
2. Coordinar con las diferentes instancias de participación ciudadana para el desarrollo de las actividades de implementación del Modelo, caracterización del sector, atención Médica Integral dispensarizada.
3. Articular las políticas, programas, proyectos y planes de todas las instancias que inciden en el sector y en el municipio.
4. Facilitar la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan de Salud del sector, concertado con la comunidad y los actores sociales.
5. Realizar visitas domiciliarias de acuerdo con la programación y en coordinación con la red comunitaria.
6. Garantizar la entrega oportuna y adecuada de insumos médicos y no médicos a los usuarios, promoviendo el uso racional.
7. Fortalecer, en coordinación con la comunidad, los mecanismos establecidos para referencia y contra referencia comunitaria.
8. Cumplir con las notificaciones obligatorias establecidas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Manual de Vigilancia Epidemiológica).
9. Realizar los informes de avance de la implementación del Plan Local de Salud de acuerdo con los compromisos de gestión y la entrega de los mismos en el tiempo estipulado, utilizando el sistema de información establecido por el Ministerio de Salud.
10. Participar en las actividades que convoque el nivel municipal para la evaluación de la producción, costo y calidad de los servicios que se prestan.
12. Garantizar, en conjunto con la comunidad, el cuidado del patrimonio institucional y comunitario de la sede del Equipo de Salud Familiar.
13. Facilitar la implementación de mecanismos de control social (satisfacción de usuario, entre otros) para el mejoramiento continuo de la atención.
14. Participar en las actividades de capacitación, educación continua e investigación que se programen para el Equipo de Salud Familiar.
15. Facilitar el desarrollo de competencias de los miembros de la red comunitaria.

## **La Dispensarización como Herramienta de Intervención en la Comunidad**

Dispensarización: Es un método de observación permanente y dinámica a individuos, familias y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva. Es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada, con un enfoque clínico - epidemiológico y social del estado de salud de las personas, familias y otros grupos sociales.

El proceso de dispensarización se desarrolla en dos etapas:

1. Visita de contacto inicial y de diagnóstico:(llenado de la historia de Salud familiar): se hace con el propósito de establecer confianza, brindar información sobre el modelo a la familia, conocer los problemas de salud que afectan a la familia, los hábitos de higiene, el ambiente que los rodea, la dinámica de la familia.
2. Visita de Seguimiento (continuidad de la atención): permite recabar información que dé respuesta a las necesidades, dar seguimiento o solucionar los problemas de los miembros de la familia con factores de riesgo que requieran un seguimiento continuo de atención a los riesgos potenciales y daños a la salud.

El instrumento clave de la función de atención médica integral dispensarizada, es la Historia de Salud Familiar. La información para la historia de salud familiar, se obtiene en el domicilio de la gente, a través de las visitas que realiza el Equipo de Salud Familiar, con el apoyo de la red comunitaria organizada.

La información que se obtiene es la siguiente:

1. Datos Generales: SILAIS, comunidad, sector, N° de vivienda y familia, Dirección o referencia de la vivienda, Municipio, Nombre del que la realiza (personal de salud) y profesión (médico, enfermero, auxiliar de enfermería, etc.).

2. Datos de identidad de la familia: Nombre y Apellidos, Fechas de Nacimiento, Edad, Etnia, Escolaridad, Profesión, Ocupación, Factores de Riesgo o Enfermedades y Grupo Dispensarial.
3. Características Higiénico Sanitarias: Fecha, Hacinamiento, Animales Domésticos, Riesgos de Accidentes, Factores Medio Ambientales, Combustible para Cocinar, Abasto de Agua, Calidad del Agua, Electricidad, Depósitos de Residuales Sólidos y Líquidos.
4. Factores Socioeconómicos: Fecha, Características Estructurales de la Vivienda, Cultura Sanitaria, Características Psicosociales, Satisfacción de Necesidades Básicas.
5. Funcionamiento Familiar: Fecha, Tamaño, Ontogénesis, Etapa del Ciclo Vital, Crisis Normativa y Crisis Paranormativa.
6. Observaciones.
7. Familiograma.

### **3. PROYECCION SOCIAL EN LA FACULTAD DE MEDICINA.**

La carrera de medicina ofrece oportunidades para realizar la extensión social. No obstante, solo se han desarrollado a nivel de dos departamentos, que son las prácticas médicas comunitarias y la prestación de servicios diagnósticos que ofrecía el laboratorio de microbiología y parasitología.

Esta situación es reflejada por los docentes el cual señalan el 56.8 % refiere nada o poco impulso de acciones de extensión social en su asignatura, un 50 % señala que se tomó en cuenta las Prácticas de formación profesional para impulsar la extensión social, un 70.5 % refiere que no se tomó en cuenta las investigaciones, el 84.1 % considera nada o poca existencia de apoyo de recursos de parte de la institución.

Además se han efectuado otras formas de extensión social mediante proyectos temporales de investigación como el de Cáncer Cérvico uterino en Rivas, Tuberculosis y VIH/SIDA en siete SILAIS del país. Por otro lado no hay una adecuada divulgación hacia la sociedad de todos los esfuerzos realizados en beneficio de la comunidad y un apoyo limitado por parte de las autoridades universitarias para su ejecución.

De acuerdo a la opinión de la comisión de carrera del plan de estudios 1999, señalan que no existen otras expresiones de extensión social; sino espacios para brindar servicios a la comunidad.

## TIPOS DE PROYECTOS DE EXTENSION UNIVERSITARIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA HASTA EL AÑO 2012.

### PROYECTOS SOCIALES

1. Componente Tuberculosis-Fondo Mundial-Nicaragua.
2. Componente Malaria-Fondo Mundial Nicaragua. Polo de Prevención y Control de la Malaria en Mesoamérica.
3. Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud en varios C/S de Nicaragua.

### PROYECTOS ASISTENCIALES.

1. Estudio comparativo del tratamiento de Leishmaniasis Cutánea con Glucantime vs Inmunoterapia ITleish en el Municipio de Rancho-Grande-Matagalpa 2010-2011

### CONVENIOS.

1. Convenios de Colaboración entre UNAN-MANAGUA y la Universidad de Ghent-Belgica.
2. Convenios de Intercambio Educativo, Académico y de Investigación entre la UNAN-MANAGUA y Universidad de Gumma-Japón.

3. Acta de colaboración entre la Facultad de Ciencias Médicas y ADANIC.
4. Convenio de Cooperación entre Servicios Voluntarios Optométricos para la Humanidad Internacional VOSH y la UNAN-MANAGUA.
5. Convenio Ministerio de Salud y UNAN MANAGUA y LEON.

#### VINCULACIONES.

1. Federación Red Nica Salud.
2. Fundación Terre des hommes Lausanne
3. PASMO.
4. Fundación Sauce.
5. PNUD.
6. UNFPA
7. UNICEF
8. OPS
9. INCAP
10. AID
11. ONUDC.
12. UNIVERSIDADES: UCA, UNI, URACCAN, BICU, UPOLI, UPONIC, CIES, UNICA
13. INSTITUCIONES PÚBLICAS: MINSA-SILAIS, MINED, INSS, MARENA, INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

#### **PRACTICAS MÉDICAS COMUNITARIAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y SU REPORTE DE EVALUACION DEL AÑO 2012. (23)**

#### LOGROS:

1. La Inserción de los estudiantes de 2do año en su primera participación a las PPMC fue altamente productivo, lograron con

entusiasmo desarrollar las diversas acciones, gracias a la conducción de los Docentes experimentados.

2. Apropiación del conocimiento sobre el modelo de salud con la elaboración de la investigación operativa sobre el diagnóstico familiar aprovechando las actividades realizadas en el marco del modelo de salud (MOSAFC).
3. Inserción de los estudiantes en actividades de Promoción y Prevención de la Salud como las Ferias de Lactancia Materna, Salud Mental y de la Diabetes y Feria Cardiovascular.
4. Formación integral e los estudiantes a través de la práctica con el modelo de atención (MOSAFC).
5. Apropiación de la ética profesional y el fomento del trabajo colectivo; la extensión universitaria en la realización de actividades de educación en pro del bienestar de la población.
6. Apoyo brindado por la Coordinación General al desarrollo cada Programa (Opinión de Coordinadores)

**MATRIZ DE ANALISIS FODA AL PROGRAMA DE PRACTICAS MEDICAS DE II  
Y III AÑO, CARRERA DE MEDICINA AÑO 2012**

|                         | <b>FORTALEZA</b>   | <b>DEBILIDADES</b>   |
|-------------------------|--|--|
| <b>ANALISIS INTERNO</b> | 1. Aplicación de los conocimientos básicos adquiridos como primer contacto de atención.  | 1. No contamos con la tecnología básica para la aplicación de los conocimientos.         |
|                         | 2. Establecimiento de la relación con la comunidad escolar y/o barrio.   | 2. Poco tiempo para el cumplimiento del plan anual.                                      |
|                         | 3. Permite la gestión inter-institucionalidad  | 3. El rendimiento académico no se relaciona con la actitud demostrada por el estudiante. |
|                         | 4. Le permite ejercer el trabajo en equipo-  | 4. Falta de organización, motivación y dominio de la dirección de los recursos.          |
|                         | 5. Ayuda a fomentar los valores éticos.  | 5. Falta de interés por parte de la comunidad al apoyo de las PPMC.                      |
|                         | 6. En el carácter social se contribuye al sistema de salubridad e higiene de la comunidad.   | 6. Los recursos académicos tienen un alto riesgo social.                                 |
|                         | 7- Tiene personal docente capacitado, estable y con varios años de experiencia en el programa.   | 7. Inadecuada selección de las escuelas.   |
|                         | 8. El programa es el único que está presente y se ha mantenido en el plan de estudio de la carrera de medicina a diferencias de otras. | 8. No se retoman las experiencias de trabajo de las diferentes direcciones.              |

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
|                         |  | 9. Falta de liderazgos de los gerentes.  |
| <b>ANALISIS EXTERNO</b> | <b>OPORTUNIDADES</b>   | <b>AMENAZAS</b>  |
|                         | 1. Cambio de patrones sociales y estilo de vida de la comunidad.               | 1. Falta de apoyo institucional al programa.                                       |
|                         | 2. Experiencia adquirida por el estudiante al tener contacto con la comunidad. | 2. Inestabilidad de la gerencia ha traído riesgo al programa.                      |
|                         | 3. Los estudiantes desarrollan habilidades, destreza y creatividad.            | 3. Falta de seguridad a los recursos que participan en el programa.                |
|                         | 4. Poder transmitir la experiencia académica o profesional.                    | 4. Incertidumbre en la estabilidad laboral.  |
|                         | 5. El acercamiento de un área de salud, permite la integralidad de las PPMC    | 5. No hay comunicación entre la gerencia y los docentes.                           |
|                         |  | 6. Falta de recursos económicos y de materiales para el cumplimiento del programa. |



## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de tipo descriptivo, longitudinal observacional de corte transversal.

### **ÁREA DE ESTUDIO**

Villa Virgen Guadalupe ubicado en el Distrito II de la ciudad de Managua, Nicaragua.

### **UNIVERSO**

El universo está representado por el total de casas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe y habitantes de las mismas en el primer semestre del año 2013, correspondientes 797 viviendas y 3469 pobladores.

### **MUESTRA**

En nuestro diagnóstico participaron 553 casas y 2669 pobladores activos de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de inclusión:

- Casas habitadas
- Casas participantes que quisieran contribuir al llenado de la Ficha de Salud Familiar
- Habitantes que estuvieran dispuestos a participar.

Criterios de exclusión:

- Casas no habitadas
- Casas abandonadas
- Habitantes que no estuvieran dispuestos a participar.

# **TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

## **CREACIÓN DE BASE DE DATOS**

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 21.0 versión para Windows.

## **ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA**

Las variables son descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (si eran variables categóricas o variables cuantitativas)

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 21.0

## ENUMERACIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas para reunir la información fueron las siguientes:

- Edad
- Etnia
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Embarazadas con CPN actualizado
- MEF/PF
- < 1 año con VPCD actualizado
- Factores de riesgo
- Grupo Dispensarial
- Hacinamiento
- Animales Domésticos
- Riesgos de accidente
- Factores Medio Ambientales
- Abastecimiento de agua
- Calidad de agua
- Electricidad
- Depósito de Excreta
- Depósito de Basura
- Cultura Sanitaria
- Características Psicosociales
- Satisfacción de necesidades básicas
- Tamaño de la familia
- Ontogénesis
- Etapa del Ciclo Vital
- Crisis Normativa
- Crisis Paranormativa

