



Análisis de la situación de salud de 50 familias en el municipio Cienfuegos

Analysis of the health situation of 50 families of the Cienfuegos municipality

Dra. M, Liliam Chamizo Marques¹

liliamchamizo@gmail.com

Recibido: 1/07/2019; Aceptado: 1/09/2019

RESUMEN

El siguiente trabajo investigativo trata sobre el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) realizado en la comunidad que atiende el Consultorio Médico Familiar # 17, del Área I, del municipio Cienfuegos durante el período comprendido entre enero hasta mayo de 2018. El universo lo constituyó un total de población de 124 habitantes agrupados en 50 familias. El mismo persigue como objetivo principal, describir la situación de salud de las familias en estudio caracterizando demográficamente la población, analizando el comportamiento de las determinantes condiciones y estilo de vida, ambiente natural modificado, biología humana y organización de los servicios de salud; con sus respectivos componentes. Para este estudio observacional, descriptivo, de cohorte transversal se utilizaron diferentes fuentes para obtener la información, apoyándonos en entrevistas médicas realizadas a las familias, historias clínicas familiares, historias clínicas individuales, tarjetero de citología, las hojas de trabajo de consulta y terreno y el tarjetero de vacunación. Para la tabulación de los datos se utilizó Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word 2010. Como resultados principales se tiene que la mayor parte de la población está empleada, aunque también existe un gran número de jubilados y amas de casas y que cuenta con un nivel escolar bueno, hacia la cual debe ir dirigida la labor en el consultorio. Se identificaron como principales problemas de salud las enfermedades crónicas no transmisibles. Se realizó la priorización de los mismos a través de técnicas cualitativas con participación comunitaria y se elaboró las acciones para darle solución a los problemas existentes.

Palabras clave: análisis, problema, salud, crónicas

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

ABSTRACT

The following research work is about the Situation Analysis of Health (SSA) conducted in the community served by the Family Medical Clinic # 17, the municipality Cienfuegos from January to May of 2018. The universe was a total population of 124 inhabitants grouped into 50 families. It pursues the same objective an analysis (SSA) in the corresponding area, demographically characterize the study population, analyzing the behavior of the determining conditions and lifestyle, modified natural environment, human biology and organization of health services; with their respective components. an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted, and retrospective, for which different sources of information used and received by the physician and nurse Family Medical Clinic. community surveys were applied to collect information on food, exercise habits practical and hygienic environmental status of housing. The main results will have to most of the population is employed, although a large number of retirees and housewives and has a good school level, to which should be directed the work in the office. Major health problems were identified and prioritizing them was conducted through qualitative techniques with community participation and action was developed to provide solutions to existing problems.

Keywords: analysis, problem, health, chronics

Introducción

En la salud pública socialista la promoción , prevención y conservación de la salud de la población se convierte en obligación del estado y de sociedad, representa además un sistema de medidas socioeconómicas y medico sanitarias dirigidas a la conservación y el mejoramiento de la salud del pueblo, la prevención de las enfermedades, la disminución de la morbilidad y mortalidad, así como garantizar a la población condiciones sanas de vida y de trabajo que permitan elevar la capacidad laboral prolongar el promedio de vida de los hombres.

El análisis de la situación de salud se define como un instrumento científico metodológico para identificar, priorizar y solucionar los problemas de salud de una comunidad determinada, representa el momento explicativo del enfoque estratégico de la planificación. Es tema imprescindible en la formación del médico de familia, cuyo desempeño, sustentado en los problemas de la comunidad, requiere de ese instrumento facilitador para la identificación y solución de esta problemática, ubicado en cualquier sector de la población ya que permite autoevaluar su trabajo y trazar pautas para un adecuado plan de acción.

Constituye además una investigación imprescindible en la formación del médico de la familia que a su vez hace posible que interactúen de manera simultánea aquellos procesos físicos, químicos y biológicos con individuo y en general con la población.

Se caracteriza por ser un proceso continuo y dinámico el cual se realiza con participación activa de los sectores tanto sociales como comunitarios, destacando así que su finalidad y objetivo fundamental es evaluar cuales son los problemas

principales de salud en la comunidad, establecer sus prioridades y definir alternativas de solución para mejorar el nivel de salud del colectivo o comunidad estudiada, por tanto su diagnóstico se obtiene al describir y realizar un análisis crítico de los componentes socio históricos, culturales y sociodemográficos de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios, para identificar sus interrelaciones y poder explicar los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social.

En Cuba el ASIS constituye un elemento indispensable para el trabajo del médico de la familia, su generalización y sistematicidad son reglas que rigen el trabajo de los profesionales de la salud en la atención primaria.

Desarrollo

Componente i. Descripción de la situación socio histórica y cultural del territorio.

1.1. Caracterización geográfica

La población estudiada se ubica en la Manzana #264 del CMF # 17 del Área de Salud # I. Dicha Manzana limita al Norte con Avenida 64, al Sur con Avenida 62, al Este con Calle 31 y al Oeste con Calle 29, sirviendo como límite de referencia entre Pueblo Nuevo y el Consejo Popular Punta Cotica. Presenta un relieve llano sin accidentes geográficos a destacar y respecto a las características climáticas es una zona de temperaturas acordes a nuestro país y región tropical, solo destacar que se presenta la humedad algo más elevada, así como la fuerza de los vientos en algunas ocasiones debido a la gran cercanía con aguas de nuestra Bahía Cienfueguera.

1.2. Transporte, vías de acceso y urbanización

Los principales medios de transporte público son los ómnibus, con rutas tales como: Ruta 5 a Tulipán, Ruta 200 a Venta del Río, Ruta 6A al Hospital Provincial. Además de otros transportes particulares. El total de las 50 viviendas donde radican las familias se encuentran electrificadas. Un total de 35 casas de las mismas presentan telefonía fija.

1.3. Áreas culturales y recreativas:

La población en estudio no cuenta con áreas para el disfrute de la cultura y la recreación cerca de su ubicación.

1.4. Creencias religiosas.

La gran mayoría de las personas practican la religión Yoruba y solo un pequeño grupo de personas practican otras religiones como Testigos de Jehová, Catolicismo, entre otras.

Componente II: Caracterización socio-demográfica de la población

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de la población en el tiempo comprendido de enero a mayo del 2018

Edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0-4	2	3,92	5	6,85	7	5,65
5-9	0	0,00	1	1,37	1	0,81
10-14	2	3,92	4	5,48	6	4,84
15-19	3	5,88	5	6,85	8	6,45
20-24	4	7,84	4	5,48	8	6,45
25-29	3	5,88	3	4,11	6	4,84
30-34	2	3,92	6	8,22	8	6,45
35-39	4	7,84	4	5,48	8	6,45
40-44	6	11,76	8	10,96	14	11,29
45-49	5	9,80	10	13,70	15	12,10
50-54	9	17,65	3	4,11	12	9,68
55-59	2	3,92	6	8,22	8	6,45
60-64	2	3,92	6	8,22	8	6,45
65-69	1	1,96	3	4,11	4	3,23
70-74	3	5,88	2	2,74	5	4,03
75 y más	3	5,88	3	4,11	6	4,84
Total	51	100,00	73	100,00	124	100,00

Fuente: Historias de salud familiar

* Los porcentajes se calcularon por sexos y con respecto al total

Como se aprecia en la tabla de distribución de la población por sexo y grupo de edades, de la población en estudio de 50 familias con un total de 124 habitantes, existe un predominio de la población femenina con respecto a la masculina, existiendo 73 mujeres que representan el 58,89% de la población y 51 hombres que representan el 41,13% de la población, con predominio poblacional en las edades entre 45 y 49, con 15 habitantes en total lo que representa el 12,10%, seguido por las edades entre 40 y 44, 50 y 54, ocupando estas en conjunto el 20,97% de la población.

En el caso de los hombres predominan las edades entre 50 y 54, con un 17,65%; mientras en las mujeres predominan las que tienen entre 45 y 49 años, lo que representa el 13,70% de las mujeres en total. Con relación al consultorio 17 se comporta de acuerdo con la distribución del sexo de igual manera siendo mayor la proporción de las mujeres con respecto a los hombres.

Índice de Envejecimiento (Índice de Rosset): $\frac{\text{Población mayor a 65 años}}{\text{Población Total}}$

Resultado: 12,09% aproximadamente.

