

**TÍTULO: TRABAJO COMUNITARIO SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL
CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA NO. 8.**

AUTORES:

1. Dayvelín García Sánchez (Estudiante de 5to año de la carrera de medicina).
Universidad de Ciencias Médicas de San Cristóbal. Facultad Manuel Piti
Fajardo. Policlínico Universitario Camilo Cienfuegos.
2. MSc. Daysi Sánchez Riesgo. Centro de procedencia laboral. CUM Los Palacios.
Categoría docente: Asistente
Dirección: Calle 24 % 13 y 15 Los Palacios
e-mail: daysi@ ucp.pr.rimed.cu.

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en la comunidad perteneciente al **Consultorio Médico de Familia No. 8** del municipio de San Cristóbal, en el período comprendido entre enero a diciembre del 2013. Las variables estudiadas fueron la dispensarización por grupos etáreos, sexo y factores de riesgo, la escolaridad, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad de la población, los problemas biológicos, psíquicos y sociales que presenta la población objeto de estudio. El mismo tiene como objetivo identificar los principales problemas de salud de la población y la comunidad atendida en el consultorio para priorizar las acciones de salud que contribuyen a disminuir y/o eliminar los factores de riesgo que predisponen a la aparición de enfermedades, con un enfoque clínico, epidemiológico y social. Se cuenta con un universo de **391** pacientes agrupados en **160** núcleos familiares, los cuales constituyeron la muestra objeto de estudio. Para el análisis de los datos se procedió al ordenamiento y tabulación de la información obtenida mediante tablas y gráficos. Hubo un predominio del sexo femenino para un **53.0%**. El **28.1%** de la población tiene un nivel preuniversitario. El grupo etáreo que más predomina es el comprendido entre 41-45 años (38) para un 9.7 %. El **24.3%** de la población son estudiantes. El **50