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE    | DEFINICIÓN  | INDICADOR                  | ESCALA   |
|-------------|---|----------------------------|--|
| Edad        | Número de años cumplidos o registrados por las personas.  | Años                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 1 año</li> <li>❖ 1-4 años</li> <li>❖ 5-9 años</li> <li>❖ 10-14 años</li> <li>❖ 15-19 años</li> <li>❖ 20-34 años</li> <li>❖ 35-49 años</li> <li>❖ 50-59 años</li> <li>❖ 60-64 años</li> <li>❖ 65 o más</li> </ul>  |
| Etnia       | Comunidad natural de hombres que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales | Grupo étnico               | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mestizo</li> <li>❖ Rama</li> <li>❖ Misquito</li> <li>❖ Garífuna</li> <li>❖ Otro</li> <li>❖ No sabe</li> </ul>   |
| Sexo        | Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.   | Genero                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Femenino</li> <li>❖ Masculino</li> </ul>  |
| Escolaridad | Perteneciente al grado de estudio que ha tenido una persona   | Nivel o<br>Grado académico | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Analfabeta</li> <li>❖ Alfabetizado</li> <li>❖ Pre-escolar</li> <li>❖ Primaria Sin Terminar</li> <li>❖ Primaria Terminada</li> <li>❖ Secundaria Sin Terminar</li> <li>❖ Secundaria Terminada</li> <li>❖ Universidad Sin Terminar</li> <li>❖ Universidad Terminado</li> </ul> |
| Ocupación   | Responsabilidad, trabajo, empleo u oficio que realiza una persona.  | Cargo                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estudiante</li> <li>❖ Empleado/Obrero</li> <li>❖ Jornalero/Peón</li> <li>❖ Cuenta Propia</li> <li>❖ Empresario</li> <li>❖ Trabajador sin pago</li> <li>❖ Miembro de Cooperativa</li> <li>❖ Desempleado</li> </ul>   |

| VARIABLE                        | DEFINICIÓN  | INDICADOR      | ESCALA   |
|---------------------------------|---|----------------|--|
| Embarazada con CPN actualizado  | Revisiones sistemáticas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. | Asistencia     | ❖ Si<br>❖ No   |
| MEF/PF                          | Acción prioritaria del control reproductivo.  | Control        | ❖ Si<br>❖ No   |
| < de 1 año con VPCD actualizado |   | Asistencia     | ❖ Si<br>❖ No   |
| Factores de riesgo              | Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una <u>enfermedad</u> o cualquier otro problema de salud.                           | Patologías     | ❖ Aparentemente Sano<br>❖ Hábitos tóxicos<br>❖ Sedentarismos<br>❖ Obesidad<br>❖ Desnutrición<br>❖ Accidentes<br>❖ Enfermedades crónicas<br>❖ Enfermedades agudas<br>❖ Discapacidad |
| Grupo Dispensarial              | Eenfoque clínico epidemiológico y social del estado de salud de individuos y familia  | Grupo          | ❖ Grupo I<br>❖ Grupo II<br>❖ Grupo III<br>❖ Grupo IV   |
| Hacinamiento                    | Total de personas que habitan una vivienda sobre el número de dormitorios.  | Situación      | ❖ Si<br>❖ No   |
| Animales domésticos             | Animal que pertenece a un hogar y no a la vida silvestre.   | Número, Tipo   | ❖ No<br>❖ Si ¿Cuántos?<br>¿Cuáles?   |
| Riesgos de                      | Posibilidad de sufrir un  | Vulnerabilidad | ❖ Natural  |

|                            |  |                  |  |
|----------------------------|--|------------------|--|
| accidente                  | daño de la integridad física.  |                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Meteorológico</li> <li>❖ Biológico</li> <li>❖ Social</li> </ul>   |
| Factores medio ambientales | Aquellos que afectan la determinante del estado de salud medio ambiental                         | Situación        | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ventilación</li> <li>❖ Iluminación</li> <li>❖ Ruido</li> <li>❖ Presencia de Vectores o roedores</li> <li>❖ Otros</li> </ul> |
| <b>VARIABLE</b>            | <b>DEFINICIÓN</b>  | <b>INDICADOR</b> | <b>ESCALA</b>  |
| Abastecimiento de agua     | Suministro de agua potable a en comunidad.   | Tipo             | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tuberías</li> <li>❖ Pozo</li> <li>❖ Manantial</li> <li>❖ Río</li> <li>❖ Camión</li> <li>❖ Pipa</li> <li>❖ Otro</li> </ul>   |
| Calidad del agua           | Condiciones físicas, químicas y biológicas en que se encuentra el agua para consumo humano.      | Condición        | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Buena</li> <li>❖ Regular</li> <li>❖ Mala</li> </ul>   |
| Electricidad               | Flujo de cargas eléctricas que puede generar calor o luz.  | Condición        | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Si</li> <li>❖ No</li> </ul>   |
| Depósito de Excreta        | Lugar específico en la cual introducir desechos fisiológicos.                                    | Tipo             | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Escusado o Letrina</li> <li>❖ Inodoro</li> <li>❖ Sin servicio Sanitario</li> </ul>  |
| Depósito de Basura         | Lugar para recolectar y depositar materiales de desecho.   | Lugar            | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Camión Recolector</li> <li>❖ Quemarla</li> <li>❖ Enterrarla</li> <li>❖ Otros</li> </ul>                                     |
| Cultura sanitaria          | <i>Diferentes concepciones de la salud, la enfermedad y el funcionamiento del cuerpo humano.</i> | Condición        | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Buena</li> <li>❖ Regular</li> <li>❖ Mala</li> </ul>   |
| Características            | Funcionamiento de <b>los</b>   | Estado           | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adecuadas</li> <li>❖ Inadecuadas</li> </ul>   |

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| psicosociales                       | <b>individuos en sus respectivos entornos sociales en el que se encuentre.</b>                            |                  |   |
| Satisfacción de necesidades básicas | Obtención de todo lo necesario para la supervivencia.   | Condición        | ❖ Si<br>❖ No  |
| Tamaño de la familia                | Número de miembros que conforman una familia.   | Cantidad         | ❖ Grande<br>❖ Mediana<br>❖ Pequeña  |
| Ontogénesis                         | Procesos que sufren los seres vivos desde la fecundación hasta su plenitud y madurez.                     | Etapa            | ❖ Nuclear<br>❖ Extensa o Extendida<br>❖ Mixta o Ampliada                              |
| <b>VARIABLE</b>                     | <b>DEFINICIÓN</b>   | <b>INDICADOR</b> | <b>ESCALA</b>   |
| Etapa del ciclo vital               | Procesos de desarrollo que implican cambios y adaptaciones en la familia.                                 | Etapa            | ❖ Formación<br>❖ Extensión<br>❖ Contracción<br>❖ Disolución                           |
| Crisis normativa                    | Ciclo vital de la familia que se esperan que sucedan y son parte del proceso de crecimiento y desarrollo. | Situación        | ❖ Matrimonio<br>❖ Embarazo<br>❖ Nacimiento del primer hijo<br>❖ Jubilación<br>❖ Otros |
| Crisis Paranormativa                | Acontecimientos no esperados y que no tienen relación con el ciclo vital.                                 | Situación        | ❖ Incremento<br>❖ Desmembramiento<br>o<br>❖ Desmoralización<br>❖ Desorganización      |

## RESULTADOS

### OBJETIVO No.1

#### Describir las Constantes Biológicas de la Familia.

1. En relación a la Ocupación de las Personas Encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe del total de los habitantes el 25.4% eran empleados u obreros, el 1.4% jornaleros, el 10.1% trabajaba por cuenta propia, 1% ejercían funciones de Patrón, 1.5% eran trabajadores sin pago, 3% eran Miembros de Cooperativas, el 23.2% eran Desempleados y el 38% de los habitantes no aplicaban por ser menores de edad o personas geriátricas. (Ver Tabla No.1.)

2. En relación a la Escolaridad de una Muestra de 2669, el 10.2% eran Analfabetos, 1.3% alfabetizados, 6.7% en edad preescolar, el 23.7 en primaria de 1er -3er grado, el 20.8% en primaria de 4to-6to grado, secundaria sin terminar el 22.2%, secundaria terminada el 3.7%, técnico o universitario terminada el 1.5%, técnico o universitario sin terminar el 1.2%, y no aplicaban el 2.6% (Ver Tabla No.2)

3. En relación al Sexo, en Villa Virgen de Guadalupe del total de habitantes que es de 2669, el Sexo Masculino represento el 56.7% (1512) y el Sexo Femenino 43.3% (1157). (Ver Tabla No.3).

4. En relación al Grupo Etario, del total de habitantes de 2669, menores de 1 año representan el 4.3% (115), de 1 año a 14 años el 38.3% (1022), de 15-29 años 30.2% (807), de 30-44 años el 17.4% (465), de 45-59 años el 7% (187), de 60-74 años el 2.1% (57%) y de 75 años o más el 5%(16 personas). (Ver Tabla No.4).



5. En relación al Control Prenatal (CPN) Actualizado en embarazadas, existe un porcentaje de 20.6% de mujeres gestantes, donde el 1.4% tiene un CPN actualizado y un 19.3% no lo tienen. (Ver tabla No.5).
6. En relación a la utilización de Métodos de Planificación Familiar el estudio arrojó que solamente el 10% de las habitantes utilizan métodos de planificación mientras que un 15.5% no lo hace. (Ver tabla No.6).
7. De acuerdo al control de VPCD en niños menores de un año el 3.3% no lleva un control de vacunas y el 1.4% si lo hace. (Ver tabla No.7).
8. En relación al Grupo Dispensarial de los pobladores el 78.6% se encuentra en el grupo I, el 11.6% en el grupo II, el 9.3% en el grupo III y finalmente un 0.5% en el Grupo IV. (Ver tabla No.8).

## **OBJETIVO No.2.**

### **Identificar las Características Higiénico-Sanitarias.**

En relación a Identificar las características Higiénico-Sanitarias de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe obtuvimos los siguientes resultados:

1. En relación al Hacinamiento del total de Casas Participantes (553 casas), el 32.5% tienen Hacinamiento (180 casas) y el 67.5% no tienen Hacinamiento (373 casas). (Ver Tabla 9)
2. En relación al Riesgo de Accidente de las casas participantes de un total de 553 casas, de origen natural fueron el 19.4% (107 casas), de origen meteorológico el 19% (105 casas), de origen biológico el 12.5% (69 casas) y de origen social el 49.2% (272 casas). (Ver Tabla 10.).

3. En relación a los Factores Medioambientales, el 2.5% de las casas tienen buena ventilación (15 casas), el 7.1% tienen iluminación (39 casas), el 11.2% (62 casas) hay ruido, el 24.1% (133) hay presencia de vectores y roedores, el 44.1% (244 casas) tienen vertederos o micro vertederos, y el 10.8% no aplicaron (60 casas). (Ver Tabla 11).

4. En relación al tipo de combustible para cocinar en las casas, el 95.1% (526 casas) hacen uso del gas licuado, el 3% de Kerosene (2 casas), el 3% de carbón (2 casas) y el 4.1. % (23 casas) hacen uso de la leña. (Ver Tabla 12).

5. En relación al Abastecimiento de Agua del total de casas participantes (553), el 100% tiene tubería de agua potable. (Ver Tabla 13).

6. En relación a la Calidad de Agua, el 86.4% (478 casas) afirmaron que era de buena calidad, el 13% (72 casas) de regular calidad, y el 6% (3 casas) afirmaron que era de mala calidad. (Ver Tabla 14).

7. En relación a la Electricidad, el 100% de las casas (553) afirmaron recibir el Servicio Eléctrico por parte de la Empresa generadora de Luz Eléctrica. (Ver Tabla 15).

8. En cuanto al Depósito de Excretas, el 16.8% (93 casas) lo hacen a través de la letrina o excusado,

El 83.2% (460 casas) lo hacen a través de inodoro conectado a la tubería de aguas negras. (Ver Tabla 16).

9. En relación al Depósito de Basuras, el 100% de las casas (553) afirmaron recibir el servicio del camión recolector de basuras por parte de la alcaldía de Managua. (Ver Tabla 17).

### **OBJETIVO No.3.**

#### **Analizar los Factores Socioeconómicos.**

En relación al Objetivo No.3 al analizar los factores socioeconómicos, los resultados demostraron lo siguiente en la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe:

1. La cultura sanitaria de las 553 casas participantes, afirmaron que el 67.6% (374) era buena, el 27.1% (150) era Regular y el 5.2% (29 casas) era mala. (Ver Tabla 18)

2. En relación al Carácter Psicosocial, de las 553 casas, el 88.6% (490 casas) afirmaron que era adecuada y el 11.4% (63 casas) afirmaron que era inadecuada. (Ver Tabla 19).

3. En relación a la Satisfacción de las Necesidades Básicas, el 86.9% (481 casas) afirmaron estar satisfechas con sus necesidades básicas, y el 13.1% (72 casas) afirmaron no estar satisfechos. (Ver Tabla 20).

### **OBJETIVO No.4.**

#### **Interpretar el Funcionamiento Familiar.**

En relación a Interpretar el Funcionamiento Familiar de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe, los resultados demostraron lo siguiente:

1. Del total de 553 casas participantes, el 18.9% era Grande (105 casas), el 44.8% (248 casas) eran Mediana y el 36.1% de las casas (200) eran pequeña. (Ver Tabla 21).

2. En relación a la Ontogénesis Familiar de las casas participantes (553), el 69.5% (383 casas) eran Nuclear, el 7.6% (43 casas) eran extensas o extendidas y el 22.9% de las casas (127 casas) eran Mixtas o Ampliadas. (Ver Tabla 22).

3. En relación a la Etapa del Ciclo Vital Familiar, de las 553 casas participantes, el 53.7% (297 casas) afirmaron estar en formación, el 30.3% (168 casas) están en extensión, el 10.4% (58 casas) están en contracción, el 2.8% de las casas (16) en disolución, el 2.1% (12 casas) en crisis normativa y el 3% (2 casas) no aplicaron. (Ver Tabla 23).

4. En cuanto a la Crisis Normativa Familiar, el estudio reveló, que el 47.3% (262 familias) existe una Unión Matrimonial, en el 2.5% (12 familias) hay Embarazo, en el 5.9% (33 familias) hubo nacimiento del Primer Hijo, el 13% (72 casos) hubo entrada del primer hijo a una institución infantil, el 3.6% (20 casos) de Jubilados y el 27.5% (172 casas) no aplicaron. (Ver Tabla 24.).

5. En relación a la Crisis Paranormativa Familiar de las casas participantes, resultó lo siguiente: el 28.7% (159 casos) están por el incremento, el 13.4% (74 casos) por el desmembramiento, el 6.1% de los casos (34) por la desmoralización, el 8.9% por la desorganización (49 casos) y no aplican el 42.9% (237 casos). (Ver Tabla 25).

## CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo concluimos que:

1. El género con mayor participación en nuestro estudio fue el Masculino con un 56.7%.
2. Entre las ocupaciones de la comunidad resaltan los empleados/Obreros que corresponden al 25.4% de la población, los cuales realizan la labor de reciclaje en la planta de reciclaje.
3. En relación a la Escolaridad un porcentaje de 91.1% del total de la población son capaces de leer y escribir, de los cuales 2.7% logro recibir un nivel de educación superior, y el 2.6% correspondiente al no aplican incluye a los menores en edad insuficiente para ingresar al preescolar.
4. Entre la población el 4.3% son niños menores de un año los que nos da referencia del porcentaje de nacimientos y embarazos por año en esta comunidad aproximadamente equivalente a 115 nacimientos por año.
5. El factor de riesgo a la salud e integridad personal que más afecta a esta población es el de origen social, es decir vinculado con el riesgo a pandillas, asaltos, discusiones y agresiones entre vecinos, siendo un porcentaje igual a 49.2% del total de las casas encuestadas los que consideran que este es el factor de riesgo más marcado en su comunidad.
6. Los factores naturales que atentan con la salud de esta población tan vulnerable, nos muestra en valores numéricos de 44.15% (244) los cuales refieren que el principal factor agresor para su salud es la presencia del propio vertedero, donde condenan ser la principal causa de propagación de enfermedades transmitidas por vectores y el propio aire que respiran.
7. El 13.1% de los hogares que consideramos con las necesidades básicas insatisfechas corresponden a lo población que refirió debilidades en los sectores educación: ya que al momento del trabajo de campo la escuela provista para la población aún no estaba inaugurada, y en el sector salud del cual consideran es muy pequeño para atender las demandas de esta población, la cual tiene que movilizarse hacia el Centro de salud Francisco Morazán para recibir el servicio de salud.



## RECOMENDACIONES

### 1. A la alcaldía:

- Colocar depósitos de basura en las calles del barrio Villa Virgen de Guadalupe.
- Dar mantenimiento a los manjoles para evitar que se derramen.
- Realizar campañas de reforestación en el barrio Villa Virgen de Guadalupe.

### 2. A la policía:

- Fortalecer la seguridad ciudadana para evitar actos de violencia en la comunidad.

### 3. Al ministerio de Salud:

- Aumentar el personal médico del centro de salud del barrio Villa Virgen de Guadalupe, para responder a las necesidades de salud de la población.
- Establecer jornadas de abatización regularmente para erradicar con la presencia de vectores transmisores de enfermedades.
- Implementar jornadas de vacunación canina, para evitar infecciones como la rabia.
- Promover la desratización en la comunidad para evitar los casos de Leptospirosis.
- Implementar campañas de fumigación para erradicar con el mosquito transmisor del dengue.
- Promover campañas de educación sexual y uso debido de anticonceptivos a jóvenes y/o adolescentes del barrio Villa Virgen de Guadalupe.
- Fomentar la asistencia regular de mujeres embarazadas a su control prenatal y planificación familiar.
- Implementar charlas educativas sobre el control de las enfermedades crónicas.

- Que el centro de salud base (Francisco Morazán) se involucre en las actividades del programa de prácticas Médicas Comunitarias en la comunidad de Villa Virgen de Guadalupe.

#### **4. A la población.**

- Promover el aseo personal, domiciliario y del barrio.
- Promover el respeto a la propiedad privada.

#### **5. Al Programa de Prácticas Médicas Comunitarias.**

- Elaborar una normativa del Diagnóstico Médico Comunitario.
- Por la multiplicidad de sus variables en la Ficha Familiar elaborada por el Ministerio de Salud proponer un Análisis Factorial Comunitario que nos permita valorar el impacto del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).
- Elaborar indicadores para calificar el riesgo comunal que nos permita evaluar los procesos, los resultados y el impacto del Diagnóstico Comunal y del Plan de Intervención en Salud.



## PLAN DE INTERVENCIÓN EN SALUD

Toda intervención se realice mediante la organización de un comité que solidifique estrategias planteadas en beneficio a la comunidad o una área determinada, sabemos que en Barrio Villa Virgen de Guadalupe posee un alto índice de vulnerabilidad demográfica, social, en salud y se necesita saber dónde hay que interferir, para poder mejorar sus necesidades; para eso debemos saber:

- ✓ La complejidad del problema que se le presenta
- ✓ Las diversas posturas que se encuentran en la sociedad
- ✓ La necesidad de la defensa de los derechos del hombre
- ✓ LA necesidad de valorar el problema en forma transdisciplinaria, la problemática económica y los recursos de salud.
- ✓ Planteos religiosos
- ✓ Las estructuras publicas

Su principal función es la de brindar información, y no tomar decisiones sino proporcionar las debidas recomendaciones que se deben aplicar; la opinión de la comunidad sobre las posibles medidas a sugerir son de vital importancia para el progreso de la misma comunidad.

## PLAN DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL BARRIO VILLA VIRGEN DE GUDALUPE.

- ✚ Aguas servidas en las calles.
- ✚ Reforestación de aéreas principales
- ✚ Cauce estancado por basura.
- ✚ Parques mejorar sus condiciones.



| <b>Fecha</b>       | <b>Actividades a realizar</b>   | <b>Objetivos</b>  |
|--------------------|---|---|
| Septiembre         | Realizar jornada de limpieza en las casas para eliminar los criaderos de zancudos.                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir epidemias de dengue dentro de la comunidad.</li> <li>• Brindar información a la población sobre las formas de prevención del dengue y la importancia de ponerlas en práctica.</li> <li>• Que la población reconozca los signos y síntomas principales de la enfermedad para que puedan acudir a tiempo al puesto de salud.</li> </ul> |
| Septiembre         | Realizar jornada de Reforestación en la comunidad.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente agradable en la comunidad.</li> <li>• Conocer la importancia que tiene la siembra de árboles y los beneficios que estos nos brindan.</li> <li>• Prevenir la contaminación ambiental.</li> </ul>  |
| Permanente         | Realizar jornada de vacunación para los niños que no cumplen con el esquema de vacunas.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir o erradicar la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles en la comunidad.</li> <li>• Promover la práctica de la vacunación en las familias.</li> <li>• Conocer la importancia de cumplir con el esquema de vacunación en los niños.</li> </ul>  |
| Septiembre-Octubre | Brindar charlas en la escuela sobre temas como: Higiene personal, lavado de manos, pediculosis y alimentación sana. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los niños reconozcan la importancia de una buena higiene personal.</li> <li>• Promover la práctica de medidas higiénicas en la escuela, la casa y la comunidad.</li> <li>• Prevenir enfermedades causadas por mala práctica de medidas higiénicas.</li> </ul>  |

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| Octubre-Noviembre | Brindar Charlas sobre Salud sexual y reproductiva.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>• Disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes.</li> </ul>   |
| Noviembre         | Realizar Feria de Salud en el sector La Chureca.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar atención médica a todas las personas que lo necesiten.</li> <li>• Conocer los principales padecimientos de las persona dentro de la comunidad para poder darles seguimiento.</li> <li>• Promover la atención médica gratuita.</li> </ul> |
| Noviembre         | Realizar Feria de Salud en el sector El Albergue.   |   |
| Noviembre         | Hacer una carta dirigida al MINSA para que se disponga de más recurso tanto humano como material en el puesto de salud. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar una atención de calidad a lo población del barrio Villa virgen Guadalupe.</li> <li>• Ganar la confianza de las personas para que asistan a tiempo al puesto de salud.</li> </ul>   |

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Alarcón Ana Luisa, Miranda Gloria y Palacios Nohemy. Diagnóstico Comunitario en Salud. Asentamiento Lagos de Occidente .Popayán 2005
- 2. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud. Gobierno de la Republica de Nicaragua 2007.
- 3. ArchivoHistórico de Villa Guadalupe. Biblioteca de la Comunidad 2012.
- 4. Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH Program Public Health Rev. 2002;30 (1-4).
- 5. Kark. SL. The practice of community-oriented primary health care. New York. Appleton-Century-Croft. 1981.
- 7. Longlett Sk. Krause JE. Wesley RM. Community-Oriented Primary care: critical assessment and implications for resident educations. J. Am Board Fam Pract. 2001;14(2);141-7.
- Ann Fam Med. 2004;2.
- 10. Garcia JC. La educación médica en America Latina. Washington D.C: OPS 1972.
- Publicación Científica 255.
- 11. Braveman PA. Mora F. Training Physicians for community-oriented primary care in Latin America: model programs in México, Nicaragua and Costa Rica. Am J. Public-Health .1987;77(4):485-90.
- 14. Ventres W, Hale F. Community-oriented primary care the Cuban plan. J. Am. Med Assoc. 1993;270(13);1548
- 15. Dresang LT, Breberick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. Family Medicine in Cuba; community –oriented primary care and complementary and alternative medicine. J Am Board Fam Pract. 2005;18 (4):297-303

- 16. Perry H, Robinson N, Chaves D, Taja O, Hilari C, Shanklin D, et al, Attaining health for all through community partnerships principles of the census-based, impact-oriented approach to primary health care developed in Bolivia. South America. Soc Sci Med. 1999;48(8); 1053-67.
- 17. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas Washington. DC: OPS 2005.
- 18. Abramson JH. Community-oriented primary care. Strategy, approaches and practice a review. Public Health Rev. 1988;16 (1-2):35-98
- 19. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience three decades of services, research and training in community-oriented primary care. Am J Public Health. 2002;92(11);1717-21.
- 20. Geiger HJ. Community-oriented primary care: a path to community development. Am J Public Health 2002;92(11):1713-21.
- 21. Rhyne RL, Hertzman PA. Pursuing community-oriented primary care in a Russian closed nuclear city: the Sarov-Los Alamos Community Health Partnership. Am J Public Health . 2002;92(11) 1740-2.
- 22. Castro Sonia. Ministra del Poder Ciudadano para la Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Exposición en el Diplomado Fortalecimiento de la Calidad Educativa en Nicaragua. Módulo 1. Tema 5. Julio 2013
- 23. PRACTICAS MEDICAS COMUNITARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
- UNAN-MANAGUA. Reporte de Evaluación de las PPMCC. Año 2012.

## **ANEXOS**

### **Anexo No.1**

- Esquema de localización de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe.
- Esquema de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe.

### **Anexo No.2**

Ficha de Salud Familiar, MINSA.

### **Anexo No. 3**

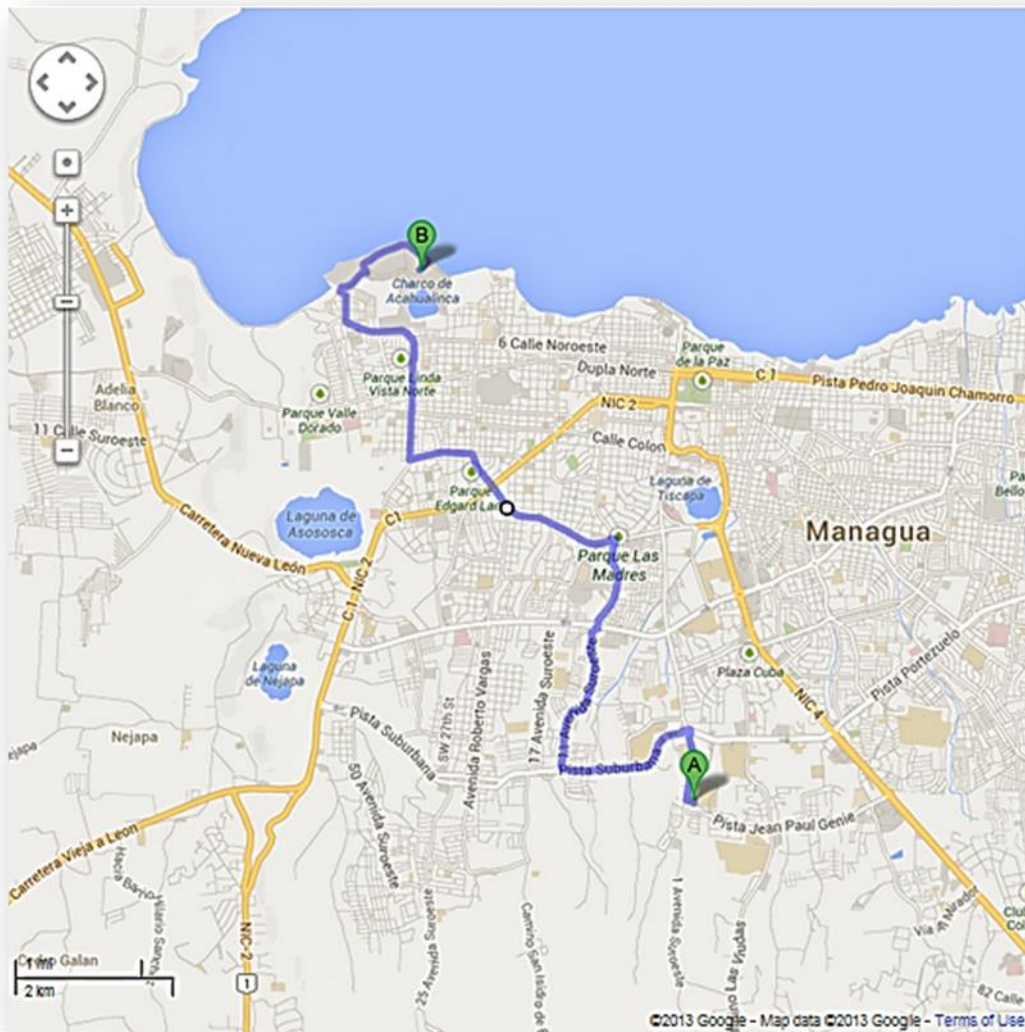
Cuadros y Gráficos.