Llevando este resultado a la escala de categorías que evalúa en Índice de Rosset podemos clasificar a esta población como envejecimiento avanzado debido a que se encuentra entre un rango de más de 10% y menos de 13%.

Existe un predominio de la población adulta con relación a la infantil y con un índice de envejecimiento avanzado, que no es correspondiente al del consultorio, pues en el mismo los resultados fueron de población en envejecimiento incipiente.

Esto se debe a que, en el caso de las familias estudiadas, la mayoría de las viviendas son de reciente construcción y sus miembros son principalmente adultos jóvenes y su descendencia, mientras que los ancianos que en ellas viven, representan la minoría.

2.1. Pirámide poblacional

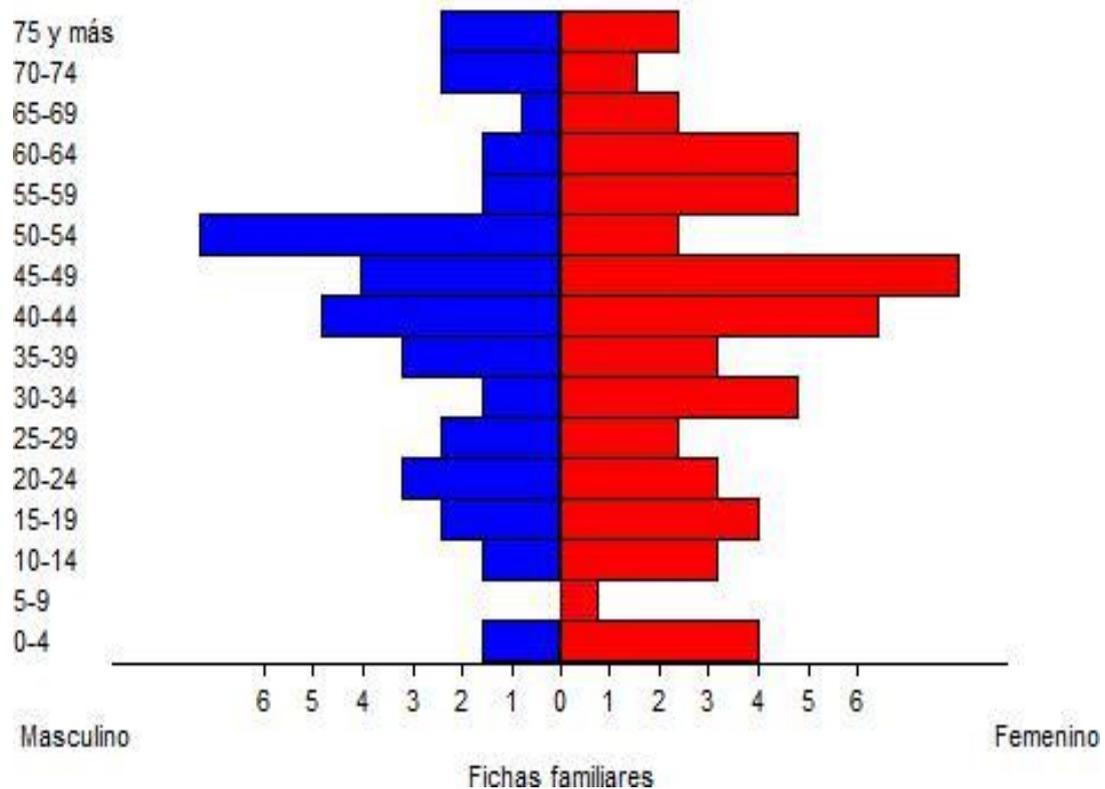


Gráfico 1: Pirámide Poblacional

Fuente: Historias de Salud Familiar

En este caso, presentamos una pirámide de base y cúspide estrechas, ancha en el centro, de tipo estacionaria, característica de países en vías de desarrollo como el nuestro. De forma general, esta se caracteriza por presentar aproximadamente igual número de individuos en cada grupo de edades. Como la mayor parte de esta población se encuentra en la etapa de adultez las enfermedades que más van a incidir son las crónicas no trasmisibles. De igual manera se comporta a nivel de consultorio dando en el mismo una pirámide estacionaria.

2.2. Nivel de escolaridad de la población mayor de 15 años

Tabla 2. Nivel de escolaridad de los mayores de 15 años

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria terminada	4	3,64	2	1,82	6	5,45
Secundaria terminada	17	15,45	22	20,00	39	35,45
Preuniversitaria terminada	16	14,55	21	19,09	37	33,64
Técnico Medio	3	2,73	8	7,27	11	10,00
Universitario terminado	7	6,36	9	8,18	16	14,55
No escolarizado	0	0,00	1	0,91	1	0,91
TOTAL	47	42,73	63	57,27	110	100,00

Fuente: Historias de salud familiar

El nivel de escolaridad en mayores de 15 años de nuestra población de estudio puede considerarse bueno, apareciendo como predominante el nivel medio con un 35,45% por lo que nos ha facilitado desempeñar en muchas ocasiones nuestra labor de Promoción y Prevención. Le siguen las personas con nivel medio superior, que ocupan el 33,64% de la población. Mientras que solo hay una fémina no escolarizada, de 86 años de edad que llego hasta tercer grado, pero no termino la primaria. Con respecto al consultorio 17 es la misma situación quedando en los mismos niveles educacionales que la población estudiada.

2.3. Dedicación ocupacional de la población mayor de 18 años

Tabla 3. Ocupación de los mayores de 18 años

Ocupación	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Obreros de servicio	4	10,00	7	12,96	11	11,70
Profesionales	7	17,50	13	24,07	20	21,28
Docentes	5	12,50	4	7,41	9	9,57
Cuentapropistas	10	25,00	5	9,26	15	15,96
Amas de casa	0	0,00	2	3,70	2	2,13

Técnicos	3	7,50	0	0,00	3	3,19
Administrativos	4	10,00	1	1,85	5	5,32
Desocupados	0	0,00	10	18,52	10	10,64
Jubilados	7	17,50	12	22,22	19	20,21
Total	40	100,00	54	100,00	94	100,00

Fuente: Encuestas realizadas a la población

La tabla muestra como la gran parte de la población mayor de 18 años de nuestras 50 familias en estudio se encuentra empleada ya sea de forma estatal o de forma no estatal (67,02%) contribuyendo al desempeño y sustento familiar y el 32,98% se encuentran desempleados entre ellos jubilados, ama de casas, jóvenes en proceso de aprendizaje y desocupadas en edad laboral.

Llama la atención que el 25% de los hombres son trabajadores por cuenta propia lo que contribuye tanto a la economía del país como a la familiar siempre manteniendo una consonancia con los lineamientos del PCC.

No se puede obviar el hecho que de forma general predominan los profesionales, que representan el 21,28%, seguido por los jubilados que ocupan el 20,21%. Datos que de forma general coinciden con los del consultorio.

2.4. Satisfacción de las Necesidades Básicas de las 50 familias

Tabla 4. Satisfacción de las necesidades básicas

Familias con satisfacción de las necesidades Básicas	B		R		M	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	38	76	10	20	2	4

Fuente: Encuesta realizadas a la población

- Buena: satisfacen las necesidades de alimentación, recreación, instrucción y garantizan la higiene personal y ambiental.
- Regular: Satisfacen 3 o menos NB o lo hacen parcialmente.
- Mala: Presentan serias dificultades 4 o más NB.

Como podemos comprobar, debido a que la mayoría de nuestra población se encuentra empleada pues éstas presentan una buena satisfacción de las necesidades básicas con un 76% del total de nuestras familias pero nos hace pensar ``¿por qué si en nuestras familias existen un número considerable de personas que no están empleadas, como las desocupadas y jubilados, casi el total de familias tiene buena satisfacción de sus necesidades básicas?´´, esto se debe a que nuestra población recibe remesas de familiares que se encuentran en el extranjero lo que puede responder dicha interrogante.

En los casos los ancianos pertenecientes a las familias de clasificación mala así como otros con clasificación de regular en la satisfacción de las necesidades básicas, reciben el beneficio del plan cantina en un local cerca de sus viviendas llamado Bar de Chendi. De igual forma se comporta en el consultorio.

