

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO  
UNIDAD ACADÉMICA DE LAS PIEDRAS  
PROGRAMA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



MONOGRAFIA DE INVESTIGACION

***“FACTORES QUE INCIDEN EN EL DETERIORO DE LA  
SALUD DE LA COMUNIDAD 12 DE OCTUBRE, 2019”***

NOMBRE:	Int. Yanyira Mamio Valenzuela
CENTRO DE SALUD AMBULATORIO:	12 de octubre
ÁREA:	Rural
COORDINACIÓN DE RED:	07 Riberalta
MUNICIPIO:	Riberalta
PROVINCIA:	Vaca Diez – Beni
TUTORA:	Lic. Dina Guisbert Ovirose

RIBERALTA - BENI

**2019**



## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, porque su misericordia llega hasta los cielos y su fidelidad alcanza las nubes, por darme sabiduría, guiarme e iluminarme en mi formación profesional.*

*A mi familia, por el amor, apoyo, paciencia y fortaleza brindada durante estos años.*

*A mis compañeros, porque juntos compartimos años de esfuerzo, sacrificio y amistad.*

*A la Universidad Amazónica de Pando por acogernos en sus aulas durante todo este tiempo de nuestra formación profesional y darnos la oportunidad de superarnos como persona.*

*A nuestros Docentes por la paciencia que nos tienen y por la enseñanza que nos brindaron a lo largo de los años.*

## ***DEDICATORIA***

***El presente trabajo está dedicado:***

***A, Dios, por ser fuente de energía e inspiración que iluminó mi diario vivir y por su infinito amor y bendiciones, porque ha concedido los deseos de mi corazón y ha salido al encuentro con bendición, sabiduría y fortaleza***

***A mis padres, por las enseñanzas, y apoyo a mis padres por toda su, comprensión y ejemplo, confianza y gran apoyo el cual perdura siempre en mi vida.***

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA A INVESTIGAR</b>	<b>3</b>
2.1	Descripción del problema	3
2.2	Delimitación del problema.	3
2.3	Planteamiento del problema	4
2.4	Pregunta de investigación	4
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</b>	<b>5</b>
3.1	Objetivo general:	5
3.2	Objetivos específicos:	5
<b>4</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>7</b>
5.1	Salud	7
5.2	Determinantes de salud	7
5.3	Factores de riesgo	8
5.4	Tipos de factores de riesgos	8
5.4.1	Factores de riesgos de tipo conductual	8
5.4.2	Factores de riesgos de tipo fisiológico	9
5.4.3	Factores de Riesgo de tipo demográfico	9
5.4.4	Factores de riesgo de tipo medioambiental	9
5.4.5	Factores de riesgo de tipo genético	10
5.5	Indicador.	10
5.5.1	Por la observación directa de la persona	10

5.5.2	Por la observación de un grupo poblacional	10
5.5.2.1	Mediciones consolidadas de salud	10
5.5.2.2	Mediciones ecológicas o ambientales	11
5.5.2.3	Mediciones globales	11
<b>5.6</b>	<b>Familia</b>	<b>11</b>
5.6.1	2.5.2. Carpeta familiar	12
<b>5.7</b>	<b>Evaluación de determinantes de la salud</b>	<b>12</b>
5.7.1	Tipo de vivienda	12
5.7.2	Tenencia de vivienda	13
5.7.3	Número de personas por cuarto	14
5.7.4	Abastecimiento de agua.	14
5.7.5	Eliminación de excretas	14
5.7.6	Manejo de la basura.	14
5.7.7	Ingreso familiar.	15
5.7.8	Consumo diario de alimentos.	16
5.7.9	Nivel de Instrucción de la Madre.	18
<b>6</b>	<b>MARCO REFERENCIAL</b>	<b>19</b>
<b>6.1</b>	<b>Ubicación.</b>	<b>19</b>
<b>6.2</b>	<b>Limites.</b>	<b>19</b>
<b>6.3</b>	<b>Extensión territorial.</b>	<b>19</b>
<b>6.4</b>	<b>Accidentes geográficos importantes.</b>	<b>19</b>
<b>6.5</b>	<b>Clima, en los diferentes periodos del año</b>	<b>19</b>
<b>6.6</b>	<b>División política administrativa del municipio.</b>	<b>20</b>
<b>6.7</b>	<b>Pisos ecológicos.</b>	<b>20</b>
<b>6.8</b>	<b>Producción.</b>	<b>20</b>
<b>6.9</b>	<b>Recursos naturales.</b>	<b>20</b>
<b>6.10</b>	<b>Aspectos históricos</b>	<b>21</b>

6.11	Creencias	21
6.12	Vías de comunicación.	21
<b>7</b>	<b><i>METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</i></b>	<b>22</b>
7.1	4.1. Diseño.	22
7.2	Variables	22
7.2.1	Independiente	22
7.2.2	Dependiente	22
7.3	Instrumentos y técnicas de recolección de información	22
7.4	Población y muestra.	22
<b>8</b>	<b><i>RECURSOS ADMINISTRATIVOS</i></b>	<b>23</b>
8.1	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	24
<b>9</b>	<b><i>RESULTADOS</i></b>	<b>25</b>
9.1	Tipo de vivienda.	25
9.2	Grupos de riesgos personales	33
9.3	Enfermedades no transmisibles	34
9.4	Factores de riesgo por sexo y edad	35
9.5	Evaluación de las determinantes de la salud	35
<b>10</b>	<b><i>CONCLUSIONES</i></b>	<b>37</b>
<b>11</b>	<b><i>RECOMENDACIONES</i></b>	<b>40</b>
<b>12</b>	<b><i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.</i></b>	<b>41</b>
<b>13</b>	<b><i>ANEXOS</i></b>	<b>42</b>

## RESUMEN

El trabajo de investigación refleja: La gestión del sistema de salud es fuertemente burocrática e ineficiente desde el nivel central, departamental y municipal. La solicitud de información, monitoreo y supervisión de la salud se centra en indicadores biomédicos, y grupos vulnerables específicos, no tomando en cuenta indicadores de procesos vinculados a la implementación de la política SAFCI. Considerando que los instrumentos como las carpetas familiares, cuadernos de registros, implementación de sala situacional, normas y procedimientos siguen respondiendo al viejo modelo de salud asistencial-curativo.

Se logra determinar que los factores que inciden en el deterioro de la salud de la comunidad 12 de octubre son bastantes, pero entre ellos se puede mencionar al factor biológico donde cada organismo es más resistente a ciertas enfermedades, mientras otras se pueden enfermar más seguido. El estilo de vida o conductual de cada persona conlleva a conservar el estado de la salud acorde al nivel de conocimiento que esto les permita dar la importancia de la misma para mantenerse aparentemente sanos. De la misma manera se considera que influye el acceso del individuo, desde la atención médica si es integral, la calidad del servicio, la disponibilidad, accesibilidad y el abastecimiento que determinan la atención que pudiera recibir.

Se establecen medidas encaminadas a dar solución a los principales problemas identificados por la comunidad, como, por ejemplo, la educación sanitaria dirigida a la promoción de estilos de vida saludable, y a la prevención de hábitos tóxicos.

Desde la percepción que tiene la comunidad en relación a la salud se puede decir que en su mayoría solo ha culminado sus estudios básicos (64%) siendo esto necesario saber para en el futuro poder fortalecer los conocimientos y enseñanzas que pudieran realizarse en los cambios de comportamientos y hábitos saludables in situ. De los encuestados aparentemente consideran su estado emocional actual es de preocupada/o (73%), refiriendo que su estado actual de salud es regular (86%) porque algunos ya presentan y creen que en su comunidad ya tienen algunas enfermedades que en su momento pudo haberse evitado como por ejemplo; HTA (53%), diabetes mellitus (34%), artritis reumatoide (15%) entre otras enfermedades no transmisibles de menor relevancia, de los que solo asisten al servicio de salud cuando se encuentran enfermos, complicados o con algún malestar.

