

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

Recinto Universitario “Rubén Darío” - Managua
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Situación de Salud de las Comunidades de Laguna de Apoyo - Granada, atendidas por la Clínica Apoyo. Abril a Julio del 2015.

Informe Final
Trabajo Monográfico para optar al Título de
Médico y Cirujano

Autora:

Reyna Cecilia Cordero Jarquín

Tutora:

Dra. María Ester Paíz Seller
Psiquiatra –Docente
Hospital Escuela Psicosocial “José Dolores Fletes”

Managua, Nicaragua Octubre 2015

DEDICATORIA

Quiero dedicar el fruto de todos estos años de estudios, lucha y dedicación, a Dios mi padre bueno, mi roca, mi fortaleza, el que ha dado la fuerza necesaria para seguir adelante.

A mi madre, Profesora Aura Lilliam Jarquin, pilar fundamental de mi vida, me enseñaste a tener fe, a soñar y a luchar por mis sueños.

A mi padre, Miguel Ángel Cordero (q.e.p.d.), sé que desde el cielo me bendices y me cuidas, esto es para por todo lo que me distes, por todo lo que me enseñaste, por todas las maravillosas cosas que hiciste por tus semejantes, eres mi ángel.

A mis hijas, mis Tesoros, ayudándome a avanzar en los momentos más difíciles, reforzando mi fe y mi confianza. Enseñándome que en la vida una de las riquezas más grandes es el ser madre. Gracias por sus oraciones y esa dulzura inmensa que irradian y que me han acompañado siempre alentando mi espíritu y dándome ánimos para seguir adelante.

A mi familia, hermanos, hermana, sobrinas, sobrinos y ahijadas que me dan la alegría de tener una familia y apoyo en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

A los Señores Nancy y Brian Davis, por apoyo incondicional sus consejos y orientación fueron de gran ayuda para el desarrollo de la investigación.

A mi tutora, la Dra. María Ester Páiz Seller, por ser guía, apoyo y fuente de enseñanza en la realización de este estudio.

Al Ing. Fredee Arias, por el tiempo dedicado a los diferentes métodos estadísticos que permitieron reflejar los resultados de este estudio.

A la familia de Xavier y Ana Acuña.

A Christian y a todas las promotoras.

A la comunidad de Laguna No. 1 y 2 por sus aportes y paciencia.

A todos aquellos que en este arduo camino supieron ofrecerme una mano amiga, una sonrisa alentadora, un consejo sabio, un abrazo sincero, a todos ustedes, muchas gracias

RESUMEN

La realización de éste estudio recibió el apoyo de la “Clínica Apoyo” fundada en noviembre del 2013 con la colaboración de Don Bryan y Nancy Davis quienes, financiaron la construcción de dicha clínica. y nace de la necesidad de que las familias de las comunidades Laguna No.1 y 2 de Granada reciban atención médica sin que éstas tengan que viajar hasta el Km. 39 al Puesto de Salud de El Capulín No.2 o hacia Granada al Centro de Salud “Jorge Sinfaroso”.

La clínica esta organizada con nueve promotoras de salud que han brindado su voluntariado al llenar las encuestas de este estudio con el fin de contar con información del Estado de Salud de la Comunidad y con esta información sistematizada poder realizar ajustes al plan estratégico de la clínica para los próximos años.

Uno de los hallazgos de este estudio han confirmado que los servicios médicos están beneficiando a los grupos etáreos de: menores de 5 años, al grupo de jóvenes de 20 a 35 años y a los adultos mayores, también hemos confirmado que en las enfermedades mas frecuentes prevalece una epidemiología de transición entre enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Artritis, etc. La causa de estos problemas de salud son multicausales vinculados a factores tales como tipo de vivienda, nivel de escolaridad, el manejo y abastecimiento de agua y saneamiento ambiental.

La mayoría de las familias recurren a los servicios de salud para tratar sus problemas tanto en el Puesto Médico, Centro de Salud, Hospital, o personal médico del Hospital del Seguro Social y/o a servicios médicos prestado por la Clínica Apoyo.

La salud es un bien incalculable que debe ser atendido no sólo por el Sector Salud sino que también han de involucrarse todos los sectores sociales para contribuir a mejorar la salud, en este sentido, la salud comunitaria.

No existen estudios previos pero, éste estudio es el inicio de muchos que deben realizarse para continuar el proceso de empoderamiento y concientización de la salud como un bien común.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	5
II. ANTECEDENTES.....	7
III. JUSTIFICACION	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO TEORICO.....	12
EL CONCEPTO DE SALUD.....	13
SURGIMIENTO DE LA APS.....	15
EL MODELO APS: SALUD COMUNITARIA.....	17
MOSAFc EN NICARAGUA.....	22
VII. MATERIAL Y METODO.....	24
VIII. RESULTADOS.....	30
IX. CONCLUSIONES.....	43
X. RECOMENDACIONES.....	45
XI. BIBLIOGRAFIA.....	46
XII. ANEXOS.....	48

I. INTRODUCCIÓN

El proceso Salud–Enfermedad de los individuos, familias y comunidades es objeto–sujeto del trabajo de Equipos de Salud, cuyo cometido principal es contribuir a mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo en conjunto con ellas y ellos.

Las modalidades mediante las cuales los paradigmas del proceso de salud–enfermedad se implementan a través de prácticas de atención a la Salud Comunitaria y familiar, constituyen los Modelos de atención a la Salud en Nicaragua.

Ninguno de los problemas que se plantean al médico es más importante que el conocimiento del estado de salud de la población, sin embargo la noción de la salud es relativa y no acepta una definición rígida y precisa, porque representa un estado del organismo que corresponde a un adecuado funcionamiento de éste en condiciones variables de orden genético y ambiental. Según la definición salud de la OMS (estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona) se puede apreciar lo difícil que es medirla a pesar de que dicha definición es clara y precisa por lo que es necesario considerar la salud desde el punto de vista del individuo y de la colectividad.

Determinar el estado de salud de la población de manera directa deberá ser objeto de investigaciones en los lugares donde la gente vive, trabaja, enferma y muere, midiendo el desarrollo económico y social de la comunidad e indirectamente midiendo su nivel de salud.

El Modelo de Atención Integral a la Salud Comunitaria Familiar (MOSAFC) es un sistema organizado de prácticas realizado por el equipo de Salud, basado en el enfoque comunitario, biopsico-social del individuo, dirigido a población sana y enferma y que incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo–promocional en la atención a la Salud y la participación de la

comunidad en su conquista por mejorar sus condiciones higiénicas sanitarias, económicas, de educación y por ende la salud.

La Clínica Apoyo no constituye una excepción en su modelo de atención y presta el servicio de Salud con mayor cobertura sanitaria: el 44% de la población de las comunidades de la Laguna de Apoyo de Granada ya que, solo un 10 % tiene acceso a los servicios del Seguro (INSS), un 10% declara que no asiste a ningún servicio y un 30% asiste al puesto de salud del MINSA debido a dificultades de acceso (se utiliza transporte interurbano para llegar al Puesto Médico de las Comunidades del Capulín No. 1.

La Clínica Apoyo se construyó con ayuda solidaria de extranjeros a una necesidad comunitaria de servicios básicos de salud. De ahí la importancia de este estudio para que, desde la práctica se pueda evidenciar los éxitos y logros de esta estrategia de modelo de salud comunitaria familiar.

II. ANTECEDENTES

Dentro de los estudios sobre el estado de salud comunitaria se ha destacado la investigación realizada por la Dra. Diana Doménech de Uruguay en el año 1997 dentro del marco del programa de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública (MSP). En este estudio se destaca la importancia de este modelo dado que la Medicina Familiar y Comunitaria se posiciona en un lugar privilegiado para contribuir al cambio en el modelo de atención a la Salud mediante el cual se desarrolló el compromiso con la persona, comprensión del contexto de la enfermedad, oportunidad para prevenir y educar, enfoque de riesgo, y el trabajo en red comunitaria con otras organizaciones para la atención en salud.

En Nicaragua se han realizados varios estudios, tenemos el Análisis de la Situación de la Salud del Municipio de Muy-Muy Matagalpa según MOSAFC realizado por la Dra. Reyna Isabel Solís en 2010, sus principal resultado fue el énfasis en el enfoque de riesgo de las poblaciones según su situación socio económica y familiar, destaca la necesidad de seguir realizando un ajuste al enfoque de riesgo para la atención integral de la mujer.

El Dr. Javier Gutiérrez realizó una descripción del Estados de salud en el municipio de Rosita cuyos resultados aportan a un diagnóstico comunitario con enfoque en Salud, y sus recomendaciones fundamentan el trabajo multidisciplinario y de todos los sectores del municipio para contribuir a mejorar la salud de la comunidades de dichos municipio.

En el municipio de Waspan se cuenta con la tesis del Dr. Francisco Moraga Amador (Estado de Salud y Factores condicionantes de la comunidad

Indígena Misquita de Waspan, Área 2, RAAN) en la que destaca la importancia de retroalimentar la información con la participación de la comunidad a través de sus líderes para formular tareas de corto plazo, y mediano plazo para promover alternativas de mejoramiento de la situación Higiénico–Sanitarios entre otras propuestas para esta comunidad.

En el estudio de Indicadores y factores condicionantes del Estado de Salud de la comunidad Laguna de Perlas realizada por el Dr. Misael Amador, aportan a un Diagnóstico de Salud que posteriormente permitieron realizar planes y estrategias en conjunto con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para el Desarrollo del Municipio de Laguna de Perlas-RAAS. Además aportaron a la comprensión del contexto de la enfermedad como una compleja interacción de factores genéticos, personales, multiculturales, étnicos, ambientales a la hora de resolver los problemas de salud.

III-. JUSTIFICACIÓN.

La descripción de la situación de Salud de la población de Laguna de Apoyo de Granada nos ayudarán a conocer parcialmente la dimensión del problema y marca la pauta a seguir en futuras intervenciones institucionales gubernamentales y no gubernamentales, tanto para su abordaje preventivo, así como la determinación de apropiarnos del Modelo de Salud Comunitarias como una estrategia que activa mecanismos programáticos para disminuir la morbimortalidad, la atención integral de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres, ancianos y ancianas.