Razón de dependencia existente en la población de las 50 familias.

Mayores de 60 años y menores de 15 años
población económicamente activa (15 – 59 años)

Resultado: 42,52

Acorde a la fórmula utilizada que determina la razón de dependencia en nuestra población se arriba al hecho de que en las 50 familias de forma general existen 42 personas de cada 100 que dependen de las activamente empleadas, pero que hay que tener en cuenta que en el caso de los hombres, la edad laboral es hasta los 65, además algunos de los jubilados trabajan, por lo que son independientes económicamente.

2.5. Clasificación de las familias según su constitución

Tabla 5. Clasificación de las familias según su constitución

Clasificación Familiar	Nº	%
Nuclear	36	72
Extensa	12	24
Ampliada	2	4
Total de Familias	50	100

Fuente: Historia Clínica Familiar

La tabla muestra como de un total de 50 familias el 72% de ellas constituyen familias de tipo nuclear compuesta por dos generaciones (padres e hijos) y siguiéndolas, en segundo orden, tenemos a las familias extensas con un 24%. Solo existen 2 familias donde viven ancianos solos que representa un 5% del total de familias nucleares. También existen 9 familias nucleares a cargo de mujeres que representan un 25% de estas. También en el consultorio existe un predominio de familias nucleares.

2.6. Fecundidad

Tasa de Fecundidad y natalidad: Se establece que la fecundidad en una población se mide de acuerdo a la cantidad de hijos nacidos en el periodo analizado por cada mujer en edad fértil perteneciente a la población estudiada. En el caso de esta población no hubo nacimientos en el periodo de enero a mayo de 2018, coincidiendo con el alto número de mujeres profesionales que no desean tener hijos en este momento.

Ya que se encuentran en una etapa de desarrollo económico y laboral. Vale destacar que dicha información se obtuvo de una encuesta realizada a mujeres en edad fértil. En este aspecto no coincide con los datos recogidos en el consultorio ya que el mismo tuvo una tasa de natalidad de 8,59 en el último año.

Óptimo fecundo (población de mujeres en edad ideal para procrear)

$$OF = \frac{\text{No. De mujeres de 20 a 29 años}}{\text{No. De mujeres de 15 a 49 años}} \times 100 = \frac{14}{67} \times 100 = 20,89$$

El óptimo fecundo representa la proporción de mujeres en edad ideal para procrear respecto a las mujeres en edad fértil. En esta población, se determinó que, por cada 100 mujeres en edad fértil, aproximadamente 20 se encuentran en edad ideal para procrear, sin embargo, como ya se explicó ninguna lo ha hecho.

2.7. Análisis de las migraciones

En el periodo analizado las migraciones se comportaron de manera similar al resto del área y del país. Tuvimos 1 familia que permutaron dentro de nuestro propio municipio por lo que se mudó a nuestra población otra familia nueva.

Índice de masculinidad.

IM =

$$\frac{\text{Número total de hombres}}{\text{Número total de mujeres}} \times 100 = 69,86$$

Como se puede observar en la población existe un índice de masculinidad de 69,86, interpretándose como la existencia de 69 hombres por cada 100 mujeres en la población aproximadamente. Con respecto al consultorio se comporta cada 100 mujeres hay 74 hombres. Coincidiendo con las familias estudiadas.

III. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual

3.1. Riesgos ambientales en las viviendas y su entorno

Tabla 6. Riesgos ambientales atribuidos a la población de estudio

Otros riesgos ambientales	Bueno		Regular		Malo	
	No	%	No	%	No	%
Abasto de Agua y medidas de desinfección.	25	50	20	40	5	10
Condiciones del medio ambiente	-	-	-	-	50	100
Condiciones higiénicas y estructurales de la vivienda	40	80	10	20	0	0
Recogida de residuales sólidos	-	-	50	100	-	-
Disposición final residuales líquidos	50	100	-	-	-	-

Fuente: Encuestas realizadas a la población de estudio

3.2. Riesgos ambientales de las viviendas o locales

Tabla 7. Riesgos ambientales de las viviendas o locales

Riesgos ambientales de sus viviendas o locales	S I		NO	
	No	%	No	%
Riesgo de accidentes en el hogar	10	20	40	80
Animales domésticos en la vivienda	10	20	40	80
Fuente de contaminación Atmosférica	-	-	50	100
Deficiente iluminación de viviendas o locales	2	4	48	96

Fuente generadora de altos niveles de Ruidos	-	-	50	100
--	---	---	----	-----

Fuente: Encuestas realizadas a la población de estudio

3.3. Abastecimiento de agua

En nuestra comunidad el agua de consumo de la población se recibe a través del acueducto municipal donde es tratada y clorada de acuerdo a los requerimientos establecidos para el consumo humano, a lo que se le añade que 50% de las familias desinfecta el agua de tomar. Se recibe el servicio diario, en la tarde principalmente. Solo el 10% de las familias no trata el agua de consumo. Por todo lo antes expuesto existen aún riesgos en nuestra población de padecer de enfermedades de transmisión hídrica si no se toma las medidas necesarias para la descontaminación del agua de consumo.

3.4. Residuales líquidos

La disposición de los residuales líquidos es a través del alcantarillado municipal al que se encuentran conectados los desagües de todas nuestras viviendas. No obstante, se debe aclarar que existen salideros de gran magnitud que afectan el paso por la carretera.

3.5. Residuales sólidos

La recogida de residuales sólidos se realiza por comunales todos los días en un horario específico, pero existen vecinos que no cumplen con dicho horario provocando que animales callejeros rompan las bolsas y viertan los desechos en la calle.

3.6. Contaminación atmosférica

En esta comunidad no existen fuentes de contaminación atmosférica lo que no representa riesgo alguno para esta población.

Con respecto a las condiciones higiénicas y estructurales de las viviendas podemos observar que existe un predominio de la clasificación de vivienda con buenas condiciones estructurales e higiénicas representando un 80% de 50 familias en estudios y se le otorga una clasificación de regular por la existencia de escombros en los patios e higiene deficiente a 10 de las viviendas.

3.7. Animales domésticos

En solo el 20% de las viviendas en estudio hay presencia de animales domésticos en este caso perros que los mismos se encuentran con buenas condiciones higiénicas y vacunados.

3.8. Riesgos accidentales

No existen peligros de accidentes potenciales en nuestras viviendas ya que la mayoría de las mismas se encuentran en buen estado, pero existen 10 familias con riesgo de accidente en el hogar debido a la presencia de personas en las edades extremas de

la vida (ancianos y niños) donde estos son más propensos a accidente como a la hora del baño y áreas de juegos. Además de accesorios en las casas como son escaleras y medios puntos. Que pueden llevar a la ocurrencia de los mismos.

3.9. La iluminación

Existen solo 2 viviendas con iluminación deficiente lo cual si no es resuelto a tiempo puede ser causa futura de accidentes en el hogar.

3.10. Tipo de combustible con el que se cocina en los hogares

Generalmente en esta comunidad se elaboran las comidas con cocinas gasificadas y eléctricas, pero existe un bajo porcentaje de viviendas que cocinan con queroseno.

3.11. Higiene de los alimentos

Este es un aspecto importante ya que los alimentos garantizan la vida del hombre y constituyen la puerta de entrada de algunas enfermedades; para el caso de nuestra población y durante el periodo de tiempo estudiado no se constató ningún problema sobre el manejo de los alimentos ni intoxicaciones por estos.

3.12. Riesgos sociales

En nuestra población no tenemos presencia de barrios marginales ni deserción escolar, todos nuestros niños y adolescentes hasta los 15 años se encuentran vinculados a la enseñanza primaria o secundaria según su edad y el resto de los adolescentes de 15 a 19 años se encuentran estudiando o en los pre universitarios, politécnicos o escuelas de oficios y en algunos casos ya incorporados al trabajo.

Además, en los grupos de 20 a 24 años se encuentran cursando la universidad. Solo tenemos 10 desocupadas que son económicamente dependientes de sus esposos o que reciben remesas de familiares que viven en el extranjero. En estos momentos no tenemos personas con conductas delictivas o que alteren el orden público.