### **ANEXO No. 4**

Galería de Fotos

## ANEXO 1

### Esquema de localización de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe



**A** National Autonomous University of Nicaragua  
UNAN-Managua, Managua, Nicaragua

**B** La Chureca  
Bajos de Acahualinca, Managua, Nicaragua



uema de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe



# ANEXO 2 FICHA DE SALUD FAMILIAR



MINISTERIO DE SALUD  
HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Barrio o comunidad: \_\_\_\_\_  
 No. de vivienda según croquis: \_\_\_\_\_ Familia No.: \_\_\_\_\_  
 Dirección o referencia exacta de la vivienda: \_\_\_\_\_  
 Nombre de quien dirige la visita: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Fecha de Visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| I. INFORMACION DE LA FAMILIA             |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
|--|--|-------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------------|-----------------|---------------|------------------------|-----------------------------------|----|
| Cod. Persona                             | Nombre y Apellidos                               | Fecha. Nacimiento | Edad               | Etnia                 | Sexo                      | Escolaridad             | Ocupación    | Embarazada con CPN actualizado |                 | MEF / PF      | < 1 a VPCD Actualizado | Factores de Riesgo / Enfermedades | CD |
| 1  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              | SI                             | NO              | SI            | NO                     |                                   |    |
| 2  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 3  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 4  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 5  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 6  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 7  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 8  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 9  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| 10                                       |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| II. CARACTERISTICAS HIGIENICO-SANITARIAS |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| Fecha                                    | Hacinamiento                                     | Animales Domést.  | Riesgo Accidentes  | Facto Medio Amb       | Combustible Cocinar       | Abasteci. Agua (Fuente) | Calidad Agua | Electricidad                   | Depos. Excretas | Depos. basura |                        |                                   |    |
|  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| III. FACTORES SOCIOECONOMICOS            |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| Fecha                                    | Caract. Estruct. Vivienda (piso, techo, paredes) |                   | Cultura Sanitaria  | Caract. Psicosociales | Satisfacción Nec. Básicas |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
|  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| IV. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR              |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| Fecha                                    | Tamaño   | Ontogénesis       | Etapas Ciclo Vital | Crisis Normativa      | Crisis Paranormativa      |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
|  |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |
| OBSERVACIONES                            |  |                   |                    |                       |                           |                         |              |                                |                 |               |                        |                                   |    |



### ANEXO 3

**Tabla No.1**

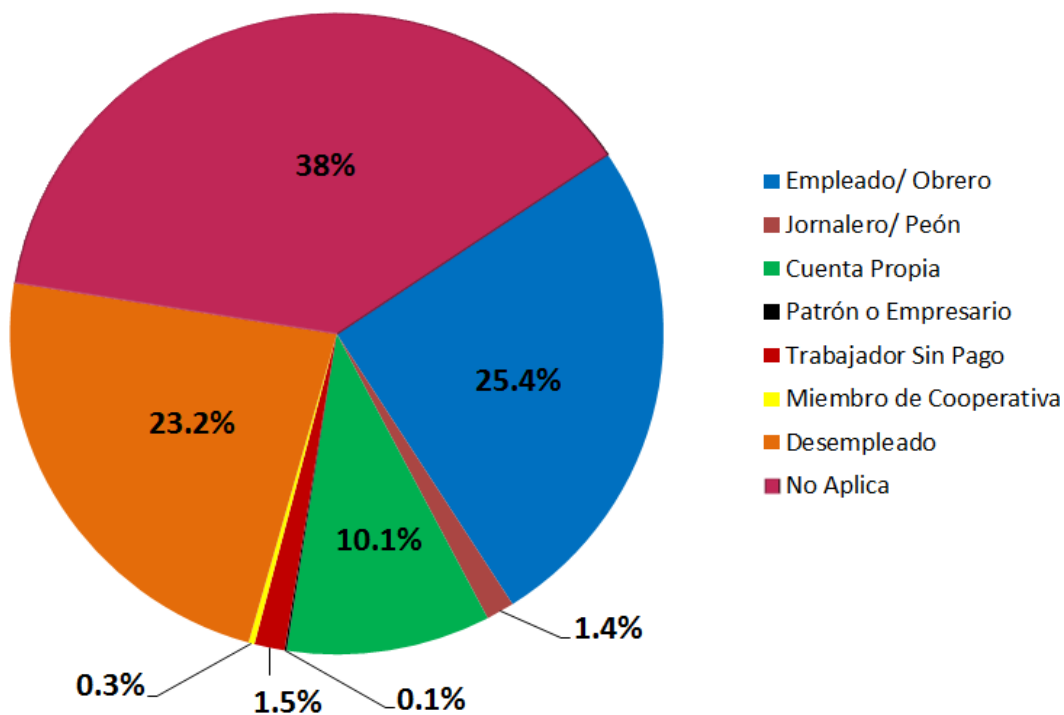
Ocupación de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Ocupación                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|------------|------------|----------------------|
| Empleado/ Obrero            | 679        | 25.4       | 25.3                 |
| Jornalero/ Peón             | 37         | 1.4        | 26.6                 |
| Cuenta Propia               | 270        | 10.1       | 36.7                 |
| Patrón o Empresario         | 2          | .1         | 36.8                 |
| Válidos Trabajador Sin Pago | 39         | 1.5        | 38.2                 |
| Miembro de Cooperativa      | 9          | .3         | 38.5                 |
| Desempleado                 | 619        | 23.2       | 61.6                 |
| No Aplica                   | 1014       | 38.0       | 100.0                |
| Total                       | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.1**

Ocupación de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013



Fuente: Tabla No.1

**Tabla No.2**

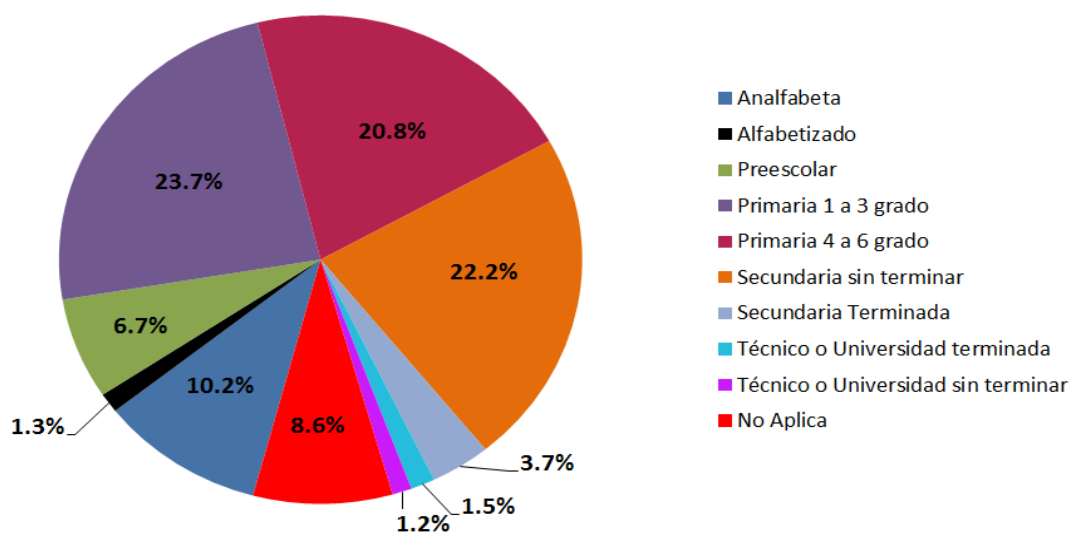
Escolaridad de la persona encuestada de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Escolaridad                        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Analfabeta                         | 273        | 10.2       | 10.1                 |
| Alfabetizado                       | 35         | 1.3        | 11.4                 |
| Preescolar                         | 180        | 6.7        | 18.1                 |
| Primaria 1 a 3 grado               | 632        | 23.7       | 41.6                 |
| Primaria 4 a 6 grado               | 555        | 20.8       | 62.2                 |
| Secundaria sin terminar            | 593        | 22.2       | 84.2                 |
| Secundaria Terminada               | 100        | 3.7        | 87.9                 |
| Técnico o Universidad terminada    | 39         | 1.5        | 89.3                 |
| Técnico o Universidad sin terminar | 32         | 1.2        | 90.5                 |
| No Aplica                          | 230        | 8.6        | 100.0                |
| Total                              | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.2**

Escolaridad de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013



Fuente: Tabla No. 2

**Tabla No.3**

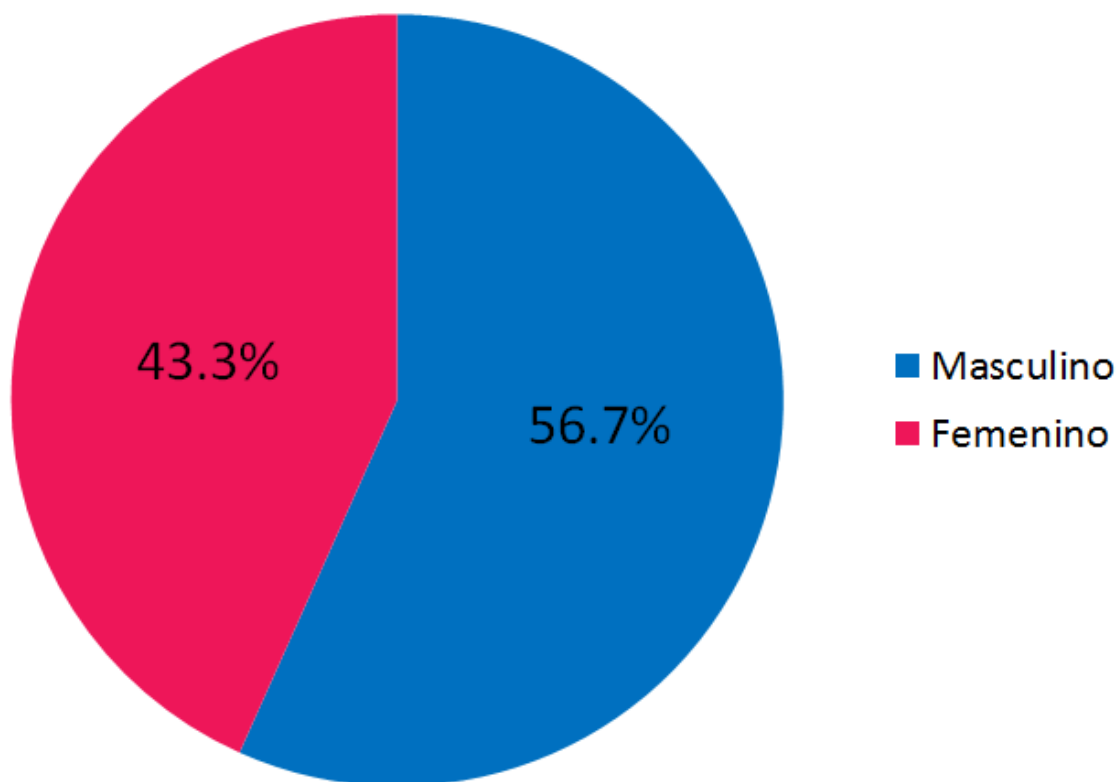
Sexo de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Sexo             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|
| Masculino        | 1512       | 56.7       | 56.7                 |
| Válidos Femenino | 1157       | 43.3       | 100.0                |
| Total            | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.3**

**Sexo de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.3

**Tabla No.4**

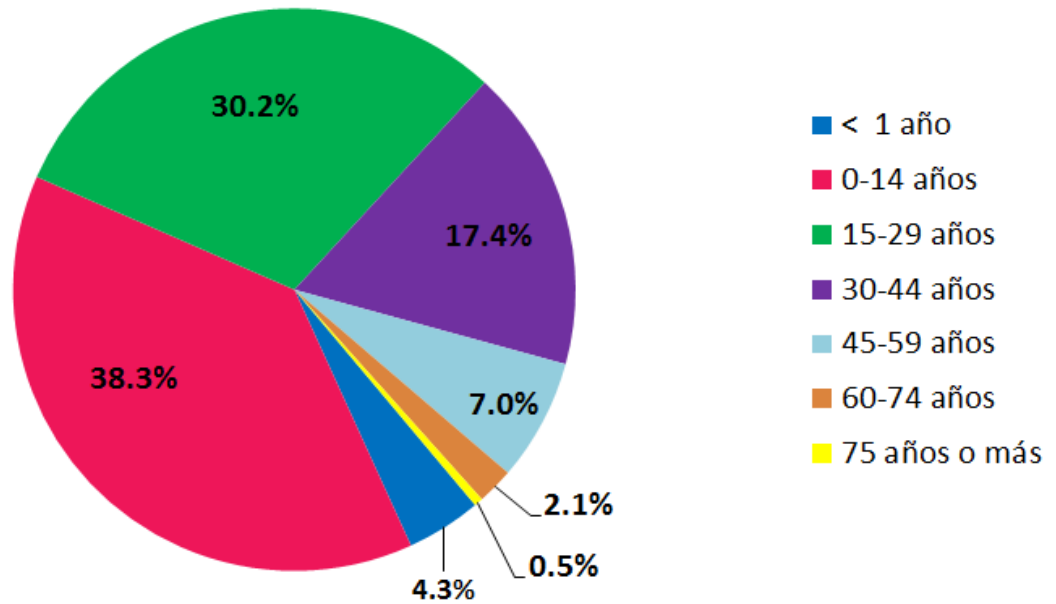
Edad de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen  
Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Edad               | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|----------------------|
| < 1 año            | 115        | 4.3        | 4.3                  |
| 0-14 años          | 1022       | 38.3       | 42.6                 |
| 15-29 años         | 807        | 30.2       | 72.8                 |
| 30-44 años         | 465        | 17.4       | 90.2                 |
| Válidos 45-59 años | 187        | 7.0        | 97.2                 |
| 60-74 años         | 57         | 2.1        | 99.4                 |
| 75 años o más      | 16         | .5         | 100.0                |
| Total              | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico  
No.4**

Edad de las personas encuestadas de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe  
en el primer semestre del año 2013



Fuente: Tabla No.4

**Tabla No.5**

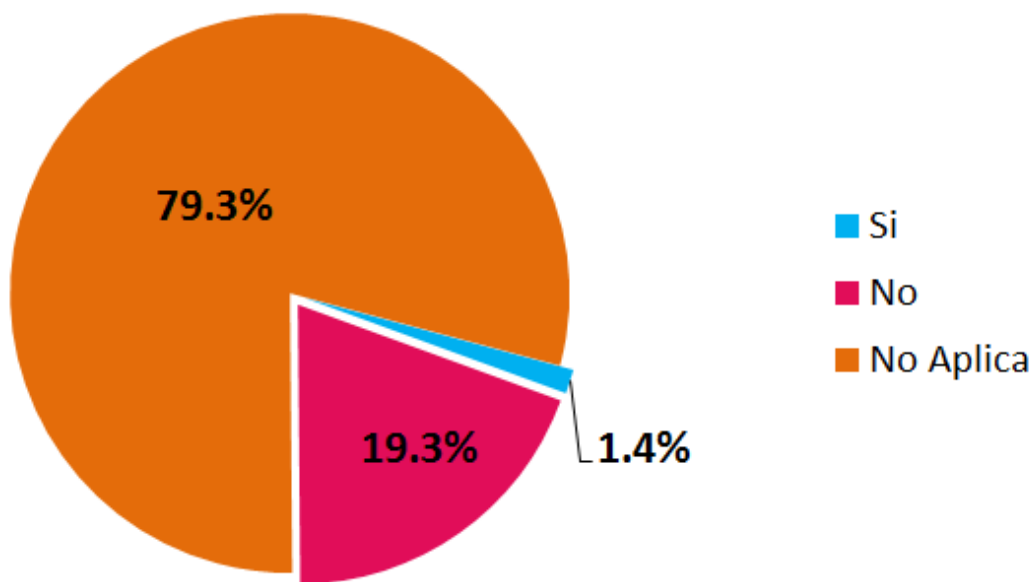
**Embarazadas con Control Prenatal Actualizado en la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**

| Embarazadas con CPN actualizado | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Si                              | 38         | 1.4        | 1.4                  |
| No                              | 515        | 19.3       | 20.6                 |
| No Aplica                       | 2116       | 79.3       | 100.0                |
| Total                           | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.5**