Además este estudio va aportar a un diagnóstico de los principales problemas y a realizar un plan de Salud Comunitario que contenga:

- 1- El compromiso con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o una técnica especial.
- 2- La comprensión del contexto de la enfermedad: tiene en cuenta la compleja interacción de factores genéticos, personales, demográficos, ambientales y socioculturales a la hora de resolver los problemas de salud.
- 3- La oportunidad para la prevención y la educación para la salud en cada encuentro con el paciente–familia.
- 4- El énfasis en el enfoque de riesgo.
- 5- El trabajo en red.
- 6- Manejo eficiente y racional de los recursos.

Por último el tema pretende estimular el interés de todas y todos las personas de las comunidades a conocer su estado de salud y ser protagonistas en la resolución o en los cambios que son posibles introducir en la atención a la Salud de su comunidad, a partir de la praxis de una disciplina integral. Y hacer reflexiones y conclusiones que permitan contribuir al Modelo de Salud Comunitaria y Familiar.

IV-. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de Salud en la que se encuentra la población de la Comarca de la Laguna de Apoyo-Granada que ha sido atendida por la Clínica Apoyo en el período comprendido del 01 de Abril al 01 de Julio del 2015, desde un enfoque del Modelo de Salud Comunitaria y Familiar?

V-. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la situación de Salud en las comunidades de la Comarca de Laguna de Apoyo- Granada atendidas por la Clínica Apoyo en el período comprendido del 01 de Abril al 01 de Julio del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1- Conocer el nivel socioeconómico de la población y las características físico–demográficas de las dos comunidades de Laguna Apoyo 1 y Laguna Apoyo 2.
- 2- Describir los principales indicadores de salud por grupos etáreos y por grupos especiales (mujer y niñez) y de la población general.
- 3- Conocer la cobertura de los Servicios básicos y salud en las comunidades de la Laguna Apoyo.

VI. MARCO TEÓRICO

El concepto de salud-enfermedad es inherente a la existencia misma de la humanidad. Desde la época de la prehistoria la enfermedad se ligaba a fenómenos sobrenaturales y su curación se asociaba a una concepción mágico-religiosa. Fue hasta en la edad antigua con las culturas griega y romana que la salud filosóficamente hablando se constituye un bien preciado concebido como un equilibrio con la naturaleza. Se fomenta entonces la higiene personal como un sinónimo de belleza y se promueve la higiene ambiental tal como lo reflejaron los grandes acueductos que en el campo urbanístico se debe a los romanos. Fue Hipócrates (460 a. c.) quien empieza a dar forma a la medicina como un saber científico-técnico desarrollando su doctrina de los cuatro humores del organismo. Para él las enfermedades eran "...manifestaciones de cambios ocurridos en el interior del organismo como consecuencia de su interacción con el medio que lo rodeaba."

Durante el medioevo la razón es sometida por la fe, debido a esta influencia religiosa no se pudo explorar el cuerpo humano y realizar adelantos en el estudio del origen de las enfermedades, sin embargo, la práctica terapéutica ejercida por algunos sacerdotes conceden ciertos secretos a algunas personas por ellos escogidas lo que convierte la atención de la enfermedad en una práctica privada eximiendo al Estado de esta responsabilidad. Son éstas personas privilegiadas las que posteriormente, apartándose de las directrices religiosas y arriesgándose a ser perseguidos, descubren otras formas terapéuticas como lo fue la tesis de la ley de los contrarios.

Ya en los siglos posteriores s. XVIII y XIX surge el estudio de las nuevas enfermedades ocupacionales debido a las condiciones de trabajo como consecuencia del auge industrial. Surge en Europa el concepto de Medicina de Estado y con ello el inicio de la salud pública, se investigan las condiciones sociales que producen enfermedades y se toman medidas

higiénico-sanitarias para prevenir las enfermedades infecciosas o epidémicas. Ya por los inicios del s. XX con los avances en el descubrimiento de las enfermedades bacterianas y su curación por medio de medicamentos se consolida en el campo de la Salud el modelo hegemónico biomédico para abordar la salud-enfermedad con objetivismo científico. Bajo el contexto que se entiende la salud como lo opuesto a la enfermedad, se implementa el modelo de Salud Pública en los Estados Nacionales para garantizar la salud a toda la población. Progresivamente se fue transfiriendo la responsabilidad de la salud a organizaciones sociales establecidas, hasta llegar al Estado moderno. El Estado ha intervenido en el cuidado de la salud de sus ciudadanos, inicialmente en la prevención, luego la curación hasta la rehabilitación de la salud. Guiado por intereses fundamentalmente económicos ha ido consolidando, en diversos grados, un sistema nacional de salud, creando Instituciones como: Los Ministerios de Salud, la Seguridad Social, Beneficencias Públicas, etc.; y Establecimientos de Salud: Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud, etc.

El modelo biomédico se basó en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales desarrollando el llamado “Método Científico”, el diseño experimental y sus rápidas aplicaciones en la práctica médica en las instituciones hospitalarias y no considerando la forma en que el contexto social e histórico determinaba la salud y, por el contrario, tratando de aislar las variables sociales porque consideraba que empañaban la objetividad científica. Actualmente, este modelo que se centraba principalmente en tratar problemas de origen biomédico ha llegado a caer en crisis por sus limitaciones al abordar nuevos problemas de salud.

El concepto de salud

Según el concepto de salud de la OMS en 1948, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de

enfermedad”. La limitación de este concepto radica en que la salud es un estado. Si la salud está influenciada por determinantes sociales biológicos, ambientales y culturales, por lo tanto, requiere una constante adaptación y transformación del individuo a su medio, por lo que hay que hablar de la salud como un proceso.

La salud-enfermedad podrían considerarse como diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida a través de la historia.

Desde el punto de vista social, se define la salud como un derecho humano básico que debe de garantizarse mediante la acción pública, identificándose y abordándose los impedimentos que grupos sociales tienen para satisfacer este derecho.

Generalmente se pueden señalar diversos factores determinantes sociales de la salud: la situación económica y productiva de un país, las condiciones sociales y de empleo, las condiciones institucionales y la organización de las políticas públicas, la situación de la infraestructura básica. En la Declaración de Yakarta (1996) sobre la Promoción de la Salud en el s. XXI, se amplían estos factores determinantes: “Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el nivel de ingresos, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los Derechos Humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud.”

Según Lalonde (1974), “Se entiende por salud el estado de las personas resultante del proceso de interacción de distintos factores entre los que se cuentan la biología humana (condiciones biológicas de los individuos), las incidencias del medio ambiente, los diferentes estilos de vida que desarrollan y experimentan las poblaciones y los servicios de salud que son prestados por el Estado y otros agentes.”

El neoliberalismo emergente ha implicado el ajuste de los Sistemas de Salud a las nuevas exigencias del mercado y la privatización de los servicios públicos teniendo como consecuencia cambios en los modelos de atención y asistencia social de los pueblos y la salud deja de ser entonces un derecho, un bien común y una responsabilidad estatal. Es en este tiempo que toman fuerza otros enfoques en el campo de la Salud Pública.

De acuerdo con la OMS (1998), “La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”. En la Carta de Ottawa (1986) se hace un llamado a que las personas tengan control sobre los factores determinantes de su salud: “Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.” En la Declaración de Alma-Ata de 1978, se indicó la responsabilidad de los operadores de salud de trabajar con sus comunidades para identificar y abordar los determinantes de salud que están fuera de su alcance, el derecho y la responsabilidad de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su propia Atención en Salud.

Surgimiento de la APS

La Atención Primaria de Salud (APS) surge como una estrategia que permite a las poblaciones y a sus Sistemas Sanitarios alcanzar la meta fijada por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Salud para todos en el año 2000”. La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) define la APS como: «Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de

autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

El elemento conceptual clave de la estrategia APS es la participación comunitaria en la construcción de sistemas y procesos de atención de salud, pero muchos profesionales no están convencidos de la necesidad de asociarse con las comunidades para resolver los problemas de salud. No es solamente participar en el marco de las instituciones de gobierno local (alcaldías) o nacional, sino de generar dinámicas continuas de interacción entre los líderes y las organizaciones, y estructuras de participación y gestión de la comunidad. La formulación de esta interacción debe adaptarse a la cultura política y sociológica de cada lugar.

Los elementos conceptuales que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- *Integral*: abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.
- *Integrada*: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- *Continuada y longitudinal*: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).

- *Activa*: profesionales que trabajan de forma activa y anticipatoria detectando los problemas y demandas en sus fases más precoces.
- *Accesible*: sin barreras que dificulten el uso de sus recursos por quienes los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- *Desarrollada por equipos*: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- *Comunitaria y participativa*: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- *Programada y evaluable*: respondiendo a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- *Docente e investigadora*: capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios. (13)

Los ocho elementos básicos de la atención primaria son:

1. Agua y saneamiento básico.
2. Inmunizaciones
3. Promoción del suministro de alimentos y nutrición.
4. Control de enfermedades endémicas
5. Servicios materno-infantiles
6. Educación para la salud
7. Medicamentos esenciales
8. Servicios curativos y de rehabilitación.

El Modelo APS: Salud Comunitaria

Antes de que apareciera el concepto de salud comunitaria, ya existían otros como el de medicina comunitaria, salud pública, medicina social y medicina en la comunidad, con sentidos y significados parecidos.

Debido al alto costo de la medicina especializada en Estados Unidos surgió en los años 60 (utilizando conceptos y métodos de la medicina preventiva, la salud pública y la medicina social) la medicina comunitaria de nivel primario o técnicas simplificadas, al servicio de los pobres no asalariados de las comunidades. El enfoque pretendía superar el paradigma biológico de la salud e incorpora los componentes culturales, ambientales y políticos del entorno comunitario. En muchos hospitales se constituyeron en departamentos como una especialidad médica cuyo fin era proveer servicios médicos a la comunidad para resolver problemas de salud in situ y no recargar los servicios hospitalarios. La medicina comunitaria basada en el modelo médico y limitada a acciones asistenciales fue perdiendo el enfoque comunitario, el discurso dependía más que todo del Estado o de organismos internacionales que de la comunidad, por lo que, la participación comunitaria nunca llegó a desarrollarse. Este modelo fue muy exportado a los países latinoamericanos por medio de la Alianza para el Progreso.