3.13. Riesgos laborales

En esta población existen 10 personas que se encuentran trabajando en el sector de la salud. Los cuales presentan riesgo biológico, dentro del que se encuentra infección por hongos, bacterias, virus y otros agentes biológicos, 11 personas laboran en empleos donde están expuestos a riesgo físico como traumatismos, ruidos, vibraciones, iluminación por defecto o por exceso, temperaturas adversas; incluidos en esta categoría los albañiles, constructores, choferes, estibadores, carpinteros, electricistas, militares entre otros. Dentro del grupo que se encuentra expuesto a riesgos químicos como sustancias tóxicas, tenemos a 1 trabajador de la refinería de petróleo.

3.14. Riesgos genéticos

En nuestra población no tenemos ninguna embarazada ni recién nacido por tanto no existe riesgo genético.

3.15. Comportamientos de riesgos a la salud

Tabla 8. Comportamiento de principales factores de riesgo en la población

Riesgos	Masculino		Femenino		Total	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Tabaquismo	15	29,41	10	13,70	25	20,16
Consumo de alcohol	2	3,92	1	1,37	3	2,42
Sedentarismo	18	35,29	25	34,25	43	34,68
Hábitos dietéticos Inadecuados	8	15,69	7	9,59	15	12,10
Higiene bucal deficitaria	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Obesidad	6	11,76	8	10,96	14	11,29
Colesterol alto	4	7,84	8	10,96	12	9,68
Riesgo TB	26	50,98	25	34,25	51	41,13
Riesgo de accidentes en el Hogar	9	17,65	14	19,18	23	18,55
Riesgo PC	0	0,00	18	26,66	18	14,52
Riesgo leptospirosis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Riesgo suicida	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Riesgo ITS	0	0,00	1	1,37	1	0,81

Fuente: Historia Clínica Familiar y Encuestas a la Población

3.16. Las tablas se calcularon de acuerdo al sexo y al total de población respectivamente.

Como se puede observar en esta tabla, el grupo de riesgo predominante es el de tuberculosis 41,13 % ya que en este grupo se incluyen personas menores de 5 años y mayores de 60 años, asmáticos, fumadores, alcohólicos, diabéticos y trabajadores de salud. Se presentó como segundo riesgo más importante el Sedentarismo 34,68 % debido a la alta cantidad de personas que no realizan ejercicios físicos, constituyendo por ende un gran problema debido a que es factor de riesgo para la aparición de varias enfermedades no transmisibles que en la población de nuestro consultorio constituyen una prevalencia importante durante varios años. En el caso de riesgos pre-concepcionales se presentan 18 féminas en edad reproductivas que se debe trabajar sobre las mismas para evitar complicaciones que puedan afectar futuros embarazos. Tenemos solo 1 caso de riesgo de ITS, quien es una mujer joven con historial de cambios frecuentes de parejas.

IV. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población

4.1 Morbilidad

Comportamiento de las enfermedades transmisibles

Tabla 9. Incidencia de las enfermedades transmisibles en la comunidad

Enfermedad	Incidencia *					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
EDA	3	5.88	4	5.48	7	5.64
IRA	12	23.52	13	17.81	25	20.16
ETS			1	1.36	1	0.80
N	51		73		124	

Fuente: Hojas de Cargo (departamento de estadísticas)

N corresponde al número total de individuos por sexo y general.

* Las tasas fueron calculadas con respecto al sexo y a la población total.

Tasa de incidencia= $\frac{\text{total de casos nuevos de una enfermedad}}{\text{Total de la población de estudio}} \times X$

Se comprueba con las cifras anteriores que hubo un comportamiento muy similar al período anterior en cuanto a patologías transmisibles se refieren. No son todas estas las afecciones que predominan en la comunidad, tengamos en cuenta que se trata de un grupo poblacional en el que la mayoría de las viviendas tienen muy buen estado constructivo y sus habitantes un elevado nivel educacional lo que contribuye sin duda alguna a estos indicadores, además de las acciones de promoción y prevención de la salud que se desarrollan en el consultorio y campañas apoyadas por los medios de difusión masiva.

Las enfermedades de transmisión respiratorias se comportaron de manera tal que de cada 100 habitantes 20 padecieron de una infección respiratoria. Así como en las digestivas por cada 100 habitantes se enfermaron 5. Las mismas son tributarias de un mayor número de casos y muy bien referidas a momentos o épocas del año en donde se ve favorecido el hábitat y el aumento del número de agentes patógenos relacionados con estas enfermedades del cual un gran número de nuestra población se ven envueltas como huéspedes susceptibles. Se presentó solo 1 caso de una fémina que de acuerdo a la entrevista realizada a la misma la causa fue el cambio frecuente de pareja.

En comparación con las enfermedades transmisibles que afectan a la población en general del consultorio 17 podemos decir que se comportó de igual forma.

Por lo que en cuanto refieres a la enfermedad, una vez diagnosticada, se le explica al paciente y a la familia lo relacionado con lo del tratamiento higiénico ambiental y un grupo de medidas de control a fin de disminuir la incidencia de estas enfermedades, medidas que se encuentran apoyadas por las acciones de promoción y prevención de salud, que, en conjunto con las organizaciones de masa, cumplen con todos los programas de pesquiasaje de estas patologías, enfatizando en los grupos de riesgo.

En el período analizado no tuvimos ningún caso de hepatitis, varicela, conjuntivitis viral, paludismo, ni rabia, ni escarlatina. Los esputos realizados a los pacientes sintomáticos respiratorios y en las pesquisas a los grupos de riesgo de TB tuvieron codificación negativo en todos los casos. Pensamos que no obstante debemos mantener y aumentar la pesquisa activa de los grupos riesgo de TB si tenemos en cuenta los factores de riesgo.

Comportamiento de la morbilidad por enfermedades no trasmisibles

Tabla 10. Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades crónicas no Transmisibles	Prevalencia					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA	20	39,22	21	28,77	41	33,06
Cardiopatías	4	7,84	6	8,22	10	8,06
AVE	2	3,92	1	1,37	3	2,42
Asma Bronquial	5	9,80	10	13,70	15	12,10
Neoplasias	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Diabetes Mellitus	6	11,76	9	12,33	15	12,10
Obesidad	6	11,76	8	10,96	14	11,29

Fuente: Historias Clínicas Familiares y encuestas realizadas a la población

Como podemos observar, la patología que predomina en nuestra comunidad es la Hipertensión Arterial con un 33 como tasa de prevalencia por cada 100 personas de la población en general, de donde el sexo femenino se encuentran en cifras de tasa de prevalencia ligeramente mayores a padecer esta enfermedad; seguida de esta patología se encuentra el Asma Bronquial como segunda enfermedad crónica más frecuente en estas 15 personas pertenecientes a las 50 familias de estudio, con una tasa de prevalencia general de 12,10 por cada 100 habitantes, también con un tasa de 12,10 por cada 100 habitantes con 15 pacientes esta la Diabetes mellitus tipo II. Con altas cifras se encuentra la obesidad diagnosticada con un total de 14 pacientes los cuales siguen tratamiento regular y atención multidisciplinaria. Dichas enfermedades que aparecen debido al binomio causa-efecto: factores de riesgos-enfermedad. En comparación con las cifras del consultorio podemos decir que estas patologías no se encuentran en igual orden de frecuencia en toda la población estudiada por el consultorio 17 del Área I de Cienfuegos.

$$\text{Tasa de Prevalencia} = \frac{\text{Total de casos de una enfermedad}}{\text{Total de la población de estudio}} \times 100$$

4.2 Deficiencia y discapacidad

Al analizar la prevalencia de personas con discapacidad tenemos que existen 2 pacientes discapacitados, una paciente de 68 años con discapacidad auditiva y un paciente de 60 años con discapacidad visual, los cuales cuentan con el apoyo de sus familiares para la realización de sus actividades diarias de modo que no se ve tan afectada la calidad de vida de dichas personas.

4.3 Mortalidad

En periodo estudiado no existieron fallecimientos en las 50 familias analizadas a pesar de la exposición a los factores de riesgo y las enfermedades predominantes, indicador que mejoró en comparación con el año anterior el cual obtuvo una tasa de mortalidad de 2,7 las cuales fueron por AVE y EPOC.

V. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas

5.1 Recursos de Salud Disponibles para los Habitantes, Recursos Humanos y Materiales

Las condiciones sociales de vida en que se desarrollan las personas constituyen un determinante fundamental del nivel de salud, y dentro de estas entran a desempeñar un papel preponderante el sistema de salud imperante, sus características y su grado de organización. En el consultorio perteneciente al Área de Salud I durante este periodo se brindó asistencia médica primaria, se realizaron consultas y terreno; interconsultas con el nivel secundario conformado por el Hospital Provincial Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima y el Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, además del Hospital Materno.

Así mismo todas las personas tienen accesibilidad a consultarse en otros tipos de especialidades como: cirugía, psiquiatría, oftalmología, etc. Y a realizarse exámenes de diferentes tipos, tales como: rayos X, ultrasonido, exámenes de laboratorio en el policlínico perteneciente al área de salud, ya que se ofrecen los servicios de Laboratorio Clínico y de Medicina Natural y Tradicional, Estomatología, farmacia entre otros.

Se inauguró no hace mucho una institución nueva que es el Palacio de la Maternidad en la cual se ingresan todas las gestantes que tengan riesgos para poder tener un seguimiento estrecho y modificar dichos riesgos.

En el Área se cuenta con diferentes especialidades:

1. Medicina Interna
2. Pediatría
3. Ginecología
4. ORL
5. Ortopedia
6. Dermatología
7. Endocrinología
8. Oftalmología
9. Cirugía
10. Urología
11. Cardiología
12. Psicología
13. Psiquiatría
14. Estomatología

Se cuenta con un EBT compuesto por un médico de familia Residente de 1er Año de M.G.I, una licenciada en Enfermería y dos operarios para la lucha Anti vectorial por universo fijo; además, contamos con un GBT completo, integrado por un Ginecologista, Pediatra, Psiquiatra, Clínico y Psicólogo, que asisten al consultorio para brindar atención especializada cada 15 días aproximadamente, además realiza reuniones mensualmente; una técnica de Higiene y Epidemiología, una estadística, una trabajadora social y una estomatóloga con su asistente dental. La subdirección de Asistencia Médica, Docente y de Higiene y Epidemiología vela por el cumplimiento de las actividades y emiten orientaciones precisas.

El CMF posee un estado constructivo relativamente bueno, a pesar de que dentro del mismo hay rotura de la instalación eléctrica e hidráulica, contamos con recursos indispensables para realizar consultas médicas como estetoscopio, esfigmomanómetro, lámpara de cuello, mesa de examen multipropósito, material gastable para procedimientos de enfermería.

5.2. Recursos humanos disponibles

El equipo básico de salud se encuentra conformado y trabaja de forma estable, este está integrado por una Especialista de 1er grado en MGI, y una enfermera con una buena experiencia en el trabajo comunitario. Todos los especialistas del grupo básico de trabajo acuden quincenalmente al CMF a realizar las interconsultas médicas programadas sin que

hayen existido problemas en este aspecto en el periodo analizado. En el CMF además contamos con la presencia permanente de un número importante de alumnos de las carreras de medicina, ya que en el mismo se imparte docencia por parte del equipo de salud y los profesores del grupo básico de trabajo.

Se cuenta con otros especialistas procedentes de la atención secundaria que acuden de acuerdo a la planificación establecida a brindar consultas en el policlínico. Los pacientes de la población acuden a recibir este servicio a través de turnos médicos solicitados por el equipo de salud del CMF.

5.3. Nivel Inmunitario de la Población

Tabla 11. Vacunación y Nivel Inmunitario de las 50 familias en el periodo de enero a mayo de 2018

Grupos de edades	Tipo de vacuna a administrar	No. de personas a vacunar	No. de personas vacunadas	% de personas vacunadas
6 años	DT	1	1	100
10 años	AT	2	2	100
14 años	TT	1	1	100
15-60 años	Toxoide tetánico	14	14	100
16 años	AT	1	1	100
>60 años	TT	6	5	83,33
Riesgos de Leptospirosis.	Antileptospírica	1	1	100
De 1 año hasta 2 años, 11 meses, 29 días. Niños de 9 años, 11 meses y 29 días. (campaña)	Antipolio	3	3	100

Fuente: Libro de vacunación del CMF. Departamento de vacunación del policlínico

El nivel inmunitario de la población se encuentra casi totalmente en el 100% de forma general. No se pusieron las vacunas correspondientes a las edades correspondientes entre 0 a 18 meses por que no existen niños con las edades mencionadas. Los que fueron vacunados por la campaña antipolio fueron 3 niños entre 2 años, 11 meses y 29 días. pero existe un grupo de personas que les tocaba vacunarse contra el tétanos que no lo hicieron, ya sea porque no se presentaron al consultorio o por falta de información, problema que se solucionara en los meses restantes del 2018 con una adecuada educación sobre el porqué de las vacunas, qué beneficios ofrecen y a qué edades se deben administrar.

5.4. Clasificación de los grupos dispensariales

Tabla 12. Grupos dispensariales de la población estudiada

Grupos dispensariales	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo I	4	7,84	5	6,85	9	7,26
Grupo II	11	21,57	24	32,88	35	28,23
Grupo III	36	70,59	44	60,27	80	64,52
Grupo IV	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	51	100,00	73	100,00	124	100,00

Fuente: Historia Clínica Familiar.

Esta es una población donde predominan los enfermos (grupo III) con un 64,52% del total de habitantes donde de ellos el sexo masculino predomina sobre el femenino; lo que se corresponde con el índice de envejecimiento avanzado en la población y la aparición desde edades tempranas de las enfermedades crónicas no transmisibles; seguidos a éstos se encuentran los pacientes dispensarizados como grupo II con 28,23% por sus múltiples factores de riesgos a los que están expuestos y sobre los cuales debemos trabajar. Se debe seguir insistiendo en la búsqueda de morbilidad oculta dentro de los pacientes supuestamente sanos y con riesgo, mediante la pesquisa activa en consultas, terrenos y espacios interactivos.

El grupo de riesgo constituye con el que mayor frecuencia trabajamos en el área por ser donde podemos actuar, para evitar que enfermen. En el consultorio 17 se comporta de manera similar.

5.5. Acciones de Vigilancia y Control

En el lapso de la investigación se han realizado diversas acciones de vigilancia y control de enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva, vectorial y sexual, así como no transmisibles; ejemplo son:

1.-En el caso de pacientes con IRA, fueron atendidos y diagnosticados, en las 50 familias, un total de 25 pacientes; a los cuales se les orientaron medidas de promoción, tales como: evitar el hacinamiento ventilando bien los hogares y los locales de reunión, reducir la contaminación del aire en las viviendas, quimioprofilaxis con la aplicación de la vacuna antigripal, notificación y tratamiento adecuado. No uso indiscriminado de antibioticoterapia.

2.-Para los pacientes con EDA o con riesgo, las medidas tomadas fueron: notificación inmediata del caso a través de la hoja de cargo, aislamiento en cuanto a las heces fecales, evitar el fecalismo, control de agua y de los residuales líquidos y sólidos, los vectores mecánicos y los alimentos, desinfección y vigilancia de contactos

intradomiciliarios, aplicar tratamiento adecuado y oportuno.

3.-Se realizan pesquisas activas relacionadas con la vigilancia epidemiológica activa del dengue y zika buscando febriles dentro de la comunidad. Y se realizaron acciones de erradicación del mosquito *Aedes Aegypti*.

4.-Se realiza prueba citológica cada 3 años a todas las mujeres en edades comprendidas entre 25 y 65 años.

5.-Realización de exámenes complementarios como: esputos a los SR de más 21 días con factores de riesgo asociados, cumpliendo un indicador de 1.0 en la pesquisa activa de tuberculosis.

6.-Se realiza el control periódico a los pacientes que presentan cifras de tensión arterial elevadas y glicemias a pacientes con riesgo de Diabetes Mellitus.

7.-Realización de múltiples actividades de promoción y prevención de salud en relación con la práctica de sexo seguro: orientación sobre la importancia del uso de condón para evitar la aparición de ITS.

5.6. Captación de Recién Nacidos, Lactancia Materna, Identificación de lactantes y embarazadas de riesgo

En el periodo analizado de enero hasta mayo de 2018 no se captaron embarazadas ni recién nacidos. El CMF mantiene por varios años consecutivos la tasa de mortalidad infantil y materna en 0 lo que constituye un logro importante. Además también permanece en 0 la tasa de bajo peso al nacer, de igual manera no hay ningún otro indicador desfavorable dentro del programa materno-infantil.