**Embarazadas con Control Prenatal Actualizado en la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.5



**Tabla No. 6**

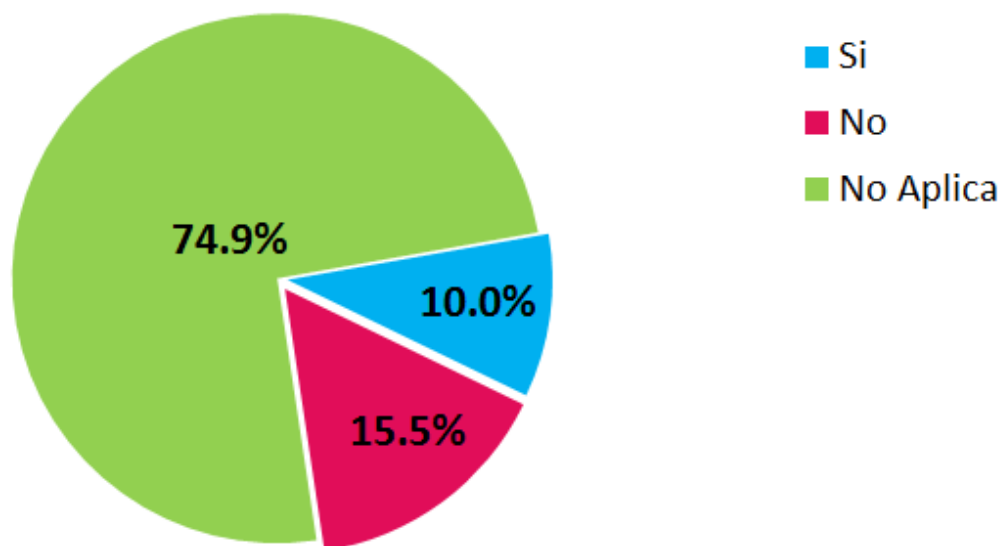
Utilización de Métodos de Planificación Familiar en mujeres de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Utilización de Métodos de Planificación Familiar | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|----------------------|
| Si   | 267        | 10.0       | 10.0                 |
| No   | 414        | 15.5       | 25.5                 |
| No Aplica  | 1988       | 74.9       | 100.0                |
| Total  | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.6**

**Utilización de Métodos de Planificación Familiar en mujeres de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.6

**Tabla No.7**

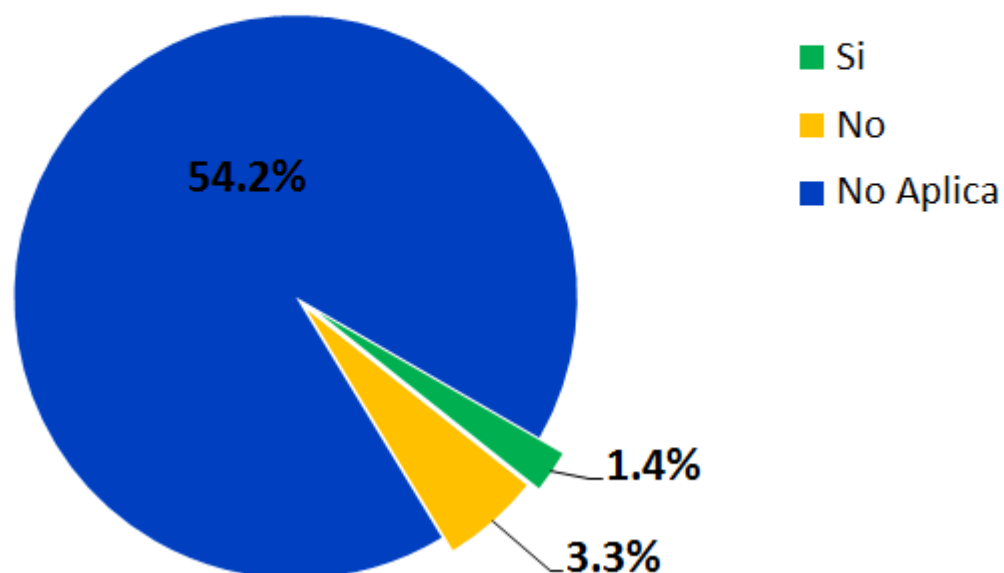
Control de VPCD en niños menores de un año en la Comunidad de Villa virgen  
Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Control VPCD en niños menores de 1 año | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|----------------------|
| Si                                     | 64         | 1.4        | 2.4                  |
| No                                     | 51         | 3.3        | 8.0                  |
| No Aplica                              | 2554       | 54.2       | 100.0                |
| Total                                  | 2684       | 59.0       |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No. 7**

**Control de VPCD en niños menores de un año en la  
Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre  
del año 2013**



Fuente: Tabla No.7

**Tabla No. 8**

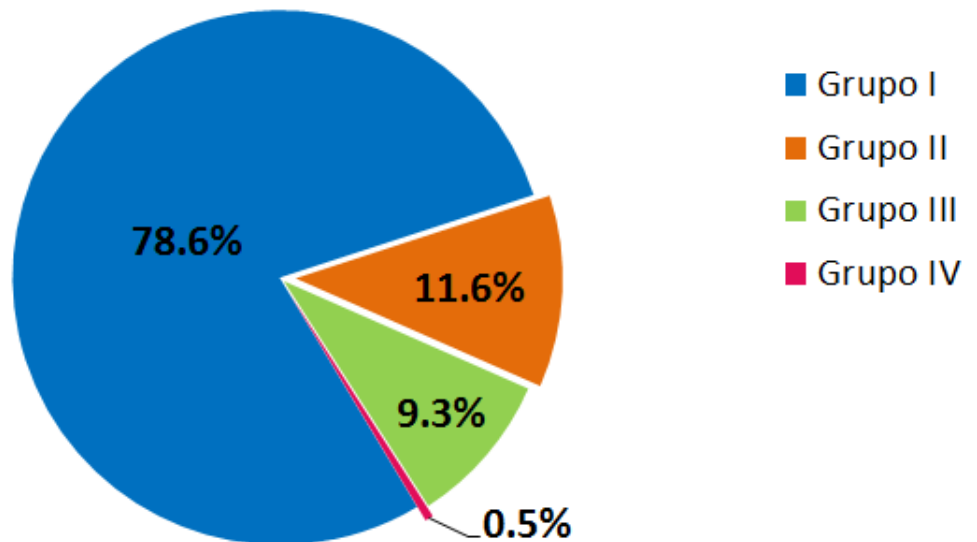
Grupo Dispensarial de las personas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Grupo Dispensarial | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|----------------------|
| Grupo I            | 2098       | 78.6       | 81.4                 |
| Grupo II           | 310        | 11.6       | 90.2                 |
| Válidos Grupo III  | 248        | 9.3        | 99.5                 |
| Grupo IV           | 13         | .5         | 100.0                |
| Total              | 2669       | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.8**

**Grupo Dispensarial de las personas participantes en el estudio de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.8

**Tabla No.9**

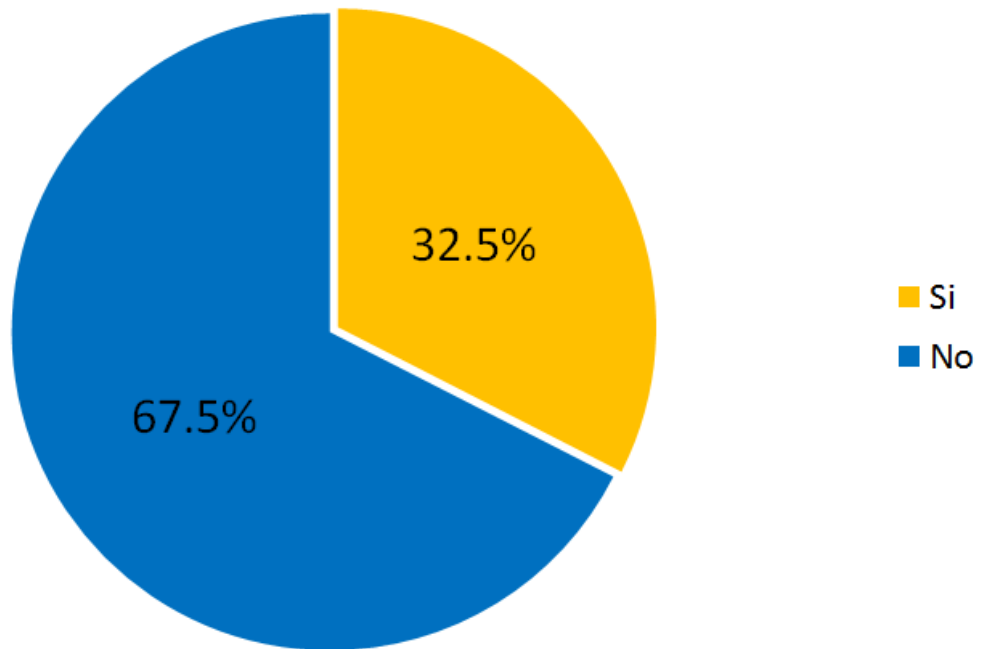
Hacinamiento en las casa participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Hacinamiento | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|----------------------|
| Si           | 180        | 32.5       | 32.5                 |
| Válidos No   | 373        | 67.5       | 100.0                |
| Total        | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.9**

**Hacinamiento en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.9

**Tabla No.10**

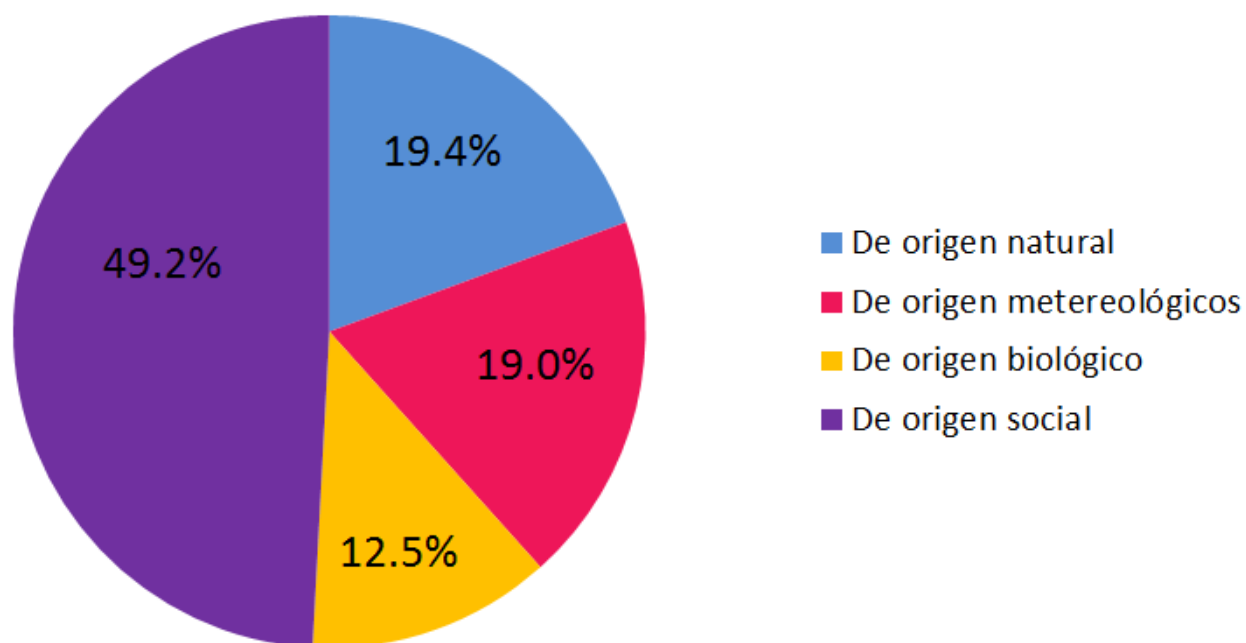
Riesgo de Accidente en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Riesgo de Accidente      | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|----------------------|
| De origen natural        | 107        | 19.4       | 19.4                 |
| De origen metereológicos | 105        | 19.0       | 38.4                 |
| De origen biológico      | 69         | 12.5       | 50.9                 |
| De origen social         | 272        | 49.2       | 100.0                |
| Total                    | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.10**