La medicina preventiva es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Son acciones que normalmente emanan del sector sanitario, y que consideran a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Se distinguen tres niveles de prevención:

La Prevención Primaria (PP): actividades aplicadas al manejo del proceso salud - enfermedad antes que el individuo se enferme. Su objetivo es limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo. Comprende la Inmunoprofilaxis, la Quimioprofilaxis y las actividades de Educación para la salud dirigida a controlar los factores de riesgo o comportamientos de riesgo.

La Prevención Secundaria (PS): acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad antes que la misma produzca síntomas, o sea que se aplican en la etapa Subclínica del período Pre patogénico. Su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad. Incluye las actividades de cribado o screening.

La Prevención Terciaria (PT): acciones de rehabilitación y de reinserción social, destinadas a favorecer la recuperación de las capacidades de los individuos enfermos. Su objetivo es reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida. Incluye el tratamiento oportuno, medidas de rehabilitación y de reinserción social.

La medicina social tuvo su origen en los movimientos sociales a mediados del s. XIX en Francia y Alemania. Por tanto, en los años 50 la medicina preventiva asume la forma de un movimiento social dado que se ocupa de las relaciones que existen entre el proceso salud-enfermedad y las condiciones económicas-sociales de la población. De acuerdo con la OPS (1994), "Medicina social es el estudio de la dinámica del proceso salud-enfermedad en las poblaciones, sus relaciones con la estructura de atención médica, como también, las relaciones de ambas con el sistema social global".

La salud pública es actualmente entendida como ámbito de intervención del Estado o como un campo de conocimiento, comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad en la población y la organización de los servicios de recuperación y rehabilitación de la salud.

Debido a la recesión económica en los años 80 no se podía implementar la APS en la dimensión que se había propuesto y de ahí que había que priorizar a los grupos de alto riesgo, esto fue llamado Atención Primaria de Salud Selectiva y en algunos países solo comprendía programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo, lactancia materna y terapia de rehidratación oral. Posteriormente se crearon los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para reorganizar el sistema de salud para la viabilidad de la

APS que comenzó a considerarse recomendable por su eficiencia económica. El sector salud asume su papel rector logrando a través de los SILOS optimizar los recursos a nivel local, liderando a los actores sociales, la relación y el trabajo coordinado con otros entes del Estado, alcanzando un nivel adecuado de descentralización. La descentralización presenta sus debilidades en parte producto de decisiones políticas que lo hacen avanzar lentamente o por falta de capacidades a nivel local y los SILOS se convierten en estructuras burocráticas eslabón intermedio en el sistema de salud poco funcional.

En los últimos años la estrategia de APS ha sido operacionalizada por las instituciones de salud del Estado con los SILOS, y por organizaciones de la sociedad civil como Programas de Salud Comunitaria. La Salud Comunitaria surge como un modelo alternativo para organizar los servicios de salud, y nace al igual que la atención primaria como una estrategia de atención impuesta por los países desarrollados a los países pobres.

Según el autor Hernán San Martín "(...) la noción de "Salud Comunitaria" aparece un poco por todas partes en el mundo, hacia los años 60, poniendo el acento mayor en la participación real y consciente de las comunidades; en la planificación local, descentralizada, en relación con las reales necesidades de salud de las poblaciones; en la integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales- sociales; en la concepción social de la salud; en la orientación epidemiológica de las actividades; en los niveles de atención; en la cobertura universal; en el predominio de lo general sobre lo de especialidad, es decir, lo mayoritario sobre lo minoritario." (San Martín, Hernán y Pastor Vicente, 1984:37).

La salud comunitaria, por tanto, constituye un conjunto de acciones integradas realizadas por distintos actores (Estado, comunidad e instituciones de la sociedad civil). Está enfocada en la comunidad, la salud

no es restringida a un plano individual. Tiene que ver con el contexto cultural de las comunidades y su entorno político, económico y social. Integra la prevención de enfermedades, promoción de la salud y asistencia en salud. Al abordar los problemas de la comunidad se cuenta con un equipo multidisciplinario en que toman su participación el personal de salud, profesionales y técnicos de otras disciplinas. Y lo más importante es la participación de la comunidad en el proceso de decisión. La salud comunitaria es producto del esfuerzo colaborativo entre el sector público, el sector privado y la comunidad.

En su artículo la Dra. Restrepo plantea que el concurso y la responsabilidad de la Salud Comunitaria no sólo es de la comunidad, el sector salud o las universidades; los demás estamentos y sectores del Estado —educación, vivienda, vías, alimentos, saneamiento ambiental, etc. —, organizaciones no gubernamentales y otros actores sociales tienen la obligación de participar en la aplicación de este modelo, ya que éste va muy ligado al concepto de desarrollo social sostenido y en ese sentido se corresponden mutuamente.(11)

La Salud Comunitaria es un concepto integrador de la vida humana, ya que en su contenido y red de significados se articulan diversos enfoques que reclaman principios que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común. Es un concepto que además propugna por el cuidado y la protección de la salud de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad, en estrecha relación con la salud de la naturaleza, el entorno y el medio ambiente, y esto le imprime un sentido ecológico a su práctica.(11)

En realidad, cuando medimos el estado de salud de una comunidad, lo que tratamos de representar son los procesos sociales relacionados directa o indirectamente con la salud-enfermedad (...) De aquí que para analizar el estado de salud de una comunidad tendremos que usar un

conjunto coherente y representativo de indicadores de los diversos sectores de la vida social, que finalmente son los que determinan el proceso social que conduce a la salud o a la enfermedad. Ahora podemos comprender que el “estudio de la salud de la comunidad” es, al mismo tiempo, un “estudio epidemiológico” de los problemas de salud (y riesgos) que existen en la comunidad; un “estudio sociológico” de las necesidades de salud sentidas por los miembros de la comunidad y un estudio económico de las condiciones de vida de la gente. (San Martín, H.1984:87).

MOSAFC en Nicaragua

En Nicaragua existe un marco conceptual denominado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) en él se define cuáles son los principales preceptos jurídicos para que el Ministerio de Salud asuma el liderazgo en el desarrollo de una política de equidad en el sector, para garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos mas excluidos socialmente. Enfocado a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente.

Con el modelo se espera, además, que contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla, así se puede observar que el Art. 13 de la Ley General de Salud establece que: “La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin

de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”. Este artículo involucra a todos para lograr beneficios en salud.

VII-. MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio será de tipo descriptivo de corte transversal y se realizara en dos comunidades de la comarca de Laguna de Apoyo de Granada, atendidas por la clínica Apoyo en el periodo el 01 de Abril al 01 de Julio del 2015.

UNIVERSO:

El universo estará constituido por 430 familias de las comunidades de la Comarca de la Laguna de Apoyo- Granada.

MUESTRA:

La Comarca La Laguna 1 y 2 están divididas en 9 sectores geográficos. El tipo de muestreo probabilístico será el Muestreo Aleatorio Simple dado que es una población homogénea. Se determina primero el tamaño de la muestra y de cada sector se determinan las submuestras en base a la ponderación de cada una respecto al total del universo.

El tamaño de la muestra se determinará con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

donde:

- n = tamaño de la muestra
- N = Universo
- p = valor de variabilidad positiva
- q = 1 – p, valor de variabilidad negativa
- d = límite para el valor de error de estimación
- Z = el nivel de confianza a tomar

Buscando el 95% de nivel de confianza para este estudio, el valor Z de la variable aleatoria correspondiente a la distribución normal estándar es de

± 1.96 , aceptando un 5% de error (0.05) y dado el caso que no existen antecedentes se toman los valores de variabilidad $p=q=0.5$ y con el tamaño de universo igual a 430, el tamaño de la muestra nos resulta en 203 familias que incluyen 903 habitantes de las comunidades.

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(430)}{(430 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 203.144$$

Luego de cada sector y de acuerdo a la ponderación con respecto al universo la cantidad de submuestras serían obtenidas de acuerdo al sig. cuadro:

COMUNIDADES	SECTORES	POB. FAMILIAS(N)	SUBMUESTRA(n)	POND.
Laguna No. 1	#1 ESCUELA	33	15	0.07674419
	#2 SELVA	100	47	0.23255814
	#3 CALERO	33	16	0.07674419
	#4 ZUÑIGA	33	16	0.07674419
	#5 VARELA	55	26	0.12790698
	#6 GONZALEZ	44	21	0.10232558
Laguna No. 2	#7 BERMUDEZ	44	21	0.10232558
	#8 MOYA	49	23	0.11395349
	#9 UDO	39	18	0.09069767
TOTAL MUESTRA		430	203	

Criterios de inclusión:

Encuestas familiares con todos los datos llenados adecuadamente.

Criterio de Exclusión:

Encuesta familiares con datos incompletos y/o llenados inadecuadamente.

Aspectos Éticos:

Al realizar las encuestas se respetara la privacidad y el anonimato. No se hará juicio sobre los pensamientos de las personas encuestadas y se respetará toda idea u opinión expresada.

Instrumento de recolección de la información:

La información se recabará en ambas comunidades (Laguna de Apoyo 1 y 2) de fuentes primarias y secundarias a través de la observación simple y la encuesta a la población y al personal de la clínica Apoyo diseñadas con preguntas abiertas y cerradas, así como entrevistas a las otras instituciones vinculadas a los componentes a estudiar.

Procesamiento y análisis de la información:

Una vez obtenido los datos se ingresarán para su análisis en el sistema estadístico PASW Statistics 18 y se obtendrán frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos que serán impresos en Microsoft Excel.