5.7. Identificación del riesgo preconcepcional

Se considera RPC a toda mujer entre 15 y 49 años que presentan alguna condición o enfermedad que de involucrarse en el proceso de la gestación pueda traer complicaciones para ella o el producto de su concepción durante el embarazo parto o puerperio, o en la calidad de vida del futuro bebé.

En esta comunidad contamos con un total de 40 mujeres en edad fértil (15-49 años), de ellas tenemos dispensarizadas en el riesgo preconcepcional un total de 18 por la existencia de enfermedades crónicas como Asma bronquial ,HTA y hábitos tóxicos(fumadores) entre otras, por lo que el médico y enfermera de la familia deben llevar a cabo acciones con la finalidad de prevenir el embarazo en edades tempranas, como charlas educativas, reunión de los círculos adolescentes donde se pueden explicar las complicaciones de un embarazo no deseado así como la utilización de métodos anticonceptivos. Comparando estos datos con la población total del consultorio podemos decir que existe un total de 314 mujeres en edad fértil (15-49 años), de ellas están dispensarizadas en el riesgo preconcepcional un total de 44 mujeres. No contamos con mujeres embarazadas en el período estudiado.

5.8. Ingresos en el hogar.

El ingreso en el hogar permite brindar un mejor seguimiento a aquellos pacientes que lo necesiten y orientar sobre el manejo de los mismos dentro del núcleo familiar sin la necesidad de permanecer ingresado en el hospital.

Durante el periodo en estudio se han realizado 7 ingresos domiciliarios, siendo la causa más frecuente la neumonía en el adulto y adulto mayor no complicada. En todos los casos el ingreso domiciliario fue satisfactorio. Dichos ingresos constituyeron el 16.66% del total de ingresos domiciliarios del consultorio¹⁷ del Área I los cuales fueron 42.

5.9. Pesquisaje de cáncer evitable

Tabla 13. Resumen de pesquisaje de cáncer de mama

Total de mujeres	Mujeres examinadas	
	No.	%
Mujeres 30-60 años	37	50,68
Mujeres examinadas de 30-60	20	54,05
Más de 60	9	12,33
Con cáncer por diagnóstico clínico	0	0
Con cáncer por mamografía	0	0

Fuente: Historia Clínica Familiar e Individual, encuestas realizadas a la población.

La tabla muestra que en esta población se pesquisaron el 54,05% de las mujeres entre 30 y 60 años de edad, chequeándose por el médico una vez al año y cumpliéndose con lo previsto según el programa de cáncer que se trate, de las cuales ninguna resultó diagnosticada con cáncer de mama en el periodo estudiado pero la mayoría refieren que no se realizaban el autoexamen de mamas de manera periódica o no lo conocían de forma correcta, lo que es un gran problema, ya que de practicarse permitiría la detección precoz del 80% de las patologías mamarias; por lo que cabe insistir en este sentido. Como se planteó anteriormente, en las 50 familias no existió el diagnóstico de cáncer mamario, sin embargo, en el consultorio de diagnosticaron 1 patologías de mamas que 1 fue cáncer.

5.9. Resumen de pesquisaje de Cáncer Cérvico-Uterino

Tabla 14. Resumen de pesquisaje de cáncer cérvico-uterino

Cáncer cérvico-uterino	Nº	%
Mujeres entre 25-64 años	46	63,01 *
Mujeres examinadas con 1era muestra	2	4,35 **

Mujeres examinadas en reexamen	20	43,48 **
Muestras no útiles	4	18,18 ***
Muestras no útiles repetidas	4	100,00 * ***

Fuente: Historia Clínica Familiar e Individual, encuestas realizadas a la población.

* El porcentaje se calculó con respecto al total de mujeres.

** Los porcentajes se calcularon respecto al total de mujeres entre 25 y 64 años.

*** Los porcentajes se calcularon con respecto al total de exámenes realizados.

**** El porcentaje se calculó con respecto al total de muestras no útiles.

En el período de estudio le correspondía realizarse la prueba citológica a 22 mujeres que representa el 47,83% de las 46 entre 25y64 años. No existiendo casos positivos. Donde hubo 4 muestras no útiles y las cuales se repitieron sin dificultades. Quedando demostrado el correcto trabajo por parte del CMF.

5.10. Resumen de pesquiasaje de cáncer de próstata

Tabla 15. Resumen de pesquiasaje de cáncer prostático

	Examinados		No examinados	
Tacto rectal a hombres en riesgo	N.º	%*	Nº	%*
Hombres mayores de 50	4	20	16	80
Con cáncer de próstata	0	0.0	0	0.0

Fuente: Historias de Salud Familiar y entrevistas.

* Los porcentajes se calcularon con respecto a los hombres mayores de 50 años.

Un total de 20 hombres mayores de 50 años que representan el 39,21% de la población masculina, solo 4 se examinaron siendo el 20 %; 16 se rehúsan, constituyendo un 80% a pesar de que actualmente no se está indicando el tacto rectal como método diagnóstico por la invasividad de su técnica falta conciencia por parte de la población masculina de dicho rango de edad. El PSA o antígeno prostático específico es otro método de diagnóstico precoz que es más preferido ya que es menos molesto que el tacto rectal por lo tanto se le indica a todos los pacientes. Esta situación se presenta de igual forma en el consultorio donde se realizaron de forma general el 15% se realizó el PSA y solo el 5% el tacto rectal a mayores de 50 años.

5.11. Cáncer de piel

En la población estudiada existe un paciente de 65 años de edad con cáncer de piel al cual sería adecuado someter a tratamiento quirúrgico, por lo que se sigue por la consulta de dermatología y es necesario informar al paciente y a la población sobre las medidas de foto protección, tales como:

- Evitar la exposición directa de la piel y los ojos
- Buscar áreas protegidas del sol, como la sombra de árboles y edificaciones
- Utilizar prendas de vestir para actividades al aire libre que cubran la mayor superficie de la piel posible y que no presenten espacios entre que permitan el paso libre de las radiaciones
- Uso de gorras, viseras y sombreros de alas anchas para una protección adecuada, preferiblemente confeccionados por un tejido que no permita la filtración de las radiaciones ultravioletas
- Uso de gafas de sol que cubran adecuadamente los laterales de los ojos, con filtros de protección ocular
- Uso de foto protectores de amplio espectro y su aplicación adecuada,
- Evitar las exposiciones entre las 10 y las 16 horas, sin confiar en un día nublado
- Revisar sistemáticamente la piel buscando la presencia de manchas nuevas, lunares y otras lesiones, para acudir de inmediato al médico, sin olvidar labios y ojos
- Garantizar el aporte de vitamina D mediante suplementos dietéticos e indicar fuentes de obtención como leche de vaca, mantequilla, yogur, huevo, queso, pescado e hígado

También se realizan interconsultas a todos los pacientes con lesiones en la piel o expuestos a riesgos químicos, biológicos o físicos.

5.12. Cáncer de colon

Existen 20 hombres mayores de 50 años que deben ser estudiados en busca de cáncer de colon, lo que representa el 39,21% de la población masculina y 23 mujeres mayores de 50 años que representan un 31,50% de la población femenina. Fueron realizados 12 sangres ocultas en heces fecales, quedando muy por debajo de lo que debía estudiarse, también hubo dificultad por parte del laboratorio en los reactivos y de disposición de los pacientes asintomáticos.

Se realizan charlas educativas con el objetivo de que la población conozca este tipo de cáncer y tratar de mejorar el hábito alimentario existente en la población para disminuir el riesgo de padecer esta patología.

5.13. Cáncer bucal

Se les debe realizar estudios a todos los individuos mayores de 15 años de edad, desde que el paciente acude a consulta con cualquier tipo de lesión que haga sospechar esta patología, el médico debe orientar al paciente a donde es que se debe dirigir en caso de sospecha de alguna lesión bucal; además de prevenir los factores de riesgos de esta entidad. Los pacientes son examinados en la pesquisa activo por el estomatólogo del EBS en sus domicilios.