# 1 INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaro que la salud no solo supone la ausencia de enfermedad en el cuerpo, sino implica un estado completo de normalidad fisiológica, psicológica y la capacidad de adaptación a la sociedad.

A partir de enero de 2006, Bolivia ingreso en una nueva etapa de su historia implementando una nueva política enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo, cuyo fin fue de engrandecer y dignificar a la población boliviana, rescatando por primera vez todas las prácticas culturales y sociales que tienen los pueblos. Con la visión única de lograr una nueva Bolivia digna, soberana y productiva.

En ese sentido, la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria intercultural se constituye en la estrategia para lograr el derecho a vivir bien de las personas, las familias y las comunidades de nuestro país; bajo la premisa de que “La Salud es un Derecho para vivir bien”.

Con la implementación de normativas y estrategias de salud, sus correspondientes componentes de atención Integral, intercultural, gestión participativa y control social, aún no ha permitido articularse e identificar las características socio psicológico, económico, histórico, geográfico, cultural y ambiental que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución, a través de un proceso analítico-sintético de información continua que permita medir, caracterizar y explicar el perfil de salud-enfermedad incluyendo los daños y sus determinantes de la comunidad 12 de Octubre del área rural del Municipio de Riberalta.

A pesar de la promulgación de la política SAFCI, se mantiene los programas de salud de manera vertical sin suficiente coordinación entre sí, ni integralidad en su ejecución a nivel de las unidades sanitarias. Por una parte el personal de salud se centra principalmente en eliminar la enfermedad y no enfatiza en la persona para conocer los comportamientos de riesgo, estilos

y modos de vida, que orienten medidas de prevención. Por esta razón tampoco existe una continuidad en la atención por ciclo de vida, es decir desde que la persona nace hasta que muere, sino que se trabaja para resolver enfermedades.

La atención por género o generacional tampoco se toma en cuenta, no reconociéndose la diferencia dentro de los procedimientos de atención. Asimismo debido a la demanda de pacientes y acceso geográfico en áreas dispersas, el tiempo de atención es muy reducido lo que impide realizar una atención que tome en cuenta estos aspectos.

Esta caracterización de la atención de salud se debe principalmente a que el recurso humano está formado en el viejo enfoque de la salud que enfatiza una atención netamente curativa y asistencial, teniendo discrepancia con los nuevos paradigmas que propone tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Es por esta razón que el personal de salud es el máximo responsable del estado de salud de la población tiene entre sus deberes fundamentales realizar el diagnóstico de salud de su población, con el objetivo de conocer los principales problemas de salud que inciden en su comunidad, priorizándolos y tomando medidas encaminadas a erradicarlos o de no ser posible, tratar de disminuir su incidencia en esta población de riesgo.

## **2 PROBLEMA A INVESTIGAR**

### **2.1 Descripción del problema**

La gestión del sistema de salud es fuertemente burocrática e ineficiente desde el nivel central, departamental y municipal. La solicitud de información, monitoreo y supervisión de la salud se centra en indicadores biomédicos, y grupos vulnerables específicos, no tomando en cuenta indicadores de procesos vinculados a la implementación de la política SAFCI. Considerando que los instrumentos como las carpetas familiares, cuadernos de registros, implementación de sala situacional, normas y procedimientos siguen respondiendo al viejo modelo de salud asistencial-curativo.

Se destaca, que a pesar de haberse lanzado un seguro con el Sistema Único de Salud que permite a la población acceder a él, por la inadecuada información o falta de requisitos esto constituye a no registrarse y así no gozar de esa cobertura. Ocasionando así que la población busque otra alternativa para resolver sus problemas de salud. Existe insuficiente conocimiento de sus derechos, no dominan el marco legal vigente en el que se considera la salud como un bien integral y un derecho, que implica garantizar a la población no solo acciones curativas sino que se le debe garantizar el desarrollo y bienestar, actuando sobre las determinantes sociales de la salud.

La estructura institucional, como el control social de salud, no ha llevado a cabo un plan de seguimiento y monitoreo permanente para el desenvolvimiento de la aplicación de los procesos y procedimientos previstos en la política. Por el contrario responde a las solicitudes de insumos médicos, equipamiento, mejora de infraestructura, entre otros aspectos.

### **2.2 Delimitación del problema.**

La carrera de Licenciatura en Enfermería de la Unidad Académica de Las Piedras dependiente de la Universidad Amazónica de Pando, enmarcada en la formación por competencia y en normas vigentes del ministerio de la salud en Bolivia desde los diferentes niveles de atención en salud, en base a su estructura curricular exige la necesidad de enfocarnos en los paradigmas

en la salud como lo plantea la política SAFCI y se trabaje técnicamente para adecuar los procesos y procedimientos de atención, incidiendo favorablemente en un mejor desempeño del servicio de salud y garantizando a la población una mejor calidad de atención.

A partir de la necesidad sentida de las familias de la comunidad 12 de octubre por mejorar la atención, seguimiento y análisis, que repercute en la situación actual, se plantea determinar el factor que incide en la salud de la comunidad 12 de octubre.

### **2.3 Planteamiento del problema**

¿Cuál es la situación en salud y que factor la determinan?

¿La aplicación de herramientas e instrumentos influye para el análisis de las determinantes de la salud?

### **2.4 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores que incide en el deterioro de la salud de la comunidad 12 de octubre, en el primer trimestre del 2019?

### **3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1 Objetivo general:**

Determinar los factores que incide en el deterioro de la salud de la comunidad 12 de octubre, en el primer trimestre del 2019.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Analizar las determinantes de la salud de la comunidad 12 de octubre, en el primer trimestre del 2019.
- Describir la utilidad de herramientas e instrumentos que aplica el personal de salud en el centro de salud 12 de octubre.
- Verificar el personal de salud en relación a las determinantes de la salud, en el primer trimestre del 2019.
- Proponer acciones específicas para la incorporación de la atención en salud de manera programada, continua y permanente en relación a la salud de la comunidad 12 de octubre.

## **4 JUSTIFICACION**

La presente investigación servirá para conocer el factor que incide en la salud de las familias de la comunidad 12 de octubre, no solamente reflejada desde los indicadores principales de la salud, sino considerando las condiciones básicas, conducta o comportamiento de las personas en relación a su salud y los riesgos que esto conlleva a mejorar el sistema de atención. El cual será muy importante para el equipo de salud del Centro de Salud 12 de octubre y para las personas que viven en la comunidad.

A través de esta investigación se pretende tomar en cuenta medidas que permitan la atención efectiva, eficiente con calidad y calidez de la comunidad 12 de octubre y el centro de salud. Respondiendo a los riesgos de salud en la población en el tiempo establecido

Nos permitirá conocer los factores que determinan la salud de las personas en la comunidad 12 de octubre y permitirá proponer acciones específicas para el personal de salud como los representantes sociales

El sistema de salud a través del equipo del CSA 12 de Octubre establecerá estrategias y acciones necesarias para analizar, accionar y resolver estas determinantes de salud que afecta a la población.