VARIABLES:

A. Descripción de las características físico-demográficas:

1. Área geográfica
2. Población
3. Distribución por edad y sexo.
4. Natalidad
5. Morbilidad
6. Mortalidad

B. Conocimiento del nivel socioeconómico de los habitantes de la población en estudio:

7. Escolaridad
8. Ocupación
9. Tipo de Vivienda

C. Descripción de los principales indicadores de salud por grupos etáreos, grupos especiales (mujer y niñez) y de la población en general:

- 10. Tasas de defunción y causas
- 11. Estado Nutricional
- 12. Estado inmunitario
- 13. Fecundidad

D. Determinación de la cobertura de los servicios básicos y de salud en la comunidad:

- 14. Agua de consumo.
- 15. Desechos sólidos
- 16. Disposición de excretas
- 17. Eliminación de aguas servidas.
- 18. Personal por centro de salud.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA / VALOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.		Años cumplidos	Menores a 1 Año 1-4 Años 5-9 Años 10-14 Años 15-19 Años 20-49 Años 50-59 Años 60 0 más Años
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.		fenotipo	Masculino Femenino
ESCOLARIDAD	Conjunto de estudios cursados en un establecimiento docente.			Analfabeta Alfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Técnico superior Universitario

OCUPACION	Trabajo u oficio al que se dedica una persona		Según dato encontrado en la entrevista	Ama de casa Agricultor Comerciante Trabajador de salud Desempleado
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
AREA GEOGRAFICA Y SECTORES	Lugar de permanencia o residencia acostumbrada de una persona.		Geográfico	Laguna No. 1 Laguna No. 2
TIPO DE VIVIENDA	Características físicas encontradas en las casas visitadas según materiales usados para su construcción.		Techo Pared Piso	◆ Bueno ◆ Regular ◆ Malo
MORTALIDAD	Cantidad proporcional de defunciones correspondientes a población o tiempo determinado.	Mortalidad bruta y específica	Según datos reportados en expedientes clínicos	1. Tasa de mortalidad general. 2. Tasa de mortalidad materna. 3. Tasa de mortalidad infantil.
NATALIDAD	Numero proporcional de Nacimientos en población y tiempo determinados.	Biológica	Según datos reportados en expedientes clínicos	Tasa bruta de natalidad.
FECUNDIDAD	Es la capacidad real de reproducirse la cual se mide por el número de hijos concebidos.	Biológica	Según datos reportados en expedientes clínicos	Tasa general de fecundidad.
MORBILIDAD	Principales motivos por los que la persona se enfermo en el último mes.	Patologías más frecuente tratadas	Enfermedades agudas, enfermedades crónicas.	1. EDA 2. IRA. 3. Dermatitis. 4. Malaria–Dengue. 5. Parasitosis. 6. Sd. Febril 7. Otros
ESTADO INMUNITARIO	Dosis de vacunas aplicadas según edad de los niños menores de 6 años y según esquema utilizado en Nicaragua.		1. Esquema completo según edad. 2. Esquema incompleto según edad.	1. Anti polio y Pentavalente 3ra dosis. 2. BCG única dosis 3. Anti sarampión dosis única.

ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL	Clasificación de la situación nutricional encontrada a través de la medición del perímetro braquial.	Según dato encontrados en los expedientes	Clasificación de la tarjeta provista por el MINSA.	1. Normal. 2. Desnutrido.
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Lugar de donde se obtiene agua para realizar actividades domésticas.		Dato socioeconómico.	1. Tubería (potable). 2. Pozo. 3. Río. 4. Otro
DISPOSICION DE EXCRETAS	Lugar de depósito de los desechos fisiológicos del ser humano.	Socioeconómico	Según datos encontrados en la encuesta	1. Inodoro. 2. Letrina. 3. Al aire libre. 4. Otro
ELIMINACION DE DESECHOS SÓLIDOS	Acción realizada para deshacerse de los desechos sólidos.	Socioeconómico	Según datos encontrados en la encuesta	1. La queman 2. La entierran. 3. Al aire libre.
ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS	Acción realizada para deshacerse de las aguas de desecho.	Socioeconómico	Según datos encontrados en la encuesta	1. Desembocan a charcas. 2. Las tiran al patio. 3. Drenan en algún corriente.
PERSONAL DE SALUD	Persona encargada de atender al enfermo ya sea este profesional o con algún conocimiento en salud.	socioeconómicos	Según datos encontrados en la encuesta	1. Médico. 2. Enfermera. 3. Auxiliar. 4. Líder de salud. 5. Promotora de Salud

VIII-. RESULTADOS

Las comunidades Laguna No. 1 y Laguna No. 2 pertenecen al Municipio de Granada; están ubicadas al noroeste de Granada a unos 53 Km de Managua con una extensión territorial de 264 Km² limita al norte con la ciudad de Masaya, al sur y al este con la Laguna Apoyo y al suroeste con la ciudad de Granada. (Ver mapa al final del tema)

En esta región se reconocen 2 zonas agroecológicas: la zona alta o de trópico seco-fresco y la zona baja de trópico seco-caliente. En ambas zonas predomina la vegetación de sabana, los matorrales y bosques secos. La temperatura media anual varía entre 31°C y 32,5°C. La ubicación de las comunidades no permite altos niveles de precipitaciones en los periodos lluviosos.

El Municipio presenta una topografía irregular, se caracteriza por ser una zona llana, rocosa y con serranías en toda su extensión. No existe gran afluencia de ríos que atraviese el área.

Población

Tiene una población de 3,212 habitantes (censo nacional de 1995) correspondiente en su totalidad a la población rural y dispersa en el territorio.

De acuerdo con la muestra de población obtenida en este estudio se puede apreciar en el Gráfico1 la pirámide poblacional segmentada según género de los grupos etáreos que prevalecen y son los

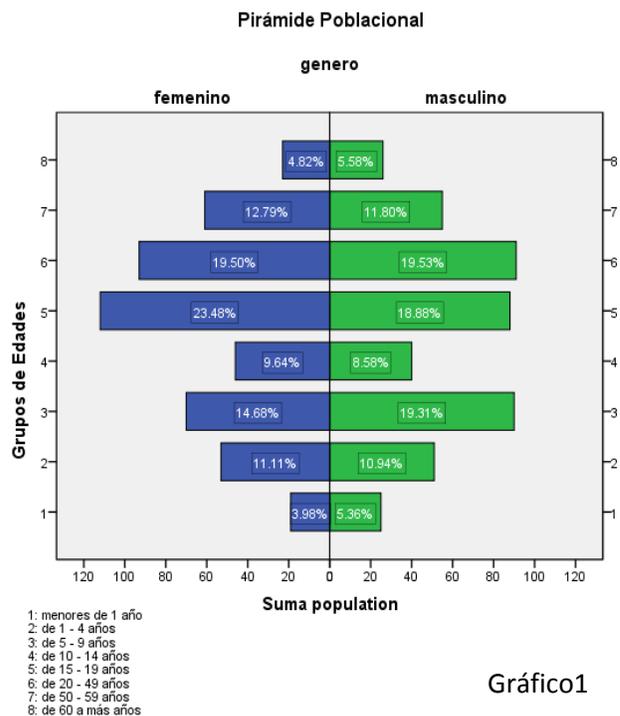
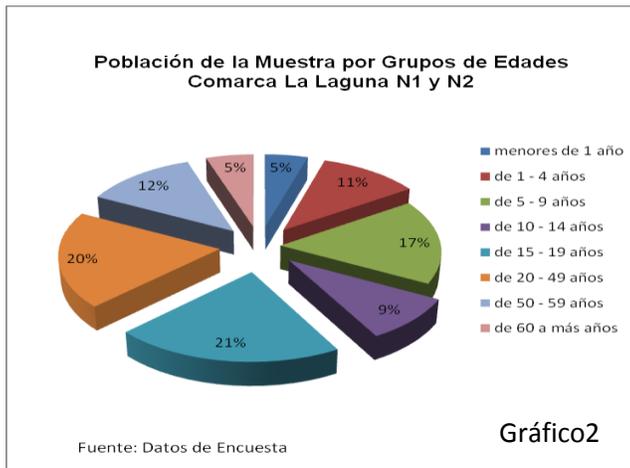


Gráfico1

de 15 a 19 años, seguido de una similitud de proporciones entre los 5 a 9 años y los de 20 a 49 años, una mayor población joven en la que debe invertirse en educación y salud. Este dato puede apreciarse mejor en el Gráfico2 que engloba el total.



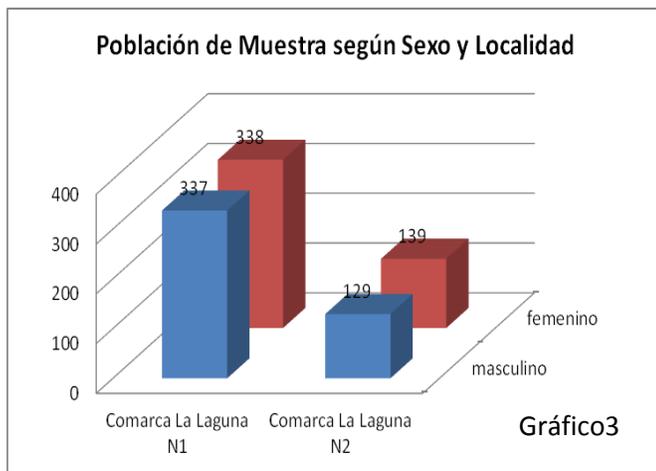
Los grupos etáreos fueron determinados según los grupos de población por ciclos de vida que define el Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario, en el que define la Niñez desde que un ser humano es concebido y abarca a los

individuos hasta antes de cumplir los 10 años de edad. La niñez es el grupo de población más desvalido que tiene la sociedad ya que es dependiente en diferentes grados.

Adolescentes que comprende a las personas de 10 a 19 años distinguidos en dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. La provisión de los servicios debe dirigir sus acciones hacia la prevención de adicciones, el embarazo precoz y no planificado, la promoción de estilos de vida saludable y la salud mental.

Adultos, que comprende a las personas de 20 a 59 años, que debe ser dividido al menos en dos subgrupos: las personas de 20 a 49 años y las de 50 a 59 años. Se trata de un grupo de población en edad productiva y reproductiva cuyos problemas de salud son originados en edades tempranas fundamentalmente por hábitos y estilos de vida poco saludable, accidentes laborales y exposición a factores ambientales cuyos efectos solo se detectan después de largo período, lo que impone severas exigencias para su atención.

Y Adultos mayores que comprende a las personas de 60 años y más. Como grupo esencial y vulnerable de la sociedad el adulto mayor debe vivir con dignidad y conservar la máxima capacidad funcional posible.