5.14. Atención estomatológica

Este programa se lleva a cabo por el médico de la familia conjuntamente con el estomatólogo, el cual asiste 2 veces al mes. Las enfermedades más frecuentes que se reportaron fueron las caries dentales y los abscesos afectando a la mayoría de la población, refiriendo los mismos que asisten a consulta cuando lo requieren y no porque deban tener un control periódico bucal.

El estomatólogo es quien enseña a los pacientes en el mismo momento de la consulta el correcto cepillado dental tanto a los adultos y en especial a los niños pequeños, para así poder gozar de una salud bucal óptima.

También se realizan acciones encaminadas a mejorar la salud bucal de los adultos mayores sobre todo los que poseen prótesis dentales, ya que la boca y sus estructuras albergan gran cantidad de microorganismos responsables de severas complicaciones médicas.

Existen gran número de personas aun con necesidad de prótesis, obturaciones, extracciones y profilaxis, debido a la alta demanda de estos servicios que no cubren las necesidades de todos los pacientes; resulta un aspecto positivo, demuestra la responsabilidad con respecto a la higiene bucal.

5.15. Saneamiento Ambiental

En el área estudiada se detectaron factores de riesgo ambientales que pueden afectar a la población, entre ellos el clima debido a elevadas temperaturas, característico en todo el país, alta humedad que favorece el crecimiento de determinados gérmenes que se encuentran en aumento en los meses de calor, también el de deterioro de las calles que favorece el acúmulo de agua luego de las lluvias, lo que constituye asiento a gran cantidad de roedores, cucarachas y mosquitos, por ello es necesario la vigilancia y la realización de varias acciones para evitar la aparición de focos de mosquito transmisor del dengue y zika fundamentalmente.

Como parte de las actividades de saneamiento ambiental, se realizan activamente controles sanitarios, tanto por parte del MINSAP, de los trabajadores de Epidemiología y de la comunidad misma en conjunto con el CMF.

5.16. Grupos de trabajo comunitario

El equipo básico de salud ha realizado diferentes actividades de promoción y prevención de salud, mediante charlas educativas sobre la prevención del dengue, EDA, Hepatitis, ITS, también controles de riesgo de ITS, RPC, y la divulgación de diferente información a través de murales expuestos en el consultorio.

En la comunidad funciona un círculo de abuelos, con ellos se trabaja mediante la realización de diferentes actividades, entre ellas: ejercicios físicos, trabajos manuales y actividades recreativas y culturales en grupo, con incorporaciones nuevas cada año.

Círculo de adolescentes fue creado hace varios años, pero el mismo no funciona actualmente por falta de disposición de los adolescentes a participar en las actividades. Consideramos que las actividades con este grupo de jóvenes deben retomarse ya que es necesario trabajar con los mismo en la promoción y prevención de enfermedades trasmisibles como son las ITS. Además de los embarazos no deseados de fomentar las buenas conductas familiares etc.

5.17. Intervenciones familiares

Con respecto a las familias, estas siempre están involucradas cuando se requiere de la colaboración de toda la población para abordar un problema de salud y darle solución. Las intervenciones familiares siempre son dinámicas y se encuentran organizadas por los diferentes CDR.

VI. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud

6.1. Necesidades sentidas, problemas percibidos por la población y criterios sobre los servicios de salud

La población ha expresado en distintas ocasiones con respecto a las necesidades de recursos como son mobiliario clínico y no clínico dentro del consultorio, específicamente en cuanto a material de enfermería (jeringuillas, agujas, material de cura, otros). Han sido identificadas además como otras necesidades:

- Reparar los salideros de aguas albañales que se encuentran en el área, así como el desbordamiento de las fosas.
- Abastecer las farmacias con medicamentos, debido a que muchos medicamentos se encuentran en falta y el área presenta muchas personas enfermas por lo que en varias ocasiones no les es posible llevar a cabo el tratamiento adecuado.

6.2. Criterios sobre los servicios de salud

Durante las entrevistas realizadas en las visitas a las familias se ha indagado acerca de la calidad de los servicios prestados y la satisfacción por parte de quienes lo reciben, ya sea en lo referente a los servicios del propio CMF No. 17 así como los servicios del policlínico del Área I. En su gran mayoría las familias reconocieron que las labores realizadas por los trabajadores de salud son buenas y se encuentran acorde a las necesidades de la población, se han expresado muy bien del consultorio y su Equipo Básico de Trabajo; al igual que en relación al área de salud, sobre todo han destacado el trato de los trabajadores de la salud que allí ejercen, con la población. De forma general la opinión de los pacientes con respecto a los servicios prestados es satisfactoria.

VII. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad

7.1. Acciones conjuntas con las organizaciones del barrio y con otros sectores sociales. Acciones de redes de apoyo social

Existe muy poco apoyo de las organizaciones sociales de la comunidad, como de los líderes formales e informales prestando su colaboración solo cuando se presentan los problemas y no realizando un trabajo continuo como es debido.

Se debe insistir en la necesidad de que los CDR vuelvan a jugar un papel protagónico en las donaciones de sangre, así como la FMC debe rescatar su labor persuasiva con aquellas pacientes que les corresponde la prueba citológica para lograr que no se quede ninguna sin realizar el examen.

7.2. Acciones conjuntas con otros sectores sociales

Hubo escasa colaboración intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.

7.3. Acciones de redes de apoyo social

No existe evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.

VIII. Identificación, priorización de los principales problemas de salud de la comunidad y plan de acción

8.1. Identificación de los principales problemas

Es importante el priorizar los problemas que afecten a la sociedad, sobre todo los que tienden a tener una gran magnitud sobre un gran número de personas dándoles solución a corto, mediano o largo plazo, con los recursos necesarios disponibles.

En reunión con los líderes formales e informales de la comunidad se identificaron los principales problemas de salud del consultorio médico de la familia #17 mediante el método de lluvia de ideas. Entre estos se encuentran:

Elevada prevalencia de enfermedades no transmisibles como: hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma bronquial en la población. Elevado índice de personas fumadoras y de fumadores pasivos.

Alto número pacientes con riesgo de Tuberculosis pulmonar sin estudiar.
Morbilidad oculta HTA y Diabetes Mellitus en la población de nuestro CMF.
Elevada prevalencia de sedentarismo en la población estudiada.
Fecundidad.

Malas condiciones de la red de alcantarillado.

Para hacer la priorización de los problemas de salud que afectan a la población en estudio, se aplica el Método de Ranqueo, cuyos resultados se muestran a continuación:

Tabla 16. Ranqueo de enfermedades

Problemas	A	B	C	D	E	F	Total
Alta prevalencia de Enfermedades no Transmisibles como la Hipertensión Arterial, el Asma Bronquial y la Diabetes Mellitus en la población	2	2	2	2	2	1	11
Elevado índice de personas fumadoras y de fumadores pasivos.	2	1	0	0	2	0	5
Alto número pacientes con riesgo de Tuberculosis pulmonar sin estudiar	1	1	1	0	1	0	4
Necesidad de diagnosticar morbilidad oculta HTA y Diabetes Mellitus en la población de nuestro CMF	2	2	1	1	2	1	9
Elevada prevalencia de sedentarismo en la población estudiada	2	2	1	2	2	1	10
Tasa de natalidad nula	1	1	1	1	2	1	7
Malas condiciones de la red de alcantarillado	2	1	1	0	1	1	6

Fuente: Ministerio de Salud

A: Tendencia

B: Frecuencia

C: Gravedad

D: Disponibilidad de recursos

E: Vulnerabilidad

F: Coherencia con la misión del que planifica

Utilizando el método de ranqueo los problemas de salud identificados fueron priorizados de la siguiente manera:

1. Alta prevalencia de Enfermedades no Transmisibles como la Hipertensión Arterial, el Asma Bronquial y la Diabetes Mellitus en la población
2. Elevada prevalencia de sedentarismo en la población estudiada
3. Morbilidad oculta HTA y Diabetes Mellitus en la población de nuestro CMF
4. Fecundidad
5. Malas condiciones de la red de alcantarillado
6. Elevado índice de personas fumadoras y de fumadores pasivos
7. Alto número pacientes con riesgo de Tuberculosis pulmonar sin estudiar