## **5 MARCO TEORICO**

### **5.1 Salud**

El concepto de salud que se adopta según la OMS en 1947, que afirma que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Desde la perspectiva de esta investigación:

“El modelo holístico aparentemente refuerza la connotación positiva de la salud, sin embargo la meta reflejada como ideal resulta imposible de alcanzar a los establecimientos de salud, al resultar asistencialmente la demanda de pacientes enfermos donde los indicadores exigidos no permite constituir una alternativa aceptable acorde a cada región o contexto de la región o población prácticamente medible y saludable. Demostrando que los objetivos de desarrollo sostenibles y sus metas, lo pudiese facilitar a través de la integración de políticas en los distintos sectores de forma destacable, asemejando las políticas de nuestro país, aun poco efectivas.

### **5.2 Determinantes de salud**

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Estos datos nos permiten evaluar y clasificar el riesgo para la salud que tiene la familia en base a factores determinantes que inciden sobre el grupo familiar y priorizar su atención cada categoría.

Si bien desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de laframborise (1973)

desarrollado por Marc Lalonde (1974), ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses.

- Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).
- Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- Sistema de Asistencia Sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, lista de espera excesiva, burocratización de la asistencia).

### **5.3 Factores de riesgo**

Un factor de riesgo es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, en la práctica, suelen darse de forma aislada a menudo coexisten e interactúan entre sí. Por ejemplo, la inactividad física, con el tiempo, acaba causando aumento de peso, presión arterial elevada y un alto nivel de colesterol. Esta combinación aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar enfermedades cardíacas crónicas y otros problemas relacionados con la salud. El envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida han conllevado un aumento en las enfermedades y discapacidades a largo plazo (crónicas), que resultan caras de tratar.

### **5.4 Tipos de factores de riesgos**

#### **5.4.1 Factores de riesgos de tipo conductual**

Los factores de riesgo de tipo conductual suelen estar relacionados con acciones que el sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. Son, por ejemplo:

- El tabaquismo

- Un consumo excesivo de alcohol
- Las elecciones nutricionales
- La inactividad física
- Pasar mucho tiempo al sol sin la protección adecuada
- No haberse vacunado contra determinadas enfermedades y
- Mantener relaciones sexuales sin protección.

#### **5.4.2 Factores de riesgos de tipo fisiológico**

Los factores de riesgo de tipo fisiológico son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto. Pueden verse influidos por una combinación de factores genéticos, estilo de vida o de tipo más general. Son, por ejemplo:

- El sobrepeso u obesidad
- Una presión arterial elevada
- El colesterol alto y un alto nivel de azúcar en sangre (glucosa)

#### **5.4.3 Factores de Riesgo de tipo demográfico**

Los factores de riesgo de tipo demográfico son los que están relacionados con la población en general. Son, por ejemplo:

- La edad
- El género y
- Los subgrupos de población como el trabajo que se desempeña, la religión o el sueldo

#### **5.4.4 Factores de riesgo de tipo medioambiental**

Los factores de riesgo de tipo medioambiental abarcan un amplio abanico de temas como factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como factores físicos, químicos y biológicos. Son, por ejemplo

- El acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias;
- Los riesgos laborales,

- El entorno social.

#### **5.4.5 Factores de riesgo de tipo genético**

Los factores de riesgo de tipo genético se basan en los genes del sujeto, algunas enfermedades como la fibrosis quística (FQ) y la distrofia muscular se originan totalmente en función de la composición genética del individuo. Muchas otros como el asma y la diabetes reflejan la interacción entre los genes del individuo y factores medioambientales. Algunas enfermedades como la anemia falciforme son más prevalentes en determinados subgrupos poblacionales.

#### **5.5 Indicador.**

Para Morgenstern, medir variables de salud, abarca diferente niveles de medición que pueden generarse de dos maneras:

##### **5.5.1 Por la observación directa de la persona**

(Por ejemplo la presión arterial de las personas, el acceso de las personas a los servicios de salud cuando lo necesitan)

##### **5.5.2 Por la observación de un grupo poblacional**

O un lugar mediante tasas y proporciones (como la tasa de prevalencia de hipertensión o el porcentaje de embarazos en adolescencia) entre otras.

Las mediciones generadas a partir de la observación de grupos o lugares se usan para generar evaluaciones, indicadores y puedan clasificarse:

##### **5.5.2.1 Mediciones consolidadas de salud**

Son mediciones (medias, medianas, proporciones) que resumen las observaciones de individuos en cada grupo observado (por ejemplo, tasa de prevalencia de mujeres y en hombres en un grupo etario) en otras palabras miden la salud en la población

### **5.5.2.2 Mediciones ecológicas o ambientales**

Se refieren a características físicas del lugar en el cual los grupos de población viven o trabajan. Algunas de estas características pueden ser difíciles de medir (por ejemplo, exposición a la contaminación atmosférica, a horas diarias de luz solar, a vectores de dengue) son factores externo al individuo.

### **5.5.2.3 Mediciones globales**

Son atributos del grupo o lugar sin análogos a nivel individual (densidad poblacional, índice de desarrollo humano, producto interno bruto percapita) son considerados indicadores contextuales.

## **5.6 Familia**

En relación con la definición de hogar y familia:

El concepto de hogar depende de la relación establecida por las personas Individualmente o en grupos en el proceso de abastecimiento y consumo de alimentos (olla común) y de otros artículos esenciales para vivir. En otras definiciones se hace hincapié en que las personas coman juntas, compartan un fogón o satisfagan sus necesidades con cargo a un presupuesto común.

Aunque en los censos no se realizan preguntas que conciernen directamente a la familia, se puede reconstruir su composición mediante el parentesco de los miembros con una persona clasificada como jefe de hogar.

Una familia comprende a dos o más miembros del hogar multipersonal emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción o matrimonio, cuyos contenidos específicos se delimitan en cada país.

De las definiciones anteriores se desprende que en una vivienda puede haber más de un hogar, y que un hogar puede estar compuesto por más de una familia; pero una familia no puede tener más de un hogar, ni un hogar puede tener más de una vivienda. (Hogar y familia indígenas en

Bolivia, Chile y Panamá: Algunos hallazgos y su aporte a la recolección de la información censal. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile)

### **5.6.1 2.5.2. Carpeta familiar**

Es un instrumento imprescindible para la implementación de la política SAFCI, especialmente en su componente de atención a la salud; sirve al mismo tiempo para captar la información de los determinantes sociales, factores de riesgo y permite acercarnos a las causas básicas de morbi-mortalidad en nuestro país, facilitando la dirección más acertada en la implementación de las políticas de salud.

La Carpeta Familiar resulta de utilidad para que cada establecimiento del primer nivel de atención, pueda diseñar y evaluar sus estrategias, tomando como base el análisis de la situación de salud de las familias y comunidades a las que ofrece atención.

Es un instrumento de captación de información de la persona, familia y comunidad para la toma de decisiones de manera intersectorial.

Nos permite conocer el estado de salud y la situación socio-económica de las familias y comunidades bolivianas desde el establecimiento.

## **5.7 Evaluación de determinantes de la salud**

### **5.7.1 Tipo de vivienda**

- Vivienda individual: aquella en la cual habita una o más familias, siempre que constituyan un hogar, con distribución de sus interiores independiente y cuyos exteriores pueden estar en contacto o no, teniendo cada una de ellas su propio acceso desde la vía pública.
- Departamento: se refiere a las viviendas que forman parte de una edificación de varias plantas, con divisiones que determinan la privacidad de cada una de las viviendas, que pueden estar una en cada piso o varias en un mismo piso y que tienen generalmente entradas y áreas comunes.

- Cuartos o habitaciones sueltas: se refiere a aquellas en las cuales solo se dispone de un cuarto para las actividades de cocción e ingestión de los alimentos, entretenimiento y descanso de su(s) habitante(s).