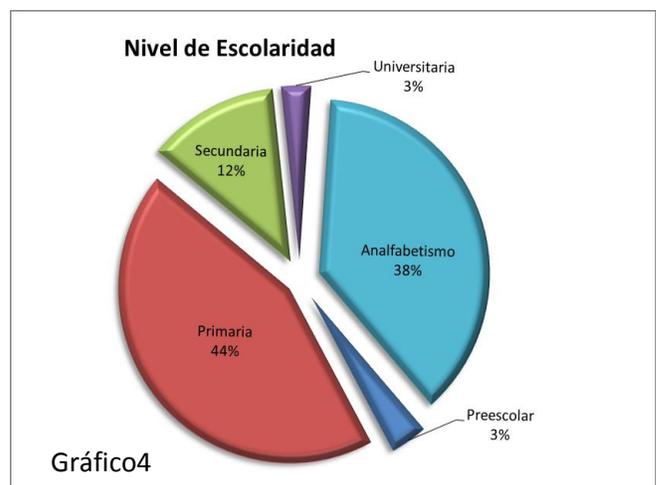
Respecto a la distribución de su población, en ambas comunidades la población femenina está en iguales proporciones a la población masculina. (Ver Gráfico3) Para mayor referencia a estos datos véase en el Anexo la Tabla No. 1.

Situación de servicios sociales básicos:

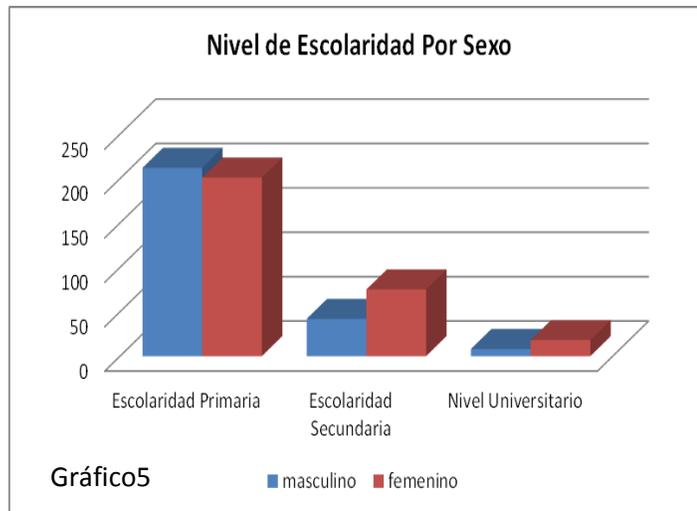
Educación:

Las comunidades cuentan con dos escuelas primaria y secundaria sabatina. El área presentaba serias deficiencias, tanto en infraestructura como sanitarias (falta de agua potable, no hay mantenimiento de las letrinas). Muchos niños y niñas viajan en bicicleta a estudiar a la ciudad de Granada.

El Gráfico4 nos muestra de manera global el nivel escolar de la población de las comunidades de Laguna No. 1 y No. 2, en el que se evidencia que el 44% tiene escolaridad de primaria, seguido de un alto índice de analfabetismo.



La mayor parte ha cursado la primaria completa o parte de ella. En el Gráfico5 se refleja la proporción por sexos de la población de la muestra que ha cursado estudios, el poco acceso a la educación secundaria y a la

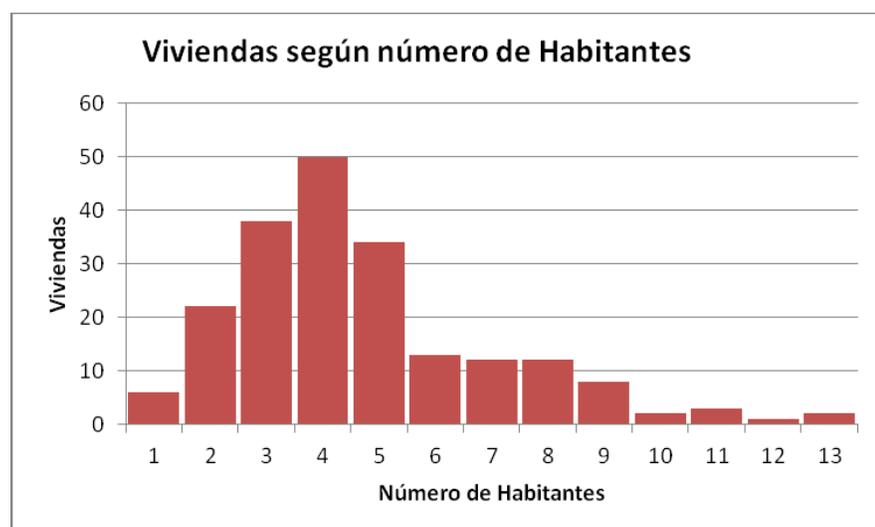


universidad y puede verse a la mujer como principal protagonista en la continuación de estudios.

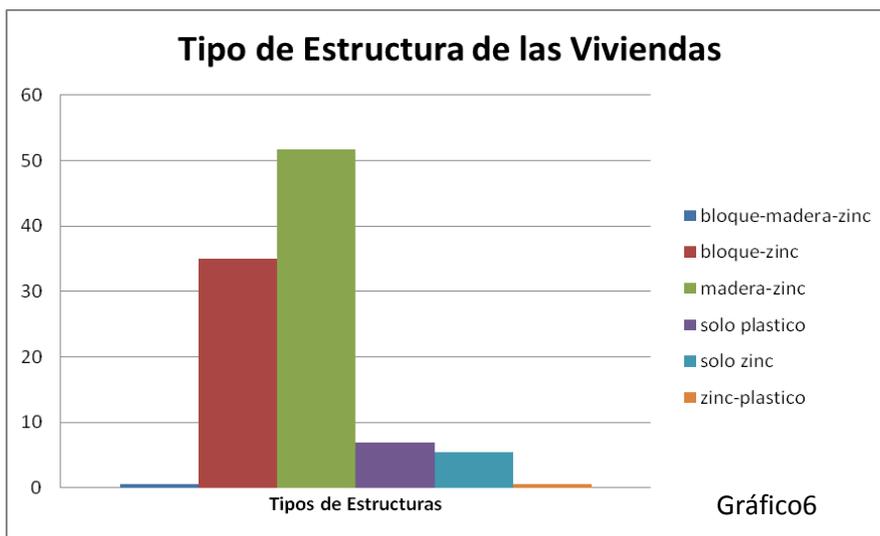
En cuanto a estos datos véase con más detalle en el Anexo la Tabla No. 2.

Vivienda:

De la muestra de 203 viviendas, el promedio de habitantes por vivienda es de 7 habitantes, donde en 108 hogares (53%) indicaron ser propietarios de su vivienda, en 32 viviendas (16%) sus habitantes manifestaron no ser los dueños y en el restante 31% no se pudo precisar este dato.

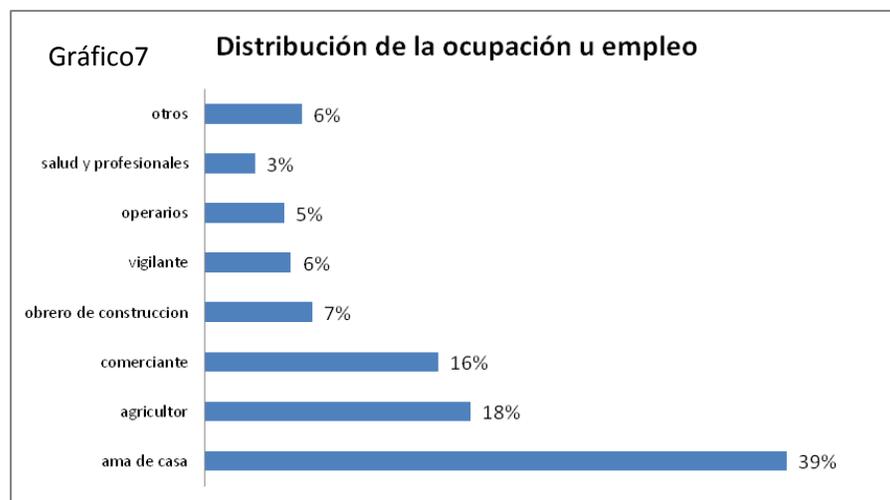


El 52% de las viviendas (ver Gráfico6) está constituido de madera con techo de zinc, seguido de un 35% de viviendas construidas con bloques y techos de zinc. Algunas viviendas son una combinación de madera rústica y plástico muy común en las zonas rurales. El piso lo tienen de tierra al igual que todas las viviendas del área rural, lo que hace fácil la transmisión de parásitos, problemas de piel, y condiciones higiénicas no adecuadas que facilitan las enfermedades de transmisión de enfermedades respiratorias y diarreicas. Véase en el Anexo la Tabla No. 4



Empleo:

El Gráfico7 (y en el Anexo Tabla No. 3) nos muestra las actividades económicas más sobresalientes de la población en estudio, en la variable *ama de casa* con un 39% se aglutina tanto la mujer que sale a trabajar fuera de la zona como doméstica así como la mujer que queda en el hogar y realiza trabajo no remunerado, actualmente se definen como asistentes de hogares, seguido de agricultor (18%), y comerciantes (16%). En salud y profesionales se incluyen las personas que trabajan como líderes o promotores y son pocas las personas con una preparación universitaria y que trabajan como técnicos.



Energía eléctrica:

El servicio está a cargo de Unión Fenosa y proviene del Servicio del departamento de Masaya. La red de distribución daba cobertura al 15% del total de viviendas, con un servicio deficiente e irregular y debido al crecimiento poblacional con conexiones ilegales.

Agua y saneamiento:

Las comunidades cuentan con un sistema de agua que tiene un año y medio de no funcionar y el agua la obtienen de un tanque a la entrada de la comunidades la cual es trasladada a las diferentes familias en barriles y por medio de carretas. No hay sistema de alcantarillado sanitario, y el 60% de los hogares encuestados utilizan letrinas.

sanitario	cantidad	%
no se determinó	55	27%
tienen	121	60%
no tienen	27	13%
	203	100%

El sistema de drenaje pluvial es inexistente, las evacuaciones se producen por escurrimiento natural de las aguas de lluvias, aprovechando la topografía del terreno. Igual sucede con las aguas de baños y lavaderos que desembocan en charcas contribuyendo a la insalubridad del medio.