8. 2. Análisis causal del problema

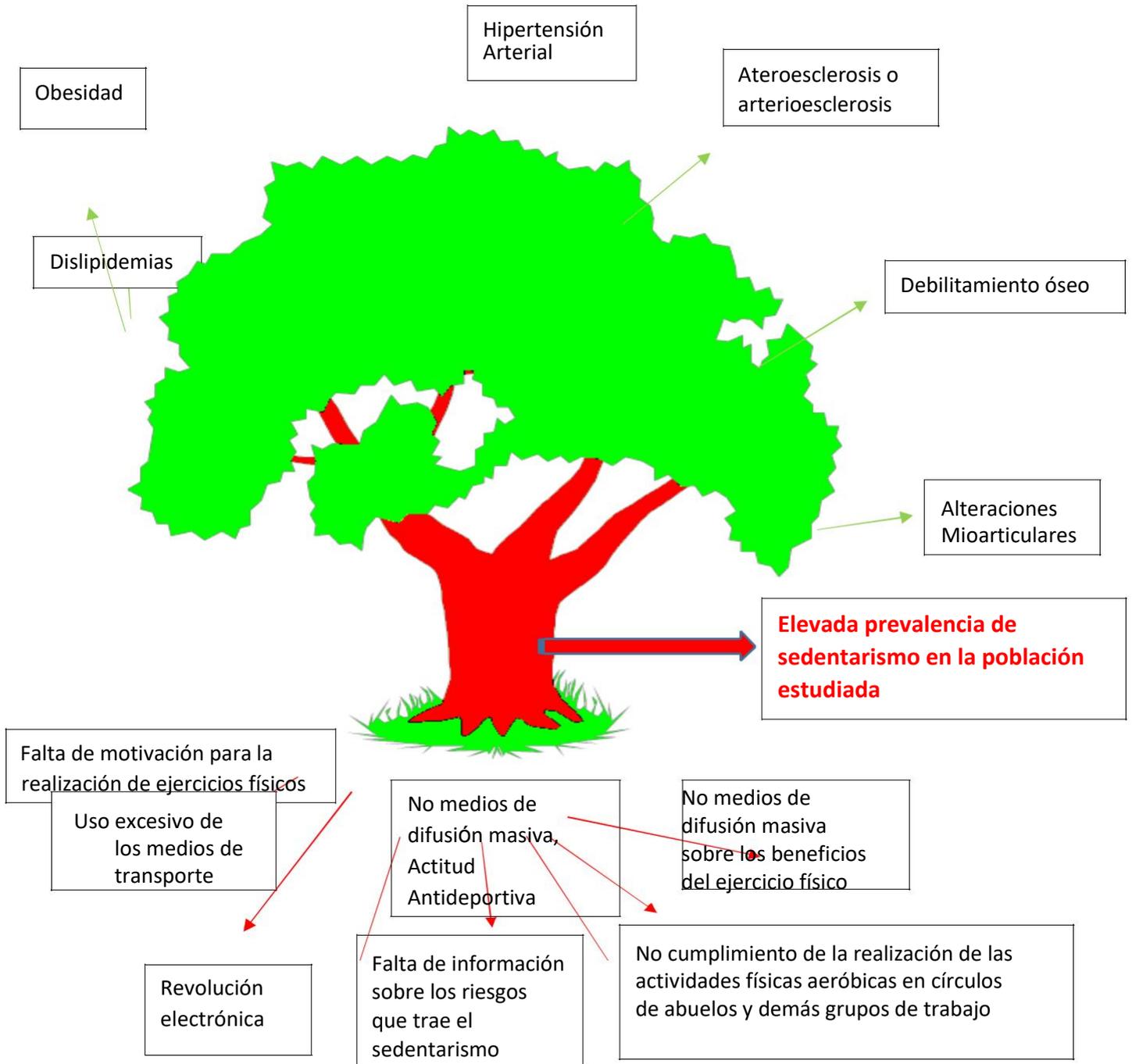


Gráfico 2. Causas del problema

Fuente: elaboración propia

8.3. Plan de acción para la solución del problema priorizado

Problema identificado: Elevado número de personas sedentarias que representan el 34,68% (43) de la población estudiada.

Objetivo: Fomentar estilos de vida saludables en la comunidad para disminuir en un 20% la incidencia de sedentarismo en la población

Tabla 17. Actividades a realizar

Actividades	Ejecutor	Responsable	Participan	Lugar	Fecha cumplimiento
Poner carteles en la comunidad (bodega y mural del Bar Chendi Tema sedentarismo como factor de riesgo en la salud	Secretarios de los CDRs	Presidentes de los CDRs	Toda la población	La bodega, farmacia, panadería	Ultima semana del mes
Charla educativa de motivación con los sedentarios sobre la necesidad de la incorporación del ejercicio físico sistemático	Promotor de salud	Enfermera CMF #17	Población sedentaria	Bar Chernie	Mayo 10
Desarrollar actividad educativa sobre el sedentarismo como factor de riesgo	Enfermera de CMF #17	EBS doctora del CMF # 17	Población sedentaria	Consultorio o médico de familia # 17	Marzo 15

Actividades	Ejecutor	Responsable	Participan	Lugar	Fecha cumplimiento
Coordinar con el representante del INDER una serie de ejercicios físicos sistemáticos en la comunidad	INDER	Presidente de los CDR	Toda la población	Cancha deportiva de ENU José Gregorio	los viernes de cada mes
Orientación nutricional a sedentarios con alto riesgo de obesidad	Nutricionista del Área # 1	EBS doctora del CMF # 17	Sedentarios con alto riesgo de obesidad	Consulta de nutrición del área	Primer lunes de cada mes
Realización de competencias de juegos de calle para los niños	Activista de CDR #1	Presidente de la CMF de la CDR	Población infantil y sus familiares	Calle 29	Primer sábado de cada mes
Incorporación de adultos mayores a clases de Tai Chi	Profesor de Tai Chi	Presidentes de los CDR	Adultos mayores	Canchas deportivas de la ENU José Gregorio	los lunes, miércoles y viernes
Orientación educativa a madres sobre videojuegos en niños y necesidad de actividad física	Promotor de salud	Presidente de CDR	Madres y población infantil	CMF #17	2do. Miércoles de cada mes

Conclusiones

En este estudio poblacional se trabajó con 50 familias pertenecientes al consultorio número 17 del área I en Cienfuegos durante el periodo de enero a mayo del 2018. Hubo un predominio significativo del género femenino sobre el masculino, siendo el grupo etario más representativo correspondiente a las edades de 45 a 49 años. Podemos apreciar que la población estudiada presenta un nivel de escolaridad alto, donde predomina el nivel universitario.

En cuanto las ocupaciones se encuentra un alto porcentaje de trabajadores asalariados y un pequeño porcentaje de desempleados. Los factores de riesgo predominantes son el hábito de fumar, el sedentarismo, y el riesgo de TB. En la población estudiada las enfermedades más comunes resultan ser las enfermedades no transmisibles, tales como la Hipertensión arterial, el Asma Bronquial y la Diabetes Mellitus. Cabe destacar que todos los pacientes están adecuadamente dispensarizados y con correcto seguimiento por el médico de familia. Luego de realizar un profundo análisis del estado de salud de esta comunidad, se pudo llegar al plan de acción, identificando los principales problemas de salud y priorizándolos para tratar de darles solución.

Para finalizar debe quedar clara la importancia de realizar un buen análisis de la situación de salud de la comunidad en la que el médico vaya a desenvolverse, ya que no solo le permite conocer a la población que allí vive, sino también acercarse más a la realidad de estas personas identificarse con sus principales problemas para crear acciones que ayuden a solucionarlos. Con el único objetivo de lograr y mantener la mejor calidad de vida posible de sus pacientes.



Referencias bibliográficas

- Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Tomos I y IV. ECIMED. 2014.
- Toledo Curbelo, Gabriel. *Fundamentos de Salud Pública*. ECIMED. La Habana, 2005
- La Salud Pública en Cuba. Hechos y cifras. UNICEF FNUAD 1998.
- Análisis de la Situación de Salud del Consultorio # 17 del Área I, Provincia Cienfuegos.
Historias de salud familiar individuales del CMF 17 del policlínico. Área I.
- Matarama Peñate, Miguel. *Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento*. ECIMED. La Habana, 2005.