Riesgo de accidente en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013



Fuente: Tabla No.10

**Tabla No.11**

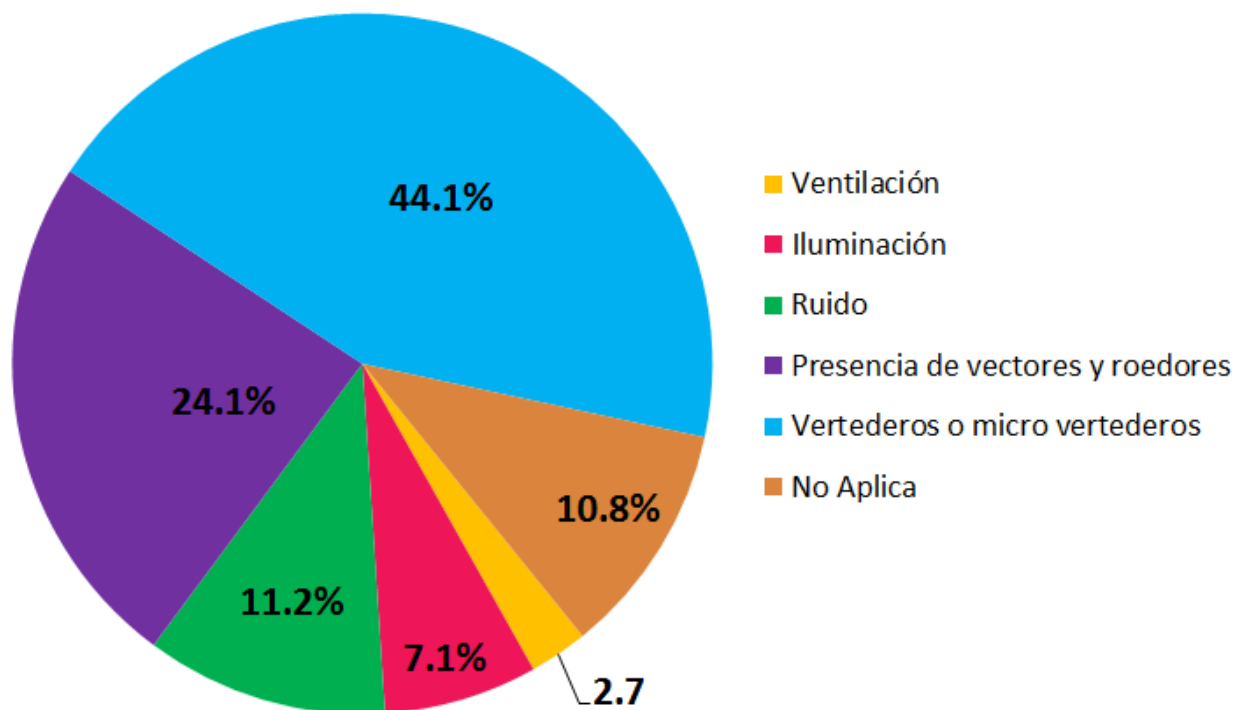
Factores Medio Ambientales de la Comunidad de Virgen Villa  
Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Factores Medio Ambientales       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Ventilación                      | 15         | 2.7        | 2.7                  |
| Iluminación                      | 39         | 7.1        | 9.8                  |
| Ruido                            | 62         | 11.2       | 21.0                 |
| Presencia de vectores y roedores | 133        | 24.1       | 45.1                 |
| Vertederos o micro vertederos    | 244        | 44.1       | 89.2                 |
| No Aplica                        | 60         | 10.8       | 100.0                |
| Total                            | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.11**

**Factores Medio Ambientales de la Comunidad de Virgen  
Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.11

**Tabla No.12**

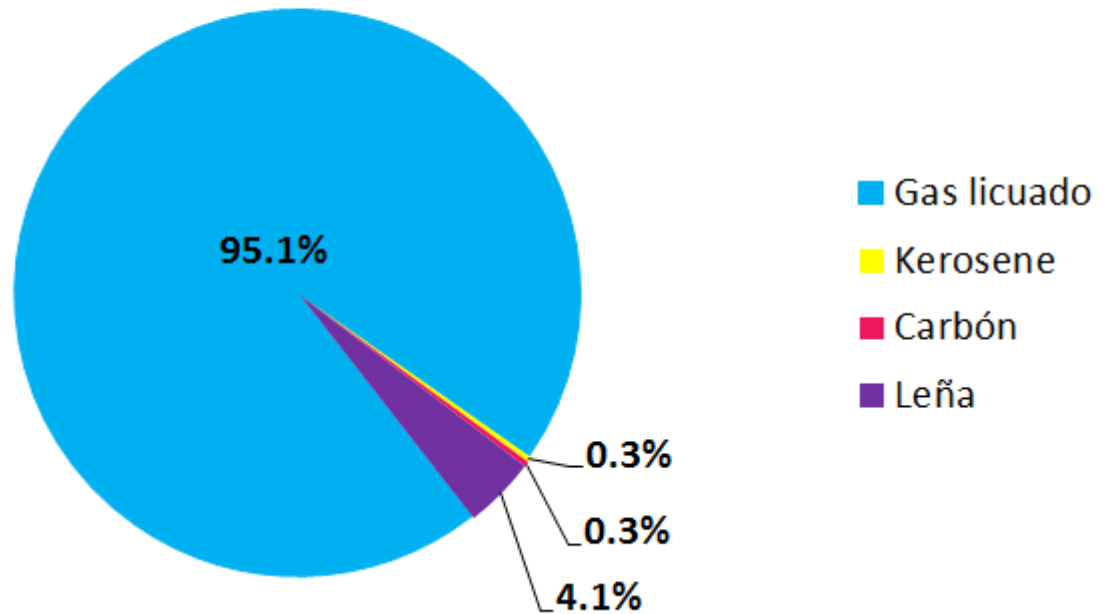
Combustible para cocinar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Combustible para cocinar | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos Gas licuado      | 526        | 95.1       | 95.1                 |
| Kerosene                 | 2          | .3         | 95.5                 |
| Carbón                   | 2          | .3         | 95.8                 |
| Leña                     | 23         | 4.1        | 100.0                |
| Total                    | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.12**

**Combustible para cocinar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.12

**Tabla No.13**

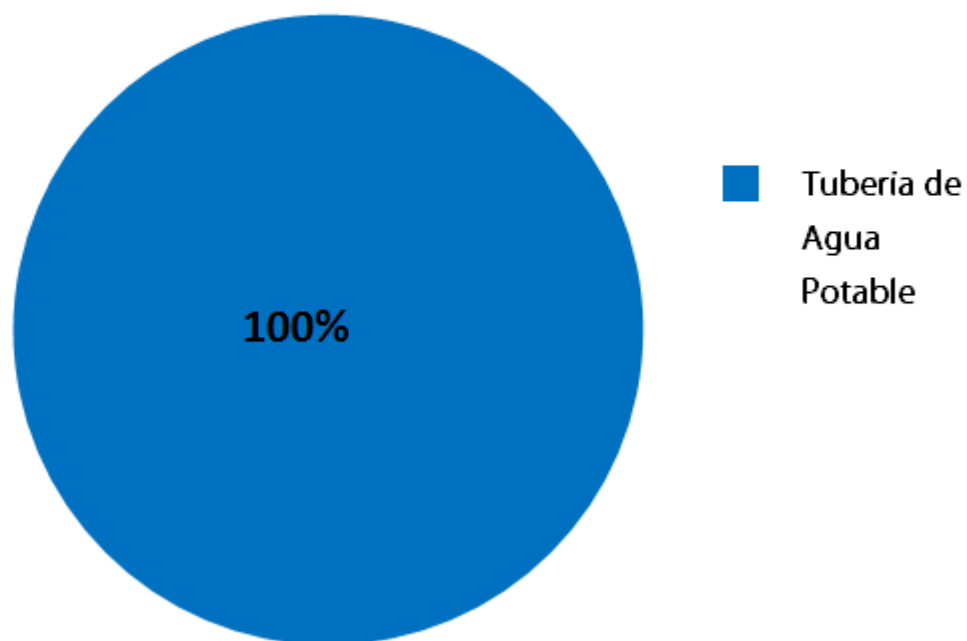
Abastecimiento de agua en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Abastecimiento de agua          | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos Tubería de agua potable | 553        | 100.0      | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.13**

**Abastecimiento de agua en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.13



**Tabla No.14**

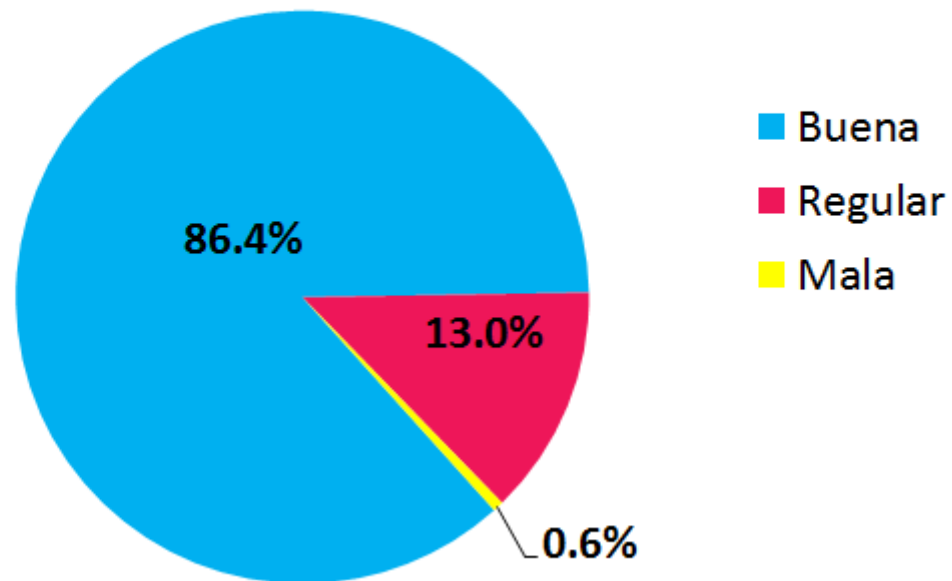
Calidad del agua en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Calidad del Agua | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|
| Buena            | 478        | 86.4       | 86.4                 |
| Regular          | 72         | 13.0       | 99.5                 |
| Mala             | 3          | .6         | 100.0                |
| Total            | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha Familiar de Recolección de Datos

**Gráfico No.14**

**Calidad del agua en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.14

**Tabla No. 15**

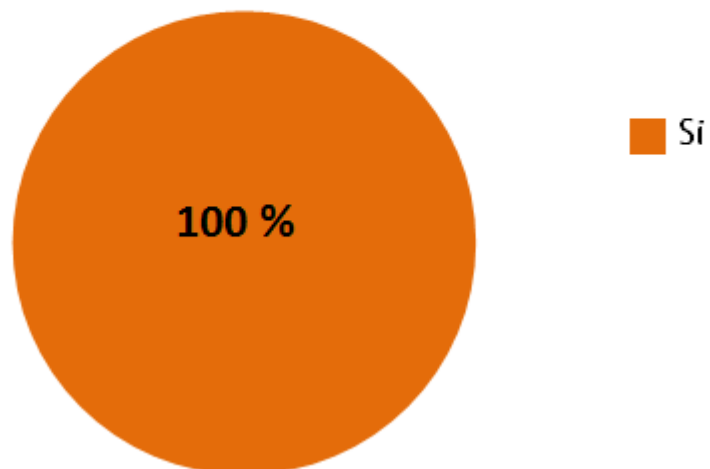
Electricidad en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Electricidad | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Si   | 553        | 100.0      | 100.0             | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.15**

**Electricidad en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No. 15

**Tabla No. 16**

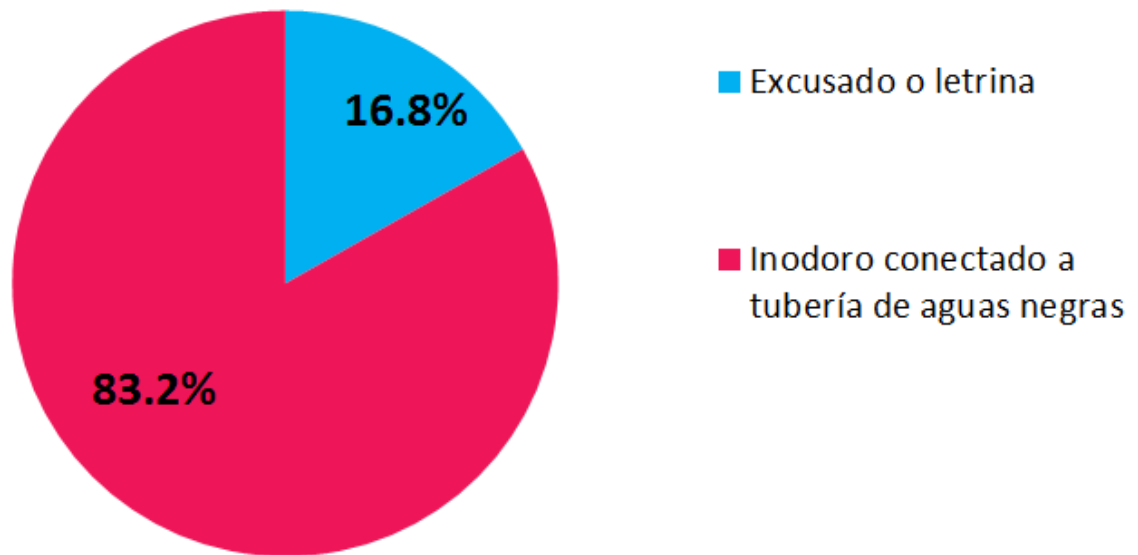
Depósito de excretas en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Depósito de Excretas                                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|----------------------|
| Excusado o letrina                                  | 93         | 16.8       | 16.8                 |
| Válidos Inodoro conectado a tubería de aguas negras | 460        | 83.2       | 100.0                |
| Total   | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**Gráfico No.16**

**Depósito de excretas en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.16

**Tabla No.17**

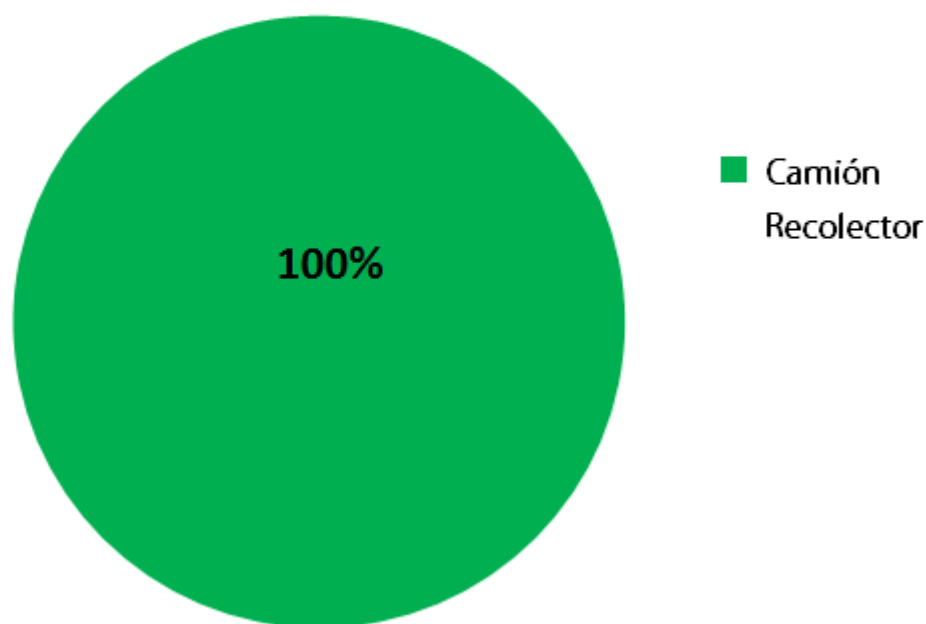
Depósito de basura en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Depósito de Basura        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos Camión recolector | 553        | 100.0      | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.17**