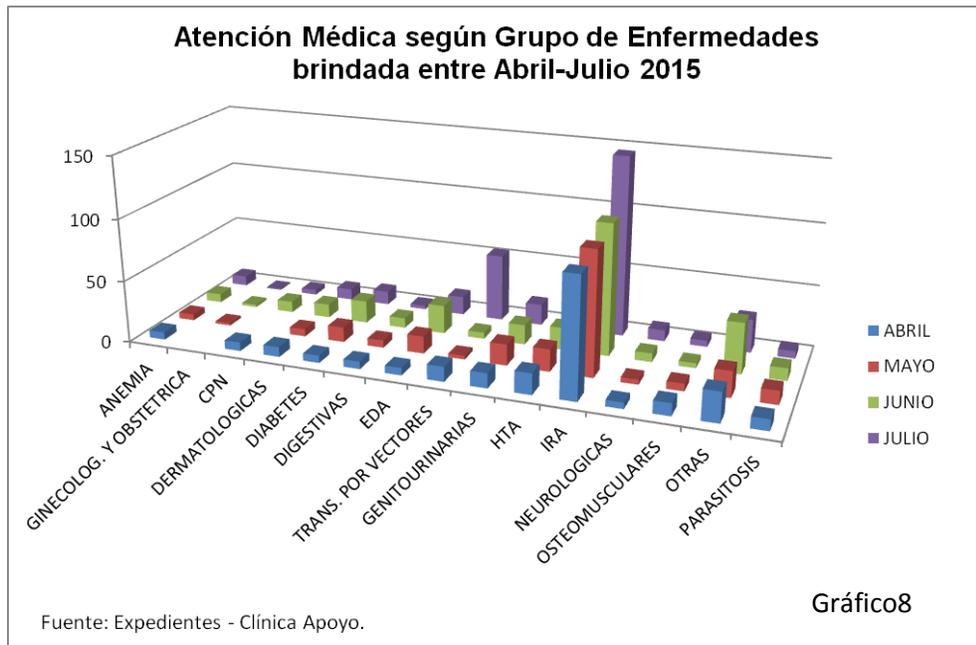
El siguiente cuadro nos muestra cuál es la disposición con respecto a la basura en los patios de los hogares encuestados.

basura	cantidad	%
al aire libre	51	25%
la entierran	19	9%
la queman	133	66%
	203	100%

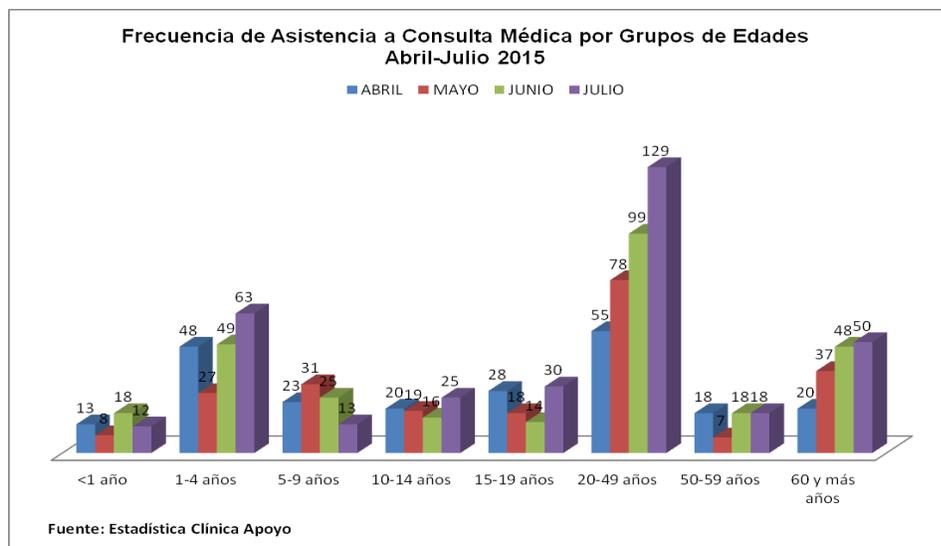
Salud:

Las comunidades cuentan con un Puesto de Salud ubicado en el Km. 49. El personal para la atención médica esta compuesto por 1 auxiliar, 1 médico y una enfermera graduada.

La atención médica se ha organizado en 9 sectores y cada unidad atiende a varias comunidades. En el período en estudio, se obtuvieron datos de la recurrencia a la atención médica de acuerdo a los grupos de enfermedades reflejados en el Grafico8. (Véase en Anexos Tabla No. 6) por distribución de edades y enfermedades podemos observar un epidemiología de transición ya que los grupos de edades menores sus principales motivos de consultas son enfermedades infecciosas como IRA, EDA, enfermedades de la piel, parasitosis, en los grupos etarios mayores encontramos Diabetes mellitus, hipertensión, problemas con triglicéridos y colesterol, y en grupos de edad fértil problemas relacionados con problemas de ginecológicos.



En el siguiente gráfico se muestra que hay tres grupos etáreos que mayormente solicitan la atención médica, el primero es el grupo entre 20-49 años, seguido de los niños entre los 1-4 años y los individuos de la tercera edad. (Ver Tabla No.7)



El siguiente cuadro nos muestra cuál fue la ponderación para cada uno de los miembros del personal de la clínica que atendió a la población de los hogares encuestados: de los cuales el 50% consulta a medico un 25% a Enfermera y el resto realiza sus consultas a Auxiliar, líder de Salud y o Promotoras.

Atendido por	hogares	%
MEDICO	100	49
ENFERMERA	50	25
AUXILIAR	40	20
LIDER DE SALUD	10	5
PROMOTORAS	3	1
	203	

Fuente: Encuesta-Clínica Apoyo

Nuestra población de los hogares en este estudio expresaron en la encuesta que tienen otras opciones en la búsqueda de la atención médica, circunstancia que les resulta favorable debido a su ubicación geográfica teniendo medios de transporte y la cercanía con la ciudad de Granada, como puede apreciarse en los siguientes datos:

LUGARES EN QUE HAN SOLICITADO LA ATENCION MÉDICA

Dónde fue atendido	hogares	%
CENTRO DE SALUD (MINSA)	40	19%
CLINICA APOYO	20	10%
DOMICILIO	10	5%
CLINICA DEL INSS	20	10%
CONSULTA PRIVADA	120	56%
TOTAL	210	

Fuente: Encuesta-Clínica Apoyo

Durante el período en estudio se registraron pocos nacimientos según se muestra en el sig. cuadro:

NACIMIENTOS ABRIL-JULIO 2015

MESES	#NACIMIENTOS
ABRIL	2
MAYO	3
JUNIO	2
JULIO	3
TOTAL	10

Fuente: Expedientes Clínica Apoyo

Este cuadro muestra la cantidad de niños que nacieron en un determinado tiempo, para la población de la Laguna la tasa de natalidad esperada es del 12%, ahí se producen 120 nacimientos al año por cada 1,000 habitantes, lo que significa que están bajas y será necesario realizar estudios adicionales para conocer las causas de esta disminución tales como, la investigación de prácticas de planificación familiar.

Los estados nutricionales de los niños (as) menores de 5 años fueron clasificados de la siguiente forma:

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. ABRIL-JULIO 2015

ESTADO		#NIÑOS	%
SOBREPESO	3	5	5
NORMAL	1	65	65
DESNUTRICION	2	30	30
TOTAL		100	

Fuente: Tarjeta de Vacunación Clínica Apoyo

El estado nutricional depende de varios factores o sea que es multicausal, entre ellos tenemos los inmediatos como: la falta de alimentos de calidad, cantidad y en el tiempo adecuado, la educación de la madres, el acceso a atención medica; las enfermedades infecciosas así como, las condiciones higiénicas sanitarias y calidad del agua, y como base de este problema de salud está la pobreza, la desigualdad social, además de los embarazos tempranos en adolescentes. Es importante que se realice un plan de trabajo sobre los 1000 días en que se divide el embarazo plus el nacimiento, es decir, de 0 a 6 meses y de 7 a 24 meses.

Serán necesarios estudios adicionales para determinar el Estado nutricional en menores de 5 años y en niños escolares así como, estudios relacionados a la Seguridad Alimentaria de acuerdo a sus cuatro pilares: Accesibilidad, Consumo, Disponibilidad y Utilización Biológica.

Los estados inmunitarios de los niños (as) menores de 5 años están recopilados en el cuadro siguiente:

**ESTADO INMUNITARIO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.
ABRIL-JULIO 2015**

ESTADO		#NIÑOS	%
Esquema Completo para la Edad	1	60	60
Esquema Incompleto para la Edad	2	40	40
TOTAL		100	

Fuente: Tarjeta de Vacunación Clínica Apoyo

La causa de cumplimiento del 60 % es que el estudio se hizo durante un corte a mitad del año pero, hay un plan de realizar la Feria de Salud que favorecerá la cobertura del 90 % programada por el MINSA para el resto del año 2015.

Los datos de mortalidad general durante este período están registrados en la siguiente tabla en que está definida la causa.

**MORTALIDAD GENERAL.
ABRIL-JULIO 2015**

No.	Nombres	Sexo	Edad (años)	Causa de muerte
1	VG	F	82	Senectud
2	NCH	M	25	Alcoholismo
3	JA	M	60	Alcoholismo
4	MG	F	60	Cáncer cérvico-uterino

Fuente: Expedientes Clínica Apoyo

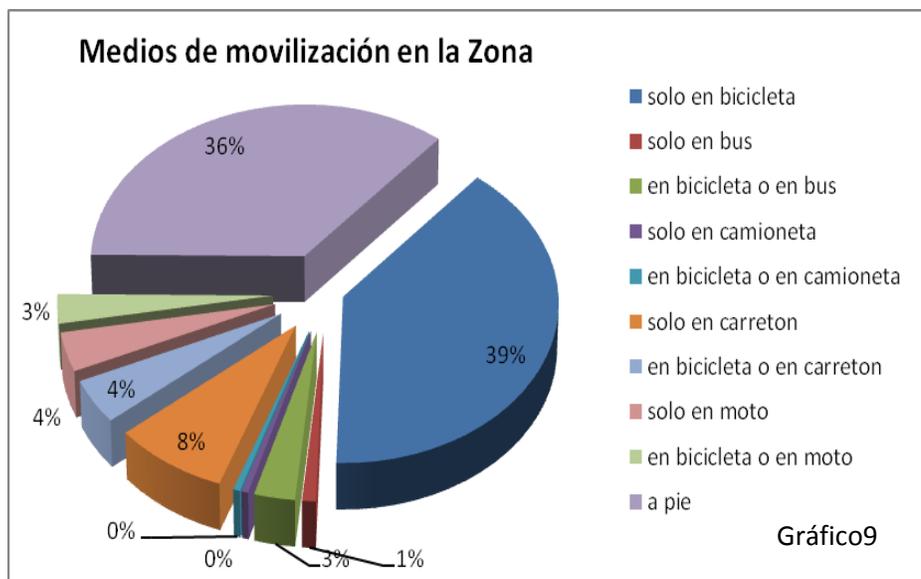
En estas causas destaca el tema del alcoholismo como un problema de salud pública y salud mental prevenible, por lo que será necesario realizar programas de educación con adolescentes y jóvenes y con las familias para la prevención de adicciones, la prevención de la violencia y de accidentes.