- Choza y pahuichi:

Choza: vivienda sencilla construida con materiales naturales, generalmente con madera y cubierta de ramas o paja.

Pahuichi: vivienda tradicional del oriente boliviano, construida con paredes de barro y “chuchío” (caña hueca) y techo de hoja de palmera, ya sea motacú (*Attaleaphalerata*) u otro tipo de palma según la zona de que se trate.

Recordar que la vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales

### **5.7.2 Tenencia de vivienda**

- Propia: cuando uno o varios integrantes de la familia es o son propietarios de la vivienda.

- Anticrético: cuando la familia ha entregado un monto específico de dinero al dueño/propietario de la vivienda para habitarla por un período de tiempo determinado, lo cual debe haber quedado establecido mediante contrato, dinero que le será devuelto al concluir el tiempo establecido por el contrato.

- Alquiler: cuando los habitantes de la vivienda pagan mensualmente una cantidad de dinero al dueño del inmueble por el derecho de ocuparlo.

- Cuidador: cuando alguno de los habitantes de la vivienda se encarga del cuidado de la misma y la familia lo ocupa de forma gratuita.

- Otra: especifique otras formas que sean diferentes a las señaladas anteriormente.

### **5.7.3 Número de personas por cuarto**

Se marcará en la casilla que corresponda al número de personas que duermen en cada cuarto de la casa. Ejemplo: si en una casa de 4 cuartos viven 5 personas, pero un solo cuarto se destina para dormitorio, se marcará en la casilla “cinco”.

### **5.7.4 Abastecimiento de agua.**

Se refiere a la manera habitual por la cual la familia accede al agua para consumo en su vivienda.

- Agua por cañería
- Pileta pública
- Pozo/noria/vertiente/cisterna
- Acequia/río
- Charcos/atajados/curichi

### **5.7.5 Eliminación de excretas**

Se refiere al sistema habitual por el que la familia elimina las excretas.

- Servicio higiénico en domicilio
- Servicio higiénico público
- Letrina
- Pozo Ciego
- Aire libre

### **5.7.6 Manejo de la basura.**

Debe marcarse la variante de manejo habitual de la basura por parte de la familia.

Recojo domiciliario: servicio público de recojo de la basura

- Basura enterrada
- Calle/campo abierto: en el caso de la calle, cuando no existe recojo domiciliario y la familia deposita de manera habitual allí la basura. si es en área rural, cuando de manera habitual la deposita en el campo abierto sin hacerle ninguna modificación
- Quemado: se refiere a la quema de la basura en cualquier lugar que la realice, sea en el patio de la vivienda, en una calle o en campo abierto.
- Río/quebrada: cuando se vierte la basura directamente en una corriente de agua natural, sea río o quebrada.

### **5.7.7 Ingreso familiar.**

Estos datos los obtenemos por la referencia de la familia.

- Le permite ahorrar: cuando la familia tiene la capacidad de ahorro después de satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido, vivienda, salud, educación y otras. Cuando se refiere al ahorro en áreas urbanas, se habla de dinero, si puede disponer de una cantidad determinada con cierta periodicidad para guardarlo y utilizarlo en el futuro si resulta necesario o lo desea.

Cuando se habla de ahorro en áreas rurales, especialmente en población originaria, que puede o no utilizar el dinero como una forma de cambio importante, la posesión de una cantidad de alimento, por ejemplo, maíz, o de ganado puede considerarse como una forma de ahorro, es decir que la familia tiene posibilidades de una u otra forma, de garantizar la satisfacción de sus necesidades en un futuro inmediato o mediato.

- Satisface necesidades básicas y otras: el dinero o lo que obtiene la familia en conjunto, sea por su actividad laboral (producción o servicios) o por jubilación/prestaciones, le alcanza para

satisfacer necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, salud y educación) y no básicas, tales como pasear, comprar artículos que no son imprescindibles para la vida, etc., pero no le permite ahorrar para el futuro o para alguna emergencia.

- Satisface necesidades básicas: cuando los ingresos de la familia alcanzan solo para satisfacer las necesidades de alimentación, vestido y vivienda. No le permite satisfacer necesidades no básicas y tampoco ahorrar.

- A veces no alcanza: cuando la familia no dispone de los recursos suficientes afectándole a veces en la cantidad y calidad de la alimentación, vestimenta y vivienda por falta de recursos. Es decir que, por diversas razones (pérdida del empleo, pérdida de una cosecha, etc.), la familia no dispone temporalmente de recursos para satisfacer sus necesidades básicas.

- Insuficiente: cuando de manera habitual la familia no puede satisfacer sus necesidades básicas con lo que obtiene, ya sea en dinero o como resultado de su participación en la producción agropecuaria.

Para llenar este acápite de ingreso familiar debe tenerse en cuenta las condiciones y estilos de vida que son propias de cada región y grupo poblacional del país.

#### **5.7.8 Consumo diario de alimentos.**

- Consumo de cereales, tubérculos y derivados

- Consumo de alimentos de origen animal

- Consumo de frutas o verduras

- Consumo de aceite

- Consumo de sal yodada.

No son excluyentes. Pueden marcarse todos si a diario la familia consume los alimentos relacionados. También puede darse el caso de que solo consuman uno de los tipos planteados y entonces será sólo esa la casilla que se marque.

En este acápite, las casillas están en blanco, a diferencia del resto de los cuadros que aparecen en este acápite. Cuando la respuesta sea que sí se consume, se colocará “0” (cero) y cuando no se consuma ese alimento diariamente, se colocará “5”. Para el resultado final deben sumarse los puntos de todas las casillas.

Por ejemplo, una familia que no consuma ninguno de los tipos de alimentos, ni use aceite y sal yodada, obtendrá un total de 25 puntos, 5 por cada casilla.

El objetivo de la información recolectada es conocer el tipo de dieta que consume diariamente una familia, la cual debe ofrecer: energía, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, y yodo.

Los cereales, tubérculos y derivados contienen carbohidratos y son la fuente más abundante y económica de energía en la alimentación diaria.

Los alimentos de origen animal y derivados, proporcionan proteínas que son importantes para formar y regenerar tejidos.

Las verduras y frutas proporcionan vitaminas y minerales esenciales para mantener la salud del ser humano.

Las grasas, son la fuente con mayor concentración de energía en la alimentación diaria. De éstas, es importante resaltar el consumo de aceite que es más beneficioso en relación a las otras grasas

El yodo interviene en la función de las hormonas tiroideas, importantes sobre todo en los niños.

Cereales: arroz, quinua, maíz, poroto, trigo, tarhui, soya, avena, maní, fideo, cebada, cañahua.

Tubérculos, derivados y raíces: papa, yuca, oca, racacha, camote, plátano postre, izaño, chuño, tunta.

Alimentos de origen animal: de res, menudencias, llama, cordero, cabra, aves, pescado, animales silvestres, reptiles.

Huevos: de gallina, de pata, de tortuga.

Leche y derivados: leche, queso, quesillo, yogurt, mantequilla.

#### **5.7.9 Nivel de Instrucción de la Madre.**

1. Universitaria: encargada de la familia que tenga terminado el nivel Universitario
2. Técnica: encargada de la familia que tenga terminado el nivel Técnico
3. Secundaria: encargada de la familia que tenga terminado el nivel escolar Secundario.
4. Básico: encargada de la familia que tenga terminado el nivel escolar Primario.
5. Sin Instrucción: encargada de la familia que no tenga ningún nivel de instrucción.