**Depósito de basura en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.17

**Tabla No.18**

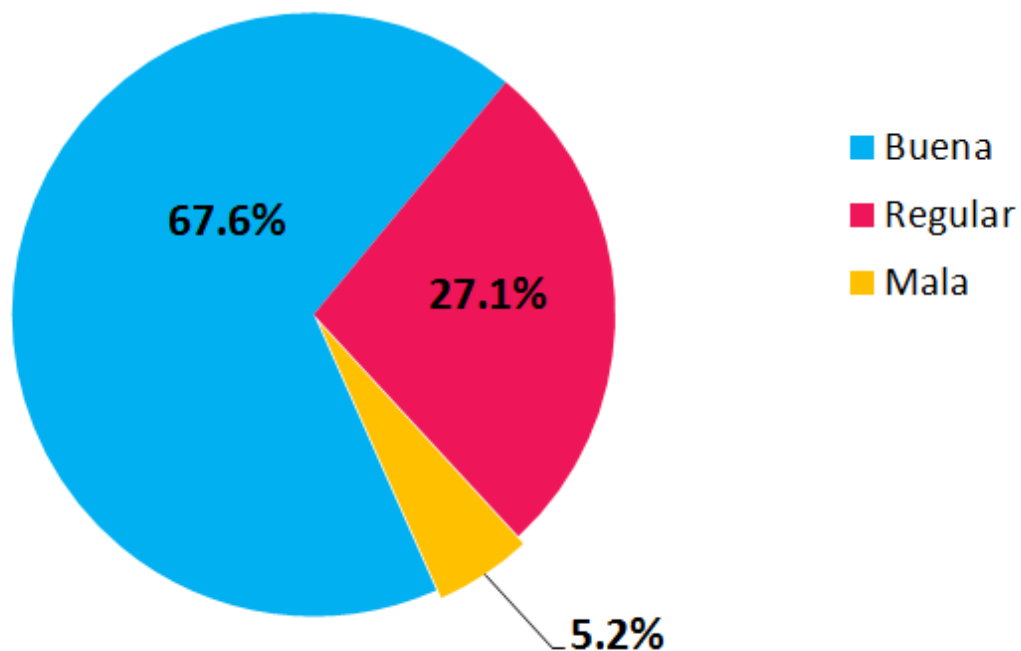
Cultura sanitaria en las casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Cultura Sanitaria | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos           | Buena      | 374        | 67.6                 |
|                   | Regular    | 150        | 27.1                 |
|                   | Mala       | 29         | 5.2                  |
|                   | Total      | 553        | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No. 18**

Cultura Sanitaria en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013



Fuente: Tabla No.18

**Tabla No.19**

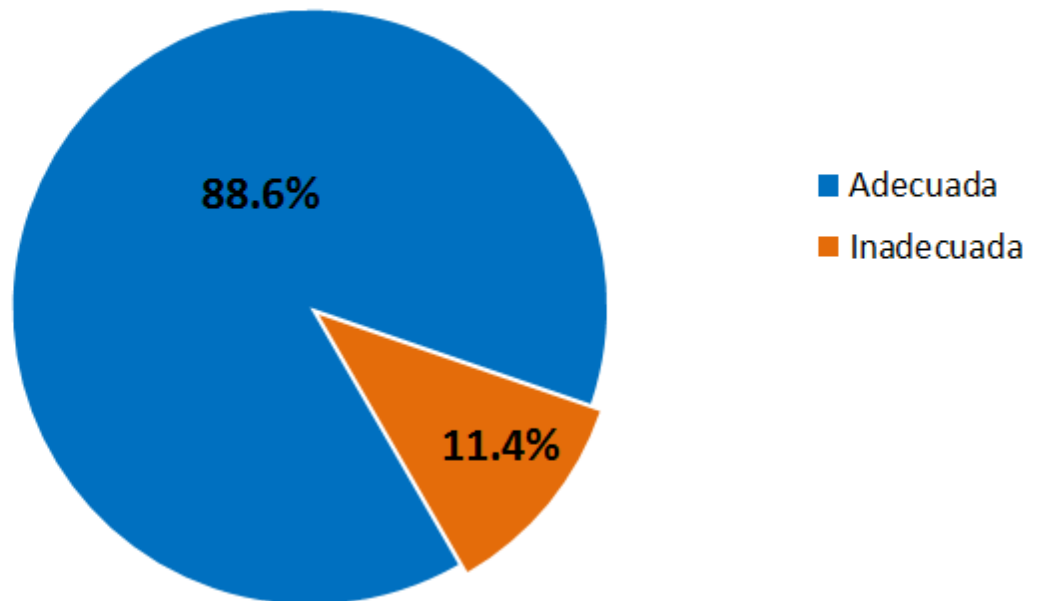
**Carácter psicosocial en casas participantes de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**

| Carácter Psicosocial | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|------------|----------------------|
| Adecuada             | 490        | 88.6       | 88.4                 |
| Válidos Inadecuada   | 63         | 11.4       | 100.0                |
| Total                | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.19**

**Carácter psicosocial en casas participantes de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.19

**Tabla No. 20**

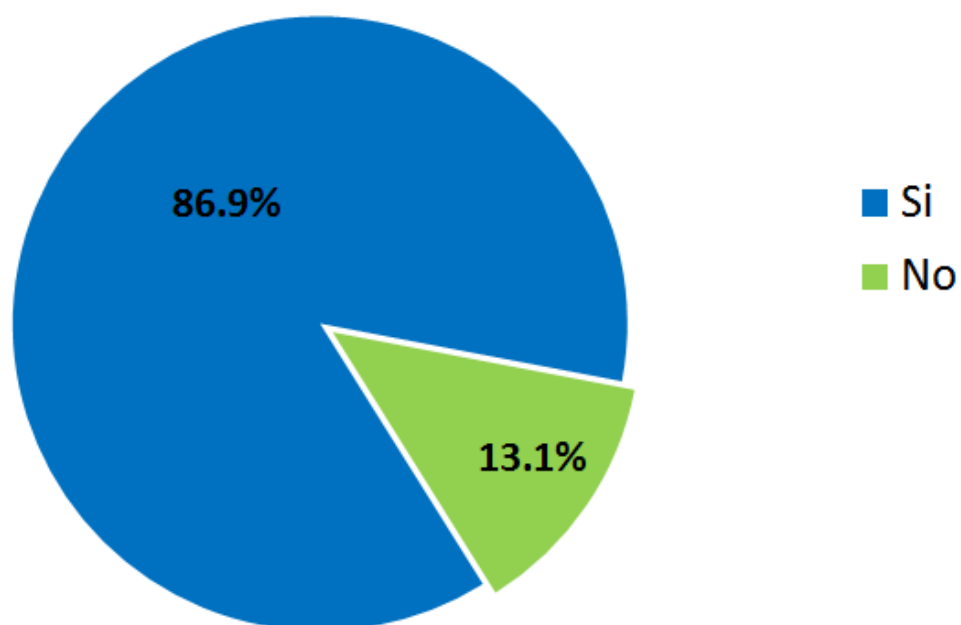
Satisfacción de necesidades básicas en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Satisfacción de Necesidades Básicas | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Si                                  | 481        | 86.9       | 86.9                 |
| Válidos No                          | 72         | 13.1       | 100.0                |
| Total                               | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.20**

**Satisfacción de Necesidades Básicas en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.20

**Tabla No.21**

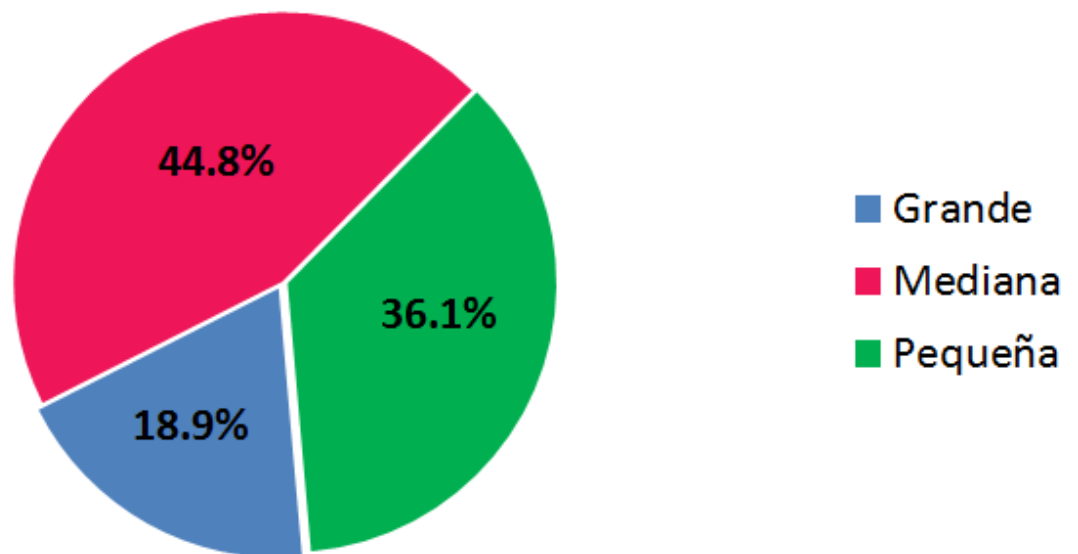
Tamaño familiar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Tamaño Familiar | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos         | Grande     | 105        | 18.9                 |
|                 | Mediana    | 248        | 44.8                 |
|                 | Pequeña    | 200        | 36.1                 |
|                 | Total      | 553        | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No.21**

**Tamaño Familiar en casas participantes en el estudio de la comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.21



**Tabla No. 22**

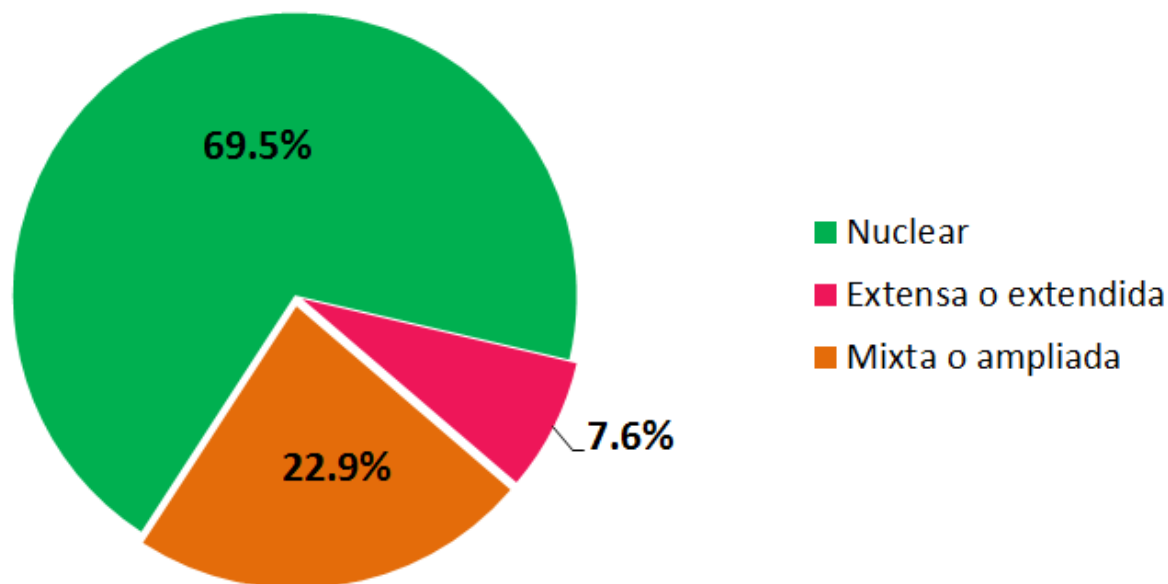
Ontogénesis Familiar de casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen  
Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Ontogénesis Familiar | Frecuencia          | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------------|---------------------|------------|----------------------|
| Válidos              | Nuclear             | 383        | 69.5                 |
|                      | Extensa o extendida | 43         | 7.6                  |
|                      | Mixta o ampliada    | 127        | 22.9                 |
|                      | Total               | 553        | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No. 22**

**Ontogénesis Familiar en casas participantes en el estudio de  
la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer  
semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.22