Telecomunicaciones:

No existen oficinas de telégrafos y red de telefonía convencional, todos estos servicios están ubicados en Granada pero, la gran mayoría tienen acceso a teléfonos celulares tanto de la compañía Movistar como de la de Claro.

Transporte:

Solo hay un transporte con 3 horarios de entrada, y buen porcentaje (el 75%) se moviliza a pie o en bicicleta, el resto se moviliza en carretas, moto o vehículos privados. Véase el Gráfico9 y en Anexos la Tabla No. 5.

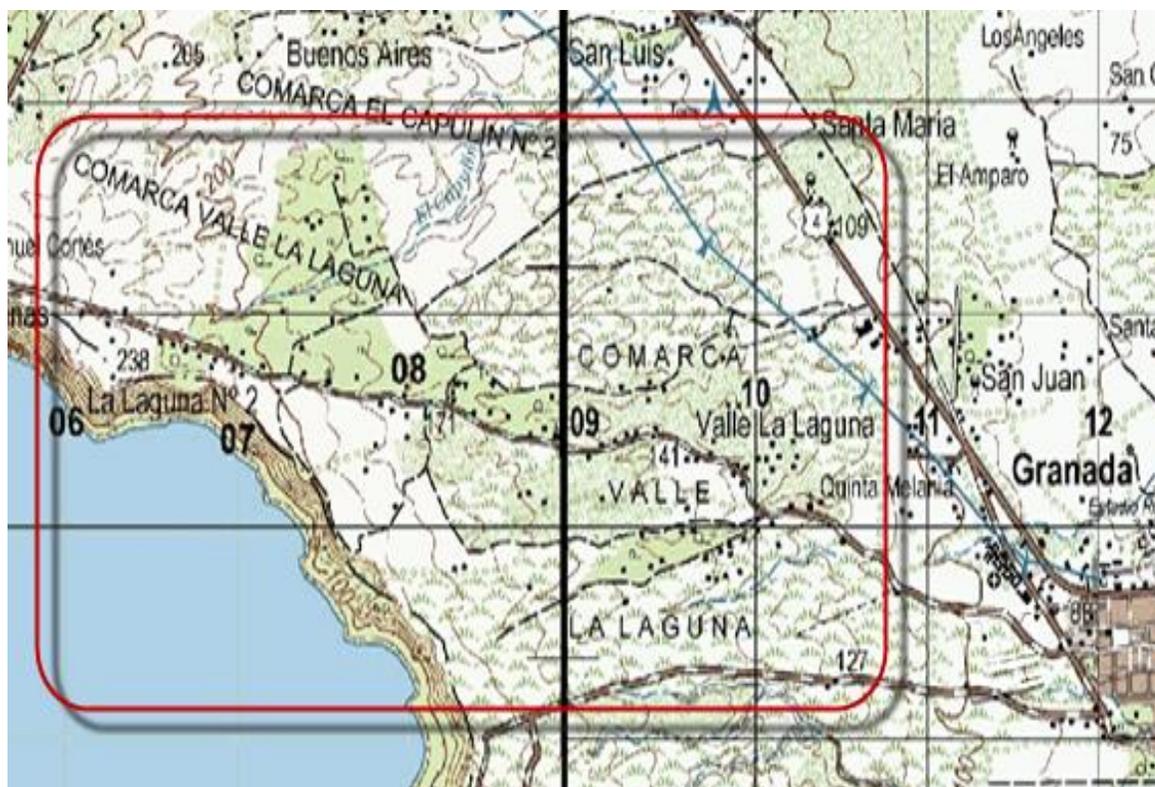


Vías de acceso:

El municipio tiene 16 Km. de camino de acceso que comunican a las comarcas, incluyendo la carretera troncal que es el único camino de acceso al municipio; el cual se enlaza con la carretera Masaya- Granada desde ahí se comunica con el resto del país.

Véase el mapa de la zona a continuación.

MAPA DE LA ZONA EN ESTUDIO: COMUNIDADES LA LAGUNA #1 Y #2



XIX-. CONCLUSIONES:

- Los grupos etáreos que prevalecen son los de 15 a 19 años, seguido de una similitud de proporciones entre los 5 a 9 años y los de 20 a 49 años, una mayor población joven en la que debe invertirse en educación y salud.
- En cuanto a la escolaridad encontramos que el 44 % tiene escolaridad de primaria, seguido de un alto índice de analfabetismo con un 38 %.
- Hay poco acceso a la educación secundaria en la que se destaca que hay más mujeres que continúan estudios y solo algunas continúan en la universidad.
- En cuanto al empleo se destacan las asistentes de hogares con un 39%, se aglutina tanto la mujer que sale a trabajar fuera de la zona como la mujer que queda en el hogar y realiza trabajo no remunerado. Seguido de agricultor (18%), y comerciantes (16%).
- En cuanto a las viviendas la mayoría de estas son de madera con techos de tejas, de barro o de zinc y el piso de la vivienda lo tenían de tierra al igual que todas las viviendas del área rural.
- Las comunidades cuentan con un sistema de agua que tiene un año y medio de no funcionar y el agua la obtienen de un tanque a la entrada de las comunidades la cual es trasladada a las diferentes familias en barriles y por medio de carretas. No hay sistema de alcantarillado sanitario, y el 60% de los hogares encuestados utilizan letrinas. En cuanto a la basura la mayoría la quema o la entierran.
- En cuanto a la morbilidad se puede decir que es una epidemiología de transición donde persisten problemas infecciosos como IRA, EDA, problemas de piel, parasitosis, y en los jóvenes y adultos prevalece las enfermedades de HTA, diabetes mellitus, problemas de triglicéridos, colesterol.

- Los grupos atareos que más frecuentan la consulta médica son los menores de 5 años y los grupos de 20 a 36 años.
- La cobertura de inmunizaciones es de un 70 % y el estado nutricional persiste una desnutrición crónica que se establece con la talla de los niños menores de 5 años, cuyas causas son múltiples pero las inmediatas es la cantidad y calidad de comidas, la educación de la madre, embarazo tempranos, y la pobreza.
- En cuanto al acceso a la atención médica, en un 50% la población tiene acceso a servicios de salud y a consultas médicas, tanto privadas como asistencia a través del MINSA.

X. RECOMENDACIONES

- Se debe continuar trabajando conjuntamente con los miembros de la comunidad, que son fundamentales en la realización de un Análisis de Situación de Salud y para cualquier otra actividad e inclusive compartir este estudio para que sirva de base para la realización de proyectos de vivienda, de alfabetización y proyectos de higiene ambiental.
- Debemos manejar la Intersectorialidad, redes y hacer ver a todos los sectores de la sociedad tanto públicos como privados, que la salud es problema de todos, y que cada uno debe colocar su aporte "un granito de arena" para juntos construir esa nueva ciudadanía, siempre con la meta de garantizar la seguridad social y mejorar la calidad de vida del hombre en su entorno.
- Un ejemplo real de todo lo expuesto será gestionar con la Alcaldía de Granada para gestionar la colocación de dispensadores de basura en las calles y poder disfrutar del servicio de Aseo urbano una vez por semana, considerando el mal estado de las vías.
- Seguir gestionando el proyecto de viviendas dignas ello mejorará su calidad de vida, habrá seguridad social, disminuirá los niveles de hacinamiento en las familias, instalar el servicio de agua intra domiciliaria disminuiría el riesgo de contraer enfermedades diarreicas.
- Es necesario un programa de salud mental con adolescentes y jóvenes para prevenir el alcoholismo, droga y embarazo de adolescentes en conjunto con las madres y padres, la prevención de violencia intrafamiliar.

XI- BIBLIOGRAFIA

1. Ley No. 423: Ley General de Salud (2002, 17 de mayo). *La Gaceta*, No. 91.
2. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. (2008, julio). Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). MINSA: Managua.
3. Hernán. San Martín. Edición Científica (1993). Administración en Salud Pública. *La Prensa Médica Mexicana*. S.A. de C.V. Ed. Copilco. México. pp. 105-106.
4. Villalobos, L. (1989). Salud y Sociedad: Un enfoque para Centroamérica. ICAP. San José, Costa Rica.
5. Baquero, J. (1985). Salud Pública. Domiciliación y su influencia social. *Puerta Pirámide*. S.A. Madrid. p. 35.
6. H. De Canales, E.L. de Alvarado, E.B. Pineda. (1989). Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS.OMS. (2ª reimpresión) *Public. PASCAP.No.16*. Colombia.
7. Espinoza J. & Martínez M. (1999) Salud Comunitaria: conceptos, métodos, herramientas. (1ª Ed.). Acción Médica Cristiana. Managua.
8. OPS.OMS. (1989) Evaluación de necesidades en el sector salud. *Cuaderno técnico No. 11*. Washington D.C. p.1.

9. OPS.OMS Estado de Salud de las Comunidades. Aspectos generales. Evaluación y reducción de la vulnerabilidad física y funcional. Vol.1. pp. 1-3.
10. Organización Panamericana de la Salud. (1992). Salud ambiental en comunidades. (2ª Ed.) *Publicación científica No. 430*. Washington D.C.
11. Restrepo Vélez Ofelia. (2013, mayo 15). Salud Comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño, o utopía? *Seminario Regional de Salud y Comunidad en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*. (pp. 7-8)
12. San Martín, Hernán. Salud comunitaria: teoría y práctica. (1984). *Edic. Diaz de Santos, S.A.* Madrid, España.
13. Zurro A. & Jodar G. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Cap. 1. (2011). Ed. Elsevier. España, S.L. (pp. 4-5).