Para completar el acápite IV Determinantes de Salud debe calcularse el total de puntos alcanzado por la familia, lo cual permitirá ubicarla en el rango de riesgo correspondiente.

Todos los cuadros no tienen el mismo peso específico. Las cajas A,C, D, E, H, I tienen valores de 5 a 25. En tanto que las cajas B, F, G, tienen valores del 1 al 5, la caja H valores del 0 al 25; anotar 0 si consume a diario los alimentos específicos de cada fila, o se anota 5 si no lo consume a diario. Se debe sumar el resultado de todas las cajas y se obtiene el puntaje alcanzado por la familia, para ubicarla en uno de los tres rangos de riesgo.

## **6 MARCO REFERENCIAL**

### **6.1 Ubicación.**

La comunidad 12 de octubre se encuentra ubicada al Nor – Este de la ciudad de Riberalta, cantón Florida, de la provincia Vaca Diez del departamento del Beni. A una distancia de 45 km hacia la carretera que conecta las ciudades de Riberalta y Guayaramerin, de la misma manera esta comunidad cuenta con un Centro de Salud Ambulatorio que lleva el mismo nombre de la comunidad. Con una asignación de 744 habitantes para la gestión 2019 según el INE.

### **6.2 Limites.**

Los límites de la comunidad son:

**Al norte:** con la Comunidad Campesina Eduardo Avaroa.

**Este:** Limita con el Rio Yata

**Sur:** Limita con las comunidades, San Lorenzo, el Desvelo.

**Sur Oeste:** Limita con la comunidades Campo Central, Los Ángeles y El Hondo

### **6.3 Extensión territorial.**

Su extensión territorial es de aproximadamente 7,1/2km cuadrado por toda la comunidad.

### **6.4 Accidentes geográficos importantes.**

La topografía de esta zona se caracteriza por tener una configuración normal, es decir, el relieve de la misma es fundamentalmente llano con ausencia de elevaciones de significación así como presencia de vegetación moderada en todas las comunidades.

## **6.5 Clima, en los diferentes periodos del año**

Existen cuatro estaciones definidas:

- Primavera (septiembre – octubre – Noviembre)
- Verano (diciembre - enero – febrero)
- Otoño (marzo – abril – mayo)
- Invierno (Junio – Julio – Agosto)

## **6.6 División política administrativa del municipio.**

La población de la comunidad es atendida por el CSA12 de Octubre perteneciente al área rural del Municipio de Riberalta, administrada por Gobierno Autónomo Municipal de Riberalta. Para las acciones de salud se activan otras organizaciones políticas y de masa como Red de Salud 07 de Riberalta, DIMUSA, Proyecto MI SALUD, Cruz Roja Boliviana, estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería de la U.A.B y UAP, auxiliares de enfermería de la escuela de enfermeras Gertrudis, Programa de Malaria, FF.AA de Riberalta, etc. Las cuales apoyan y participan activamente en las actividades.

## **6.7 Pisos ecológicos.**

El piso que predomina es el macrotérmico o zona caliente el cual por encontrarse entre 110 metros sobre el nivel de mar el cual se caracteriza por el clima tropical y temperatura cálida todo el año favoreciendo esto a la producción de yuca, plátano y castaña

## **6.8 Producción.**

La actividad económica principal de la comunidad 12 de OCTUBRE es la recolección de la castaña y madera, además también vemos familias que se dedican a la pesca así aprovechando los recursos que el río Yata les provee.

## **6.9 Recursos naturales.**

En la zona solo se cuenta con recursos de la castaña, madera y la pesca pero extinguibles si no se disminuyen la explotación tales como la tala de árboles para el uso de la madera y el abuso de la pesca con el uso de mallas en la práctica de las mismas.

## **6.10 Aspectos históricos**

La población se enmarca en un territorio que al igual que el resto de todo el municipio de Riberalta, sus pobladores han heredado las tradiciones, creencias y hábitos de los primeros pobladores, desarrollando una infraestructura propia que a la vez ha sido enriquecida por el proceso de cambio con la introducción de nuevas políticas en el ámbito poblacional. El idioma oficial es el castellano, Existe marcada inclinación a la práctica de religiones católicas, aunque también existen pentecostales. En general el número de personas que ejercen estas religiones es mínimo con respecto a la población total, por lo que no constituye un obstáculo para la práctica de la salud pública en la comunidad, ni una dificultad para la incorporación de la población a la sociedad.

## **6.11 Creencias**

En la comunidad predominan los católicos con sus ceremonias dominicales además, se practica de sectas religiosas como ser Protestantes Cristianos.

## **6.12 Vías de comunicación.**

Los principales es la radio ya que no se cuenta con señal óptima para el uso de celulares, aunque una ínfima parte de la población no cuenta con estos medios.

Debe plantearse que la mayoría de los caminos no están en condiciones favorables y esto no facilita las comunicaciones.

## **7 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **7.1 4.1. Diseño.**

El diseño empleado en esta investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, con un corte en tiempo, primer trimestre de la gestión 2019.

### **7.2 Variables**

#### **7.2.1 Independiente**

Socioeconómica, nivel de instrucción, ocupación

#### **7.2.2 Dependiente**

Indicador, evaluar.

### **7.3 Instrumentos y técnicas de recolección de información**

Los instrumentos usados en la recolección de información fueron:

- Revisión de la información
- Observación
- Entrevista

### **7.4 Población y muestra.**

Los datos provienen de dos fuentes:

- 59 Familias carpetizadas de la comunidad 12 de octubre

## 8 RECURSOS ADMINISTRATIVOS

RUBRO DE GASTO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO U.	TOTAL
A. Recursos Humanos				
Investigador principal	1	1	300	300
Auxiliares	0	0	0	300
B. Servicios				
Pasajes	1	8	20	160
Comunicación	1	8	10	80
Refrigerios	1	8	10	80
C. Materiales				
Cámara fotográfica	1	1	0	0
Computadora portátil	1	1	0	0
Data Show	1	1	0	0
Impresora EPSON	1	1	700	700

- ALGUNOS YA SE CUENTA EN EXISTENCIA

## 8.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENE-FEB				MAR-ABR				MAY-JUN			
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
<b>PLANIFICACION</b>												
Formulación del proyecto		X										
Aprobación del proyecto			X									
<b>EJECUCION</b>												
Recopilación de datos				X	X	X	X					
Sistematización de datos								X	X			
Análisis de resultados									X	X		
Redacción del informe											X	
<b>DIFUSION</b>												
Publicación												X

## 9 RESULTADOS

Se evalúan los factores medioambientales para conocer los servicios básicos con lo que cuenta y manejan en la comunidad.

### 9.1 Tipo de vivienda.



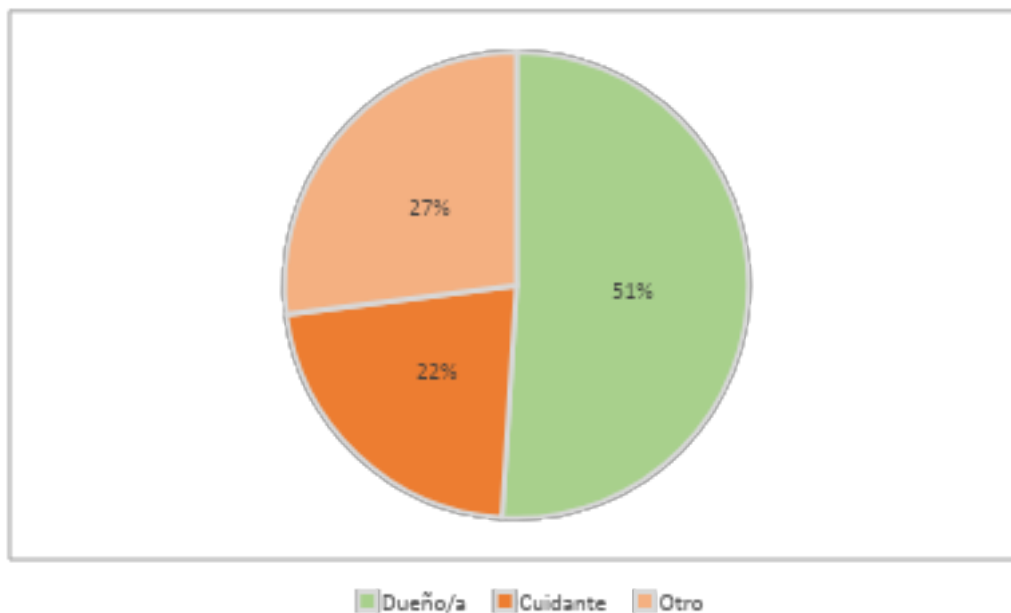
*Autor Propio*

Podemos evidenciar que el tipo de vivienda que tienen en la comunidad 12 de octubre es con mayor consideración la vivienda individual, aquella que cuenta con los espacios suficientes para dividir varios ambientes 49%, también se cuenta con casas rústicas 25%, aquellas que solo cuentan con habitaciones adecuadas a viviendas 19% y finalmente la que no cumple con las mínimas condiciones para considerarse vivienda 7%, cuya edificación no es adecuada para el refugio, desprotegiéndola de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales.

¿Cuál es la característica que describe de su tipo de vivienda?		
Vivienda individual	29	49%
Cuartos o habitaciones sueltas	11	19%

Pahuichi/casa rústica	15	25%
Vivienda improvisada	4	7%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

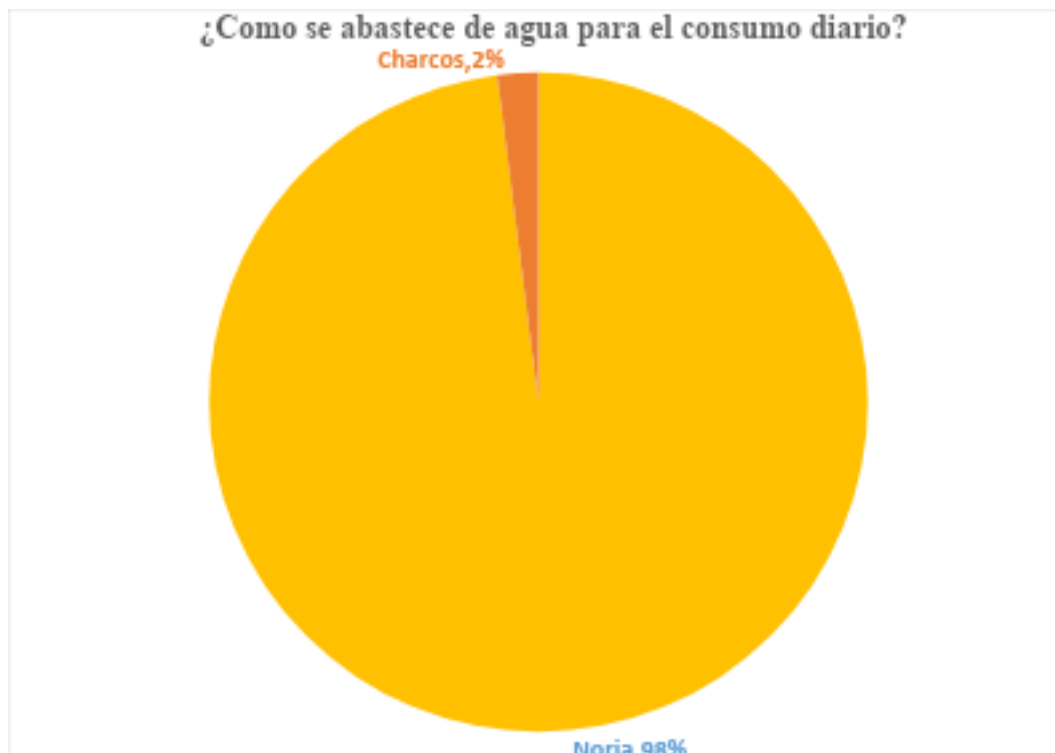
*¿Usted vive en esta vivienda en calidad de:?*



Las familias de la comunidad 12 de octubre en un 51 % son dueños de la vivienda, relativamente comparado con población que están de cuidadores o existe algún nexo con los propietarios.

<b>¿Ud., vive en esta vivienda en calidad de...?</b>		
Dueño/a	30	51%
Cuidante	13	22%
Otros	16	27%

<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>
--------------	-----------	-------------



*Autor Propio*

El agua utilizada en la comunidad 12 de octubre es por el abastecimiento de norias con un 56%, dentro de los cuales aparentemente no reciben ningún tratamiento para que sea apta de su consumo y aumentan los riesgos de salud que acarrear las enfermedades dermatológicas, parasitarias, bacterianas, etc.

<b>¿Cómo se abastece de agua para el consumo diario?</b>		
Noria	58	98%
Charcos	1	2%

<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>
--------------	-----------	-------------



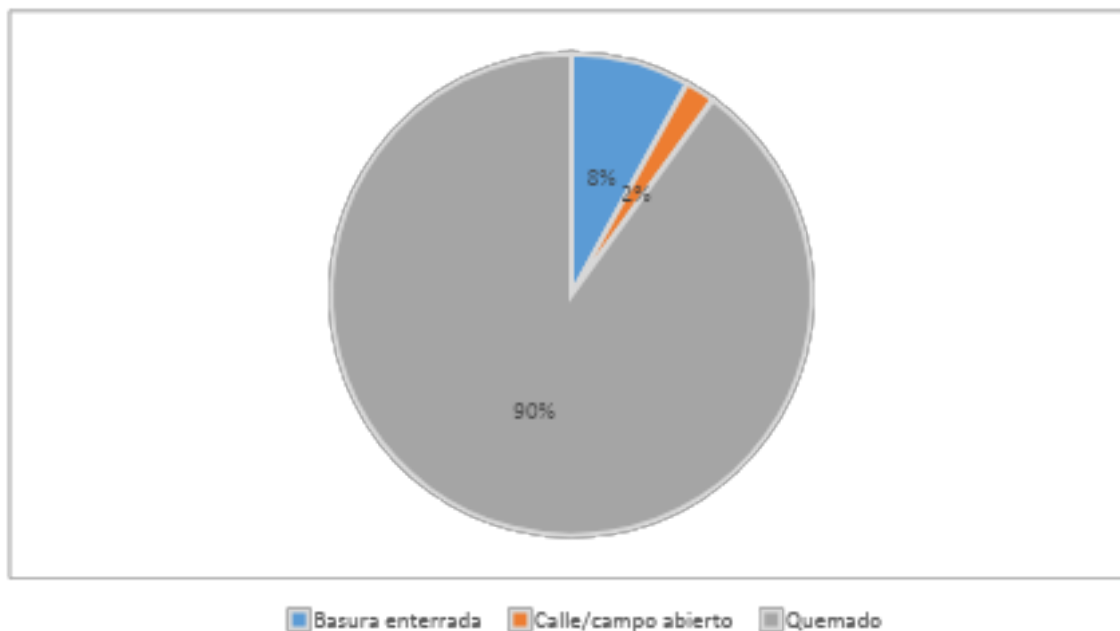
*Autor Propio*

En la comunidad el manejo habitual por el que las familias eliminan las excretas son por la construcción de pozos ciegos que no cumplen con la mínima garantía de seguridad en las filtraciones y características 78%, uso de letrina con un 12% y uso del aire libre un 10%. De las cuales podrían convertirse en vulnerables riesgos de filtraciones y manejo del agua inapropiadamente en la comunidad, así como la relativa prevalencia de enfermedades.

<b>¿Cuál es el proceso de eliminación de excretas en su hogar?</b>		
<b>Pozo ciego</b>	<b>46</b>	<b>78%</b>

<b>Letrina</b>	7	12%
<b>Aire libre</b>	6	10%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

*¿Cual es el manejo para el desecho final de la basura en su hogar?*



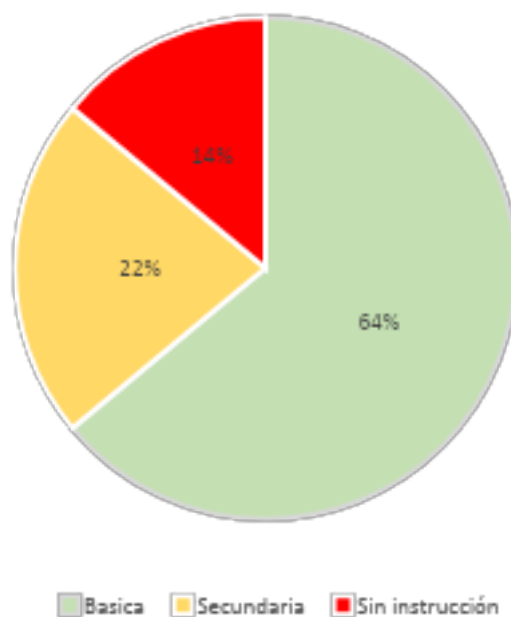
*Autor Propio*

El manejo habitual de la basura por parte de las familias es con un 8% de basura enterrada, 2% eliminada en la carretera o campo abierto y 90 % quemada. Es decir significativo problema ambiental sin la clasificación y conocimientos de manejo de los residuos sólidos.

<b>¿Cuál es el manejo para el desecho final de la basura en su hogar?</b>		
<b>Quemado</b>	53	90%
<b>Basura enterrada</b>	5	2%

<b>Calle/campo abierto</b>	1	8%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	100%

*¿Cual es el grado de instruccion alcanzado?*



*Autor Propio*

El nivel educativo de la madre es fundamental, en el área rural solo un 22% ha alcanzado ingresar al nivel secundario, donde aún existe un significativo grupo de mujeres que no saben leer ni escribir siendo un 14% y solo un 64% apenas a terminando el nivel escolar primario.

**¿Cuál es el grado de instrucción alcanzado?**

Secundaria	13	22%
Básica	38	64%
Sin Instrucción	8	14%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

<b>¿A qué religión pertenece Ud.?</b>		
Católica	59	100%

Es muy importante conocer la religión a la que pertenecen en la comunidad, dicho dato nos permitirá si existen algunas creencias o ritos que limiten o permitan realizar algunas situaciones que involucren a la alimentación y salud de las personas.

<b>¿Cómo cree que su estado emocional actual se encuentra?</b>		
Feliz y alegre	16	27%
Preocupada/o	43	73%
Irritable	0	0%
Triste y deprimida/o	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Aparentemente una mayoría de las personas cree estar preocupada/o por diversas causas que no le permiten estar en armonía para realizar sus quehaceres diarios con normalidad. Afectando de esta manera también el concepto de lo que determina la salud como un bienestar completo.

<b>¿Cómo considera que se encuentra de salud actualmente?</b>
---

Mal	8	14%
Regular	51	86%
Buena	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

La valoración con la que describen las personas en relación a su estado de salud actual, es bastante notorio al mencionar que REGULAR esta más por el mal, es decir nadie de las personas encuestadas responde buena siendo una opción para realizarlo.

<b>¿Qué enfermedades más comunes conoce que tienen en la comunidad?</b>		
Hipertensión arterial	30	51%
Diabetes mellitus	20	34%
Artritis	9	15%
No responde	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>59</b>

El estar en una comunidad pequeña cuyos habitantes se conocen y comparten diariamente, el conocimiento en sí de tener enfermedades no transmisibles y estas pudieron ser evitadas, hace referencia a la Hipertensión arterial 51%, diabetes mellitus 34%. Artritis reumatoide 15%. Considerándose entonces que estas ya son enfermedades crónicas y que requieren de minuciosos controles para evitar complicaciones.

<b>¿Conoce al médico de su establecimiento de salud?</b>		
Si	59	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Se hace notar que la comunidad si conoce a su médico/a del centro de salud ambulatorio, puesto que esto juega un papel importante para las familias, manifestando así que sabrán donde acudir por ayuda en caso se lo requiera. Sin embargo la pregunta demuestra que SABRAN DONDE ACUDIR, al contrario es más asistencial la atención.

<b>¿En los últimos 3 meses recibió atención y se sintió satisfecho?</b>		
Si	59	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

La atención brindada deja en claro que todos están conformes y satisfechos con la atención recibida.

<b>¿Cuándo Ud. acude al establecimiento de salud le resuelven su problema de salud?</b>		
Si	48	81%
No	11	19%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Al parecer la atención recibida es buena, sin embargo al momento de satisfacer su problema de salud, encara la realidad con la dispensación de medicamentos que pudieran dejar de lado continuar un tratamiento efectivo y oportuno. Siendo necesario analizar cuáles son las causas de la falta de medicamentos en su farmacia.

## **9.2 Grupos de riesgos personales**

<b>GRUPOS DE RIESGOS PERSONALES</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
Menores de 5 años	<b>30</b>	12%
Mayores de 60 años	<b>27</b>	11%

Habito de Fumar	<b>8</b>	3%
Otros	<b>183</b>	74%
<b>TOTAL</b>	<b>248</b>	100%

Podemos notar que en esta comunidad existen 248 habitantes distribuidos en distintos grupos de edades, de los cuales 130 son del sexo femenino (52%) y 118 del sexo masculino (48%). Así mismo los grupos de riesgos personales se dan con mayor relevancia en los considerados otros 74%, mayores de 60 años y menores de 5 años. Entre las comparaciones de las opiniones vertidas en las encuestas, se revela que existe la similitud de enfermedades no transmisibles relativamente con datos de instrumentos y herramientas de información como son las siguientes:

### 9.3 Enfermedades no transmisibles

<b>ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>N° PERS</b>	<b>%</b>
Diabetes mellitus	4	<b>16 %</b>
Hipertensión arterial	12	<b>48 %</b>
Cardiopatías (isquémica, hipertensiva, reumática)	2	<b>8 %</b>
Enfermedades del Sistema locomotor (artrosis, artritis)	7	<b>28 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

La población es heterogénea debido a la diversidad existente en cuanto a edad y sexo; esta es rural en su totalidad. Como se observa en la tabla que se muestra a continuación, en la

distribución de la población por edad y sexo existe un predominio del sexo masculino sobre el femenino.

#### 9.4 Factores de riesgo por sexo y edad

INDICADOR	FACTORES DE RIESGO POR SEXO Y EDAD			
	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
<5	13	5 %	17	7 %
5-9	15	6 %	26	10%
10-19	28	12%	33	13 %
20-29	18	7 %	21	8 %
30-59	26	10 %	24	10 %
60 o +	18	7 %	9	4 %
<b>TOTAL</b>	118	48%	130	52%

#### 9.5 Evaluación de las determinantes de la salud

<b>Rango de Riesgo</b>	Bajo	0	%
	Medio	59	100%
	Alto	0	%
<b>TOTAL</b>		59	

La población actual de la comunidad 12 de octubre según el avance de las Carpetas Familiares es de 248 habitantes para un total de 59 familias de las cuales todas están establecidas con una evaluación de las determinantes de la salud en MEDIANO RIESGO, cuyo seguimiento no está establecido como la norma y guía de visita familiar lo menciona, tampoco existe un control regular en el mapa parlante de la sala situacional, por lo cual esto debe ser una prioridad para involucrar articulación de acciones según los riesgos personales o familiares encontrados.

<b>¿El establecimiento de salud lo hace partícipe de las actividades relacionadas a la comunidad o demuestra resultados de la sala situacional y carpetas familiares?</b>		
Si		0
No		59
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

La comunidad desconoce las actividades preventivas y de promoción porque no son partícipes de las mismas al momento de plantearlas, solo son partícipes cuando ya están para ejecutarlas. Así mismo denota la ausencia de participación social en la socialización de análisis de las salas situacionales y carpetas familiares de las que ya tiene el centro de salud.

## 10 CONCLUSIONES

Se logra determinar que los factores que inciden en el deterioro de la salud de la comunidad 12 de octubre son bastantes, pero entre ellos se puede mencionar al factor biológico donde cada organismo es más resistente a ciertas enfermedades, mientras otras se pueden enferman más seguido. El estilo de vida o conductual de cada persona conlleva a conservar el estado de la salud acorde al nivel de conocimiento que esto les permita dar la importancia de la misma para mantenerse aparentemente sanos. De la misma manera se considera que influye el acceso del individuo, desde la atención médica si es integral, la calidad del servicio, la disponibilidad, accesibilidad y el abastecimiento que determinan la atención que pudiera recibir.

Se evalúa las determinantes de la salud de la comunidad 12 de octubre, dando como resultado que en esta comunidad carece de servicios básicos, el cual se abastece de agua para el consumo mediante norias (98%), eliminan sus excretas con la construcción de pozo ciego (78%), manejan la basura habitualmente para su eliminación con el quemado (90%). Ocasionando así un riesgo altamente importante en la salud de las familias y dejando de lado acciones que permitan trabajar por los servicios básicos e indispensables en los hogares, tanto desde la información, educación y operativización de proyectos que nazcan como necesidades urgentes desde la comunidad, siendo necesario hacer conocer los resultados de estos mediante reuniones, talleres, congresos, propuestas, etc.

Desde la percepción que tiene la comunidad en relación a la salud se puede decir que en su mayoría solo ha culminado sus estudios básicos (64%) siendo esto necesario saber para en el futuro poder fortalecer los conocimientos y enseñanzas que pudieran realizarse en los cambios de comportamientos y hábitos saludables in situ. De los encuestados aparentemente consideran su estado emocional actual es de preocupada/o (73%), refiriendo que su estado actual de salud es regular (86%) porque algunos ya presentan y creen que en su comunidad ya tienen algunas enfermedades que en su momento pudo haberse evitado como por ejemplo; HTA (53%), diabetes mellitus (34%), artritis reumatoide (15%) entre otras enfermedades no transmisibles de menor relevancia, de los que solo asisten al servicio de salud cuando se encuentran enfermos, complicados o con algún malestar. Es decir que los hábitos de realizar ejercicios,

comer saludables, cambios conductuales en el consumo de bebidas alcohólicas y otros no son fomentados con ninguna particularidad preventista y promocional.

El personal de salud en el centro de salud 12 de octubre, cuenta en forma física con carpetas familiares, historias clínicas, carnet de salud infantil, informes mensuales, sala situacional de salud, entre instrumentos manejados en la salud, siendo necesario mencionar que estas se encuentran archivadas adecuadamente pero no llenadas de manera correcta, en algunos de los casos están con falta de datos. Persiste aparentemente la falta de seguimiento según el alto, mediano y bajo riesgo que representa cada individuo en esta comunidad. La situación de salud de la comunidad no es analizada de manera continua, y respaldada para su mejora con participación de las autoridades comunales como lo establece la política SAFCI. Por lo tanto la utilidad de las herramientas e instrumentos no son manejados ni valorados como se establece dentro de las normas y guías del ministerio de salud.

Se puede constatar que de las intervenciones que realizó el personal de salud en relación a las determinantes de la salud es baja, esta se dio a través de una sola feria informativa con dos temáticas “Lactancia Materna” y “Papanicolaou” durante el primer trimestre, demostrando que aún estamos enfocados al binomio madre – niño, cuando el ciclo continuo de la vida determinar realizar la atención a toda la población en general, más aun cuando tenemos otras enfermedades que prevenir en la población más joven. Así mismo la visita está considerándose un nexo que permita a las personas construir espacios para revertir situaciones esenciales desde el hogar para y por la salud.

Se plantea acciones específicas para la incorporación de la atención en salud de manera programada, continua y permante en relación a la salud de la comunidad 12 de octubre a través primeramente de:

- Actualización de las carpetas familiares para valorar de acuerdo al seguimiento que corresponde al Mediano riesgo de las determinantes de salud y considerar modificaciones del estado de salud funcional o personal de la comunidad a través de la sala situacional y el constante control de indicadores de salud.

- Analizar y socializar su situación en relación al deterioro de la salud de las personas de la comunidad con todos los sectores e instituciones involucradas (educación, comunidad, ong's, municipio, red de salud, etc.).
- Coordinar acciones de articulación en temáticas del bienestar de la salud y los factores que influyen en ella con las unidades educativas y la comunidad.

## 11 RECOMENDACIONES

- Mediante esta investigación se plantea trabajar coordinadamente con todos los sectores e instituciones que permitan la integralidad en la ejecución de acciones a nivel de las unidades sanitarias eliminando todas las barreras de comportamientos de riesgos, estilos y modos de vida que estén orientadas a la prevención de la salud. De este modo observando que el actual sistema de salud con los programas verticales cierran la continuidad en la atención por ciclo de vida, es decir replanteemos que los riesgos se dieran en menor efecto trabajando para resolver las diferencias y procedimientos de atención, principalmente si el recurso humano con los que cuenta esta comunidad resiste la formación en el viejo enfoque netamente curativa y asistencial, proponiendo los paradigmas ya establecidos dentro de las determinantes sociales, personales, ambientales y biológicas.
- Promover buenos hábitos y estilos de vida en la comunidad.
- Realizar acciones de salud que estén encaminadas a solucionar los principales problemas detectados de manera integral y no enfocados únicamente a la atención de la madre y niño/a.
- Promover la participación activa de las personas en la salud de la población de la comunidad 12 de octubre.

## **12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

1. Guía para la Implementación de la Sala Situacional a Nivel Local.
2. Guía para la Realización de las Visitas Familiares.
3. Guía para el llenado de las Carpetas Familiares.
4. Metodología de la Investigación zampieri
5. Informes mensuales form. 302 a. CSA 12 de octubre.
6. Continúo del ciclo de la vida. 2013
7. SNIS RED 07 RIBERALTA
8. Normas de Caracterización de 1er. Nivel de atención
9. Manual de Servicio Social de Salud Rural Obligatorio SAFCI 2014
10. OMS. Construcción de la organización M.S documentos básicos,
11. Lalonde
12. Ecologic, studios in epidemiology, concepts, princeples, and methods. AMU. Rev. public.  
Health,1995;16;61-81

## 13 ANEXOS

### CSA 12 DE OCTUBRE