**Tabla No. 23**

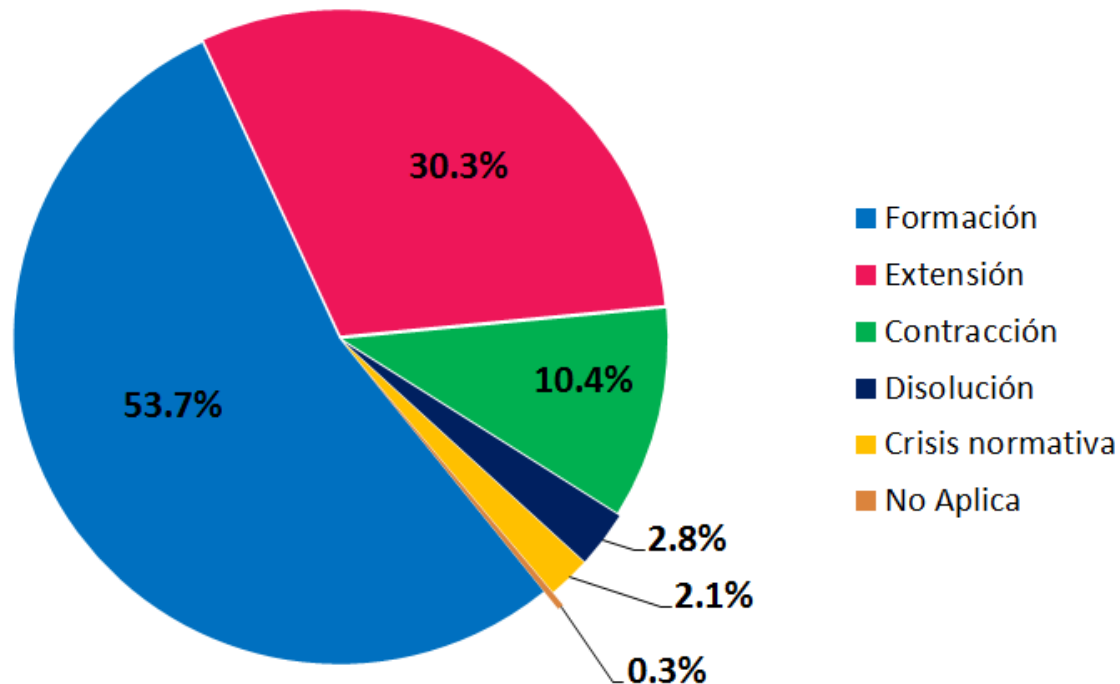
Etapa del ciclo vital familiar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Etapa del Ciclo Vital | Frecuencia       | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------------|------------|----------------------|
| Válidos               | Formación        | 297        | 53.7                 |
|                       | Extensión        | 168        | 30.3                 |
|                       | Contracción      | 58         | 10.4                 |
|                       | Disolución       | 16         | 2.8                  |
|                       | Crisis normativa | 12         | 2.1                  |
|                       | No Aplica        | 2          | .3                   |
|                       | Total            | 553        | 100.0                |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No. 23**

**Etapa de Ciclo Vital Familiar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No.23

**Tabla No. 24**

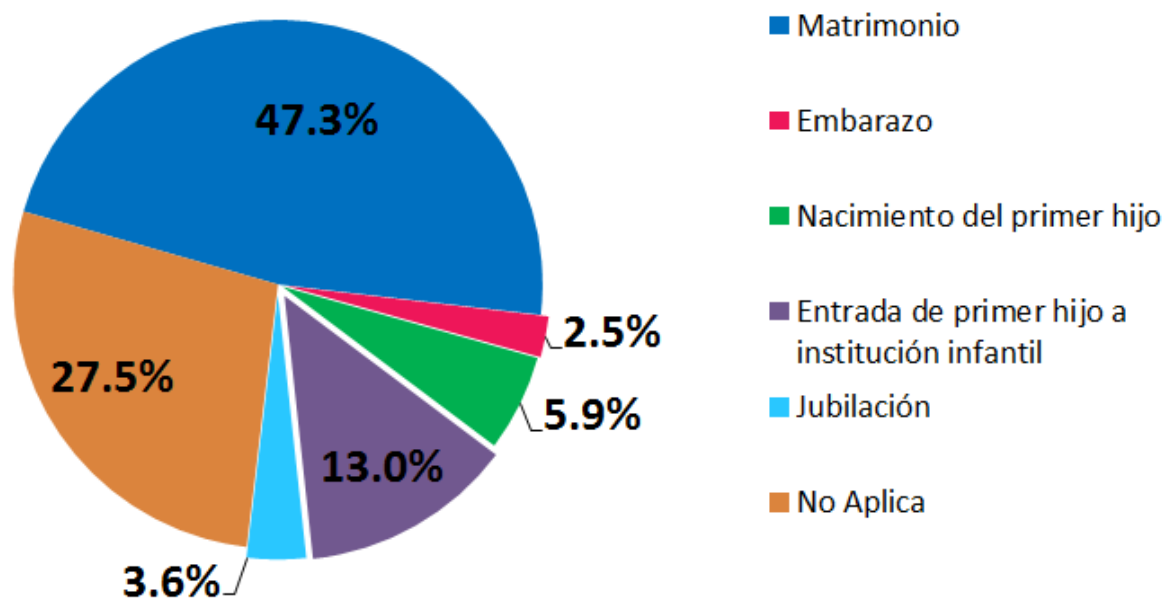
Crisis Normativa Familiar de casas participantes en el estudio de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe en el primer semestre del año 2013

|         | Crisis Normativa                              | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------|---|------------|------------|----------------------|
| Válidos | Matrimonio                                    | 262        | 47.3       | 47.3                 |
|         | Embarazo                                      | 14         | 2.5        | 49.8                 |
|         | Nacimiento del primer hijo                    | 33         | 5.9        | 55.7                 |
|         | Entrada de primer hijo a institución infantil | 72         | 13.0       | 68.7                 |
|         | Jubilación                                    | 20         | 3.6        | 72.3                 |
|         | No Aplica                                     | 152        | 27.5       | 100.0                |
|         | Total   | 553        | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de SaludFamiliar

**Gráfico No. 24**

**Crisis Normativa Familiar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Virgen Villa Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No. 24

**Tabla No. 25**

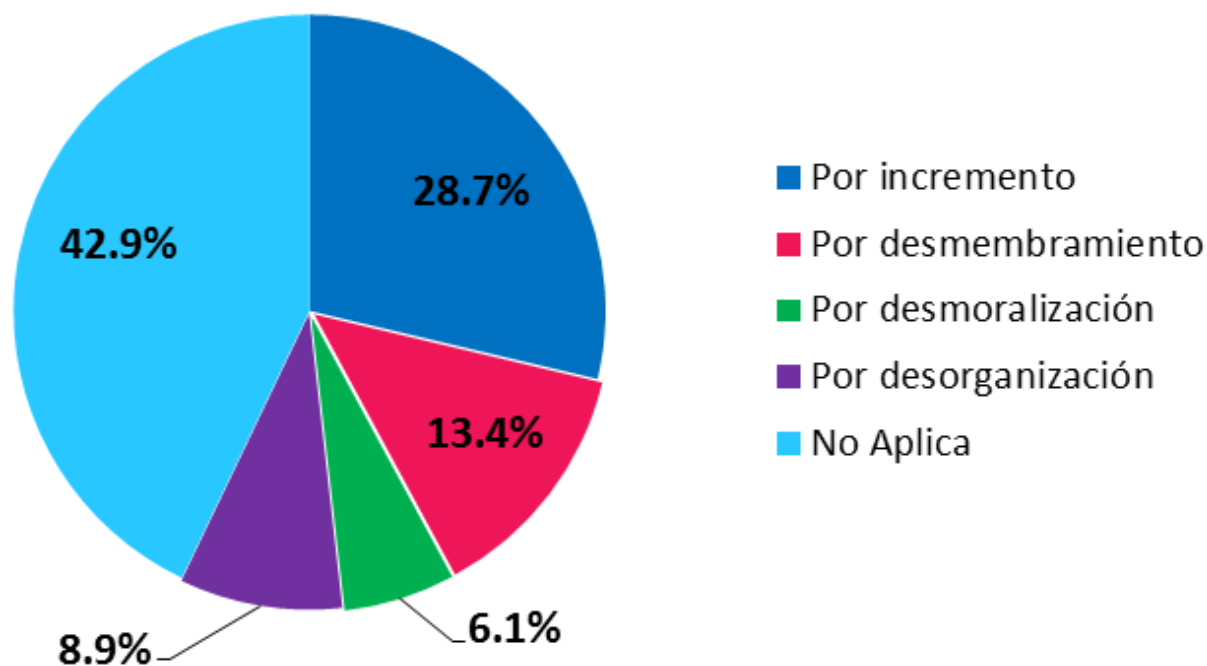
Crisis Paranormativa Familiar de casas en estudio de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe en el primer semestre del año 2013

| Crisis Paranormativa | Frecuencia          | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------------|---------------------|------------|----------------------|
| Válidos              | Por incremento      | 159        | 28.7                 |
|                      | Por desmembramiento | 74         | 13.4                 |
|                      | Por desmoralización | 34         | 6.1                  |
|                      | Por desorganización | 49         | 8.9                  |
|                      | No Aplica           | 237        | 42.9                 |
| Total                | 553                 | 100.0      |                      |

Fuente: Ficha de Salud Familiar

**Gráfico No. 25**

**Crisis Paranormativa Familiar en casas participantes en el estudio de la Comunidad de Villa Virgen Guadalupe en el primer semestre del año 2013**



Fuente: Tabla No. 25

ANEXO 5















**DIAGNÒSTICO COMUNITARIO DE SALUD  
VILLA VIRGEN DE GUADALUPE  
TRANSFORMACIÒN DEL VERTEDERO DE LA CHURECA.  
FACULTAD DE MEDICINA –UNAN-MANAGUA.PPMC**

**ANTES DE LA INTERVENCION**



**DESPUES DE LA INTERVENCION**

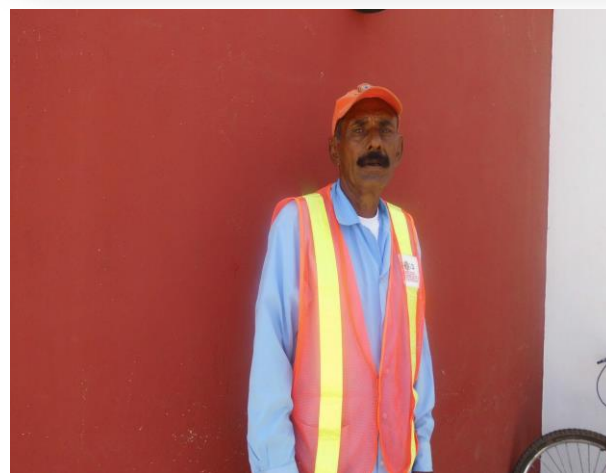


**DIAGNÒSTICO COMUNITARIO DE SALUD  
VILLA VIRGEN DE GUADALUPE  
TRANSFORMACIÒN DEL VERTEDERO DE LA CHURECA.  
FACULTAD DE MEDICINA-UNAN –MANAGUA.PPMC**

**ANTES DE LA INTERVENCION**



**DESPUES DE LA INTERVENCION**



# SOLIDARIDAD INTERNACIONAL DE LA AGENCIA ESPAÑOLA Y ALCALDIA DE MANAGUA

INAUGURACIÓN VILLA VIRGEN DE GUADALUPE



COMUNIDAD VILLA VIRGEN DE GUADALUPE



INAUGURACIÓN DE ESTACIÓN DE POLICIA



INAUGURACIÓN DE PUESTO DE SALUD



INAUGURACIÓN CENTRO ESCOLAR VILLA VIRGEN DE GUADALUPE



INAUGURACIÓN CENTRO CULTURAL VILLA VIRGEN DE GUADALUPE



ENTREGA TITULOS DE PROPIEDAD



**TRANSFORMACIÒN DEL VERTEDERO DE LA CHURECA CON LA COOPERACIÒN DE LA AGENCIA ESPAÑOLA PARA EL DESARROLLO Y LA ALCALDÌA DE MANAGUA**

| <b>ANTES DE LA INTERVENCION</b>                                     | <b>DESPUES DE LA INTERVENCION</b>  |
|---|--|
| 1.EL VERTEDERO A CIELO ABIERTO MÀS GRANDE DE AMÈRICA LATINA         | 2. CREACIÒN DE UNA PLANTA DE RECICLAJE.  |
| 2.72% DE LA POBLACIÒN POR DEBAJO DEL UMBRAL DE LA POBREZA           | 2. MENOS DEL 10% DE LA POBLACIÒN POR DEBAJO DEL UMBRAL DE LA POBREZA.                      |
| 3. PREDOMINABA EL TRABAJO INFANTIL                                  | 3-ERRADICACIÒN TOTAL DEL TRABAJO INFANTIL.   |
| 4. FECALISMO AL AIRE LIBRE.   | 4. DISPOSICIÒN DE EXCRETAS Y TUBERIAS DE AGUAS NEGRAS.                                     |
| 5. 100 % DE LAS VIVIENDAS ERAN INADECUADAS                          | 5.100% DE LAS VIVIENDAS SON ADECUADAS.   |
| 6.CALIDAD DEL AGUA ERA DEFICIENTE.                                  | 6.CALIDAD DEL AGUA ES EFICIENTE.   |
| 7. NO EXISTIAN ALUMBRADO ELÈCTRICO Y DEFICIENTE DOMICILIAR.         | 7. HAY ALUMBRADO ELÈCTRICO.Y DOMICILIAR EN UN 100 % DE LA POBLACIÒN.                       |
| 8. NIVEL DE HACINAMIENTO ERA DEL 100%                               | 8.NIVEL DE HACINAMIENTO ES MENOR DEL 7%.   |
| 9.POBLACIÒN EXPUESTA A SUSTANCIAS CANCERIGENAS                      | 9.POBLACIÒN NO EXPUESTA A SUSTANCIAS CANCERIGENAS Y MUTAGENAS.                             |
| 10.ALTA DEGRADACIÒN AMBIENTAL                                       | 10.AUSENCIA DE LA DEGRADACIÒN AMBIENTAL  |
| 11.NO HABIA SATISFACIÒN DE LAS NECESIDADES BÀSICAS DE LA POBLACIÒN. | 11. HAY SATISFACIÒN TOTAL DE LAS NECESIDADES BÀSICAS DE LA POBLACIÒN.                      |
| 12.ALTO ÌNDICE DE ANALFABETISMO MAYOR 48%.                          | 12.BAJO ÌNDICE DE ANALFABETISMO MENOR DEL 10%  |
| 13.CONDICIONES DE VIDAS INFRAHUMANAS Y DEGRADANTES.                 | 13.CONDICIONES DE VIDA HUMANA DIGNAS,HUMANAS Y DE DESARROLLO SOCIAL,AMBIENTAL Y ECONÒMICO. |
|   |  |

**TRANSFORMACION DE LA CHURECA:**

**Una Investigación Diagnóstica Comunitaria Integral en Villa Virgen de Guadalupe**