XII. ANEXOS

Encuesta para Describir el Estado de Salud

Encuesta No. _____

I- DATOS GENERALES:

Municipio: _____

Barrio o lugar de residencia: _____

Nombre del jefe de familia: _____

Procedencia: _____

II- DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS:

No	Integrantes familiares	Sexo		Edad	Escolaridad	Ocupación
		F=1	M=2			

Edad

< 1 año = 1
 1 – 4 = 2
 5 – 9 = 3
 10-14= 4
 15-19= 5
 20-49= 6
 50-59= 7
 60 o más años=8

Escolaridad

Analfabeta = 1
 Alfabeta = 2
 Primaria completa = 3
 Primaria incompleta = 4
 Secundaria completa = 5
 Secundaria incompleta = 6
 Técnico = 7
 Universitario = 8

Ocupación

Ama de casa = 1
 Agricultor = 2
 Comerciante = 3
 Trabajador de Salud = 4
 Desempleado = 5
 Otro, especificar = 6

- **Tipo de vivienda :**

Propia: si ____1 no ____2 Otro (especificar) _____3

No. Cuartos _____

Cuántos habitan _____

1. PAREDES _____

2. TECHO _____

3. PISO _____

1. madera

1. zinc

1. ladrillo

2. minifalda

2. teja

2. embaldosado

3. adobe

3. nicalit

3. tierra

4. bloque

4. plástico

4. otro (especificar)

5. ripios (cartón, plástico, lata).

5. paja

6. otro (especificar)

6. Otro (especificar)

III- CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS:

1- Luz eléctrica

si ____ 1

no ____ 2

2- Agua de consumo

Potable intradomiciliar ____ 1

Potable Pública ____ 2

Pozo ____ 3 Río ____ 4

Otros, especificar _____5

3- Tratamiento del agua:

La cloran ____ 1 La hierven _____ 2 ninguna _____ 3

4- Disposición de excretas:

Letrina ____ 1 Inodoro _____ 2

Al aire libre ____ 3 Otro, especificar _____ 4

5- Eliminación de aguas servidas

Desembocan en charcas____ 1 Drenan en algún río ____ 2

Las tiran al aire libre____ 3 Otros (especificar) _____ 4

6-Eliminación de basuras:

La entierran _____ 1 La queman _____ 2 Al aire libre _____ 3

IV- SERVICIOS DE SALUD.

a) Se ha enfermado alguien en este mes: sí _____ 1 no ____ 2

b) De que se han enfermado _____

EDA/ Cólera 1

Parasitosis 5

IRA 2

Conjuntivitis 6

Dermatosis 3

Diabetes-HTA 7

Malaria / Dengue 4

Trastornos mentales 8

Otros(especificar) 9

c) Busca atención médica: sí ____ 1 no ____ 2

d) Dónde la recibe:

Centro de Salud ____ 1

Clínica Apoyo ____ 2

Domicilio ____ 3

Otro (especificar) _____ 4

a) ¿Quién lo atiende?

Médico ____ 1

Enfermera ____ 2

Auxiliar ____ 3

Líder ____ 4

Promotoras ____ 5

Otros (especificar) _____ 6

V- Estado Nutricional de los niños(as) menores de 5 años

No	Edad	Sexo		Perímetro braquial (cm)	Clasificación
		F =1	M=2		

Edad

< 3m = 1

3m – 5m = 2

6m – 23m = 3

24m – 59m = 4

Clasificación

Normal 1

Desnutrido 2

VI- Estado inmunitario en niños (as) menores de 5 años

No	Edad	Estado inmunitario

Estado inmunitario

Completo 1

Incompleto 2

VII- Mortalidad Infantil

No.	Edad	Sexo		Causa de muerte
		F= 1	M= 2	

Edad

< 28 días = 1
4

28 días – 1a = 2

1a - < 5a = 3

Causa

EDA 1 Enfermedades inmunoprevenibles

IRA 2 Otros (especificar) 5

SEPSIS 3

VIII- Mortalidad Materna

No.	Edad	Sexo		Causa de muerte
		F= 1	M= 2	

Edad

< 20a = 1
 20-34 = 2
 >35 =3

Causas

Aborto = 1 Pre eclampsia = 4
 Hemorragia = 2 Otros (especificar) = 5
 Sepsis =3

IX- Mortalidad General

No.	Edad	Sexo		Causa de muerte
		F=1	M=2	

Tabla No.1

Habitantes de los hogares encuestados agrupados por Edad, Sexo y Localidad

Barrio o localidad	menores de 1 año			de 1 a 4 años			de 5 a 9 años			de 10 a 14 años			de 15 a 19 años			de 20 a 49 años			de 50 a 59 años			de 60 a mas años			TOTAL		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Comarca La Laguna N1	20	17	37	31	32	63	72	48	120	28	29	57	60	83	143	66	67	133	39	45	84	21	17	38	337	338	675
Comarca La Laguna N2	5	2	7	20	21	41	18	22	40	12	17	29	28	29	57	25	26	51	16	16	32	5	6	11	129	139	268
Total	25	19	44	51	53	104	90	70	160	40	46	86	88	112	200	91	93	184	55	61	116	26	23	49	466	477	943

Tabla No. 2

Nivel de Escolaridad por Sexo y Localidad

Localidad	Escolaridad Pre escolar	Escolaridad Primaria			Escolaridad Secundaria			Nivel Universitario			Total de Escolaridad			Sin ninguna escolaridad		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Comarca La Laguna N1	24	169	156	325	30	61	91	8	15	23	207	232	463	90	79	169
Comarca La Laguna N2	9	43	45	88	12	14	26	0	3	3	55	62	126	32	27	59
Total	33	212	201	413	42	75	117	8	18	26	262	294	589	122	106	228

Tabla No. 3
Distribución de la Ocupación u Empleo

OCUPACION	TOTAL
ama de casa	162
agricultor	74
comerciante	65
obrero de construcción	30
vigilante	24
operarios	22
salud y profesionales	14
otros	27
TOTAL	418
no trabajan	165

Tabla No. 4
Tipos de Estructuras de Viviendas

tipo de vivienda	total
bloque-madera-zinc	1
bloque-zinc	71
madera-zinc	105
solo plástico	14
solo zinc	11
zinc-plástico	1
	203

Tabla No. 5
Medio de Movilización – Hogares

medios de movilización	cantidad
solo en bicicleta	80
solo en bus	2
en bicicleta o en bus	6
solo en camioneta	1
en bicicleta o en camioneta	1
solo en carretón	17
en bicicleta o en carretón	9
solo en moto	8
en bicicleta o en moto	6
a pie	73
	203

Tabla No. 6
Atención Médica brindada en el período Abril-Julio 2015 según Grupo de Enfermedades
Clínica Apoyo

GRUPO ENFERMEDADES	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO	
ANEMIA	6	2.68%	5	2.22%	7	2.46%	8	2.35%
GINECOLOGICAS Y OBSTETRICAS			2	0.89%	2	0.70%	1	0.29%
CONTROL PRE NATAL (CPN)	7	3.13%			9	3.16%	4	1.18%
DERMATOLOGICAS	8	3.57%	6	2.67%	11	3.86%	9	2.65%
DIABETES	6	2.68%	12	5.33%	18	6.32%	11	3.24%
DIGESTIVAS	6	2.68%	6	2.67%	8	2.81%	3	0.88%
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)	6	2.68%	14	6.22%	23	8.07%	15	4.41%
TRANSMITIDAS POR VECTORES	12	5.36%	3	1.33%	5	1.75%	54	15.88%
GENITOURINARIAS	12	5.36%	17	7.56%	16	5.61%	17	5.00%
HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)	17	7.59%	18	8.00%	18	6.32%	25	7.35%
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	96	42.86%	100	44.44%	106	37.19%	146	42.94%
NEUROLOGICAS	5	2.23%	4	1.78%	7	2.46%	9	2.65%
OSTEOMUSCULARES	10	4.46%	6	2.67%	4	1.40%	5	1.47%
OTRAS	24	10.71%	21	9.33%	41	14.39%	27	7.94%
PARASITOSIS	9	4.02%	11	4.89%	10	3.51%	6	1.76%
TOTAL	224	100.00%	225	100.00%	285	100.00%	340	100.00%

Tabla No.7

**Atención Médica brindada en el período Abril-Julio 2015
según Grupo de Edades y Comunidad
Clínica Apoyo**

MESES	COMUNIDAD	<1 año			1-4 años			5-9 años			10-14 años			15-19 años			20-49 años			50-59 años			60 y más años			TOTAL		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
ABRIL	Laguna #1	3	4	7	16	12	28	8	9	17	8	8	16	4	19	23	10	32	42	6	8	14	2	10	12	57	102	159
	Laguna #2	1	5	6	17	3	20	2	4	6	3	1	4	3	2	5	3	10	13	0	4	4	0	8	8	29	37	66
	Total	4	9	13	33	15	48	10	13	23	11	9	20	7	21	28	13	42	55	6	12	18	2	18	20	86	139	225
MAYO	Laguna #1	2	3	5	13	6	19	5	14	19	3	8	11	6	8	14	7	43	50	1	2	3	6	22	28	43	106	149
	Laguna #2	1	2	3	3	5	8	8	4	12	5	3	8	0	4	4	8	20	28	0	4	4	0	9	9	25	51	76
	Total	3	5	8	16	11	27	13	18	31	8	11	19	6	12	18	15	63	78	1	6	7	6	31	37	68	157	225
JUNIO	Laguna #1	5	6	11	18	13	31	7	6	13	7	6	13	3	7	10	26	54	80	4	9	13	15	24	39	85	125	210
	Laguna #2	5	2	7	14	4	18	5	7	12	3	0	3	1	3	4	5	14	19	2	3	5	1	8	9	36	41	77
	Total	10	8	18	32	17	49	12	13	25	10	6	16	4	10	14	31	68	99	6	12	18	16	32	48	121	166	287
JULIO	Laguna #1	6	1	7	26	18	44	4	5	9	6	12	18	8	14	22	26	58	84	6	8	14	8	33	41	90	149	239
	Laguna #2	5	0	5	15	4	19	4	0	4	6	1	7	3	5	8	10	35	45	2	2	4	3	6	9	48	53	101
	Total	11	1	12	41	22	63	8	5	13	12	13	25	11	19	30	36	93	129	8	10	18	11	39	50	138	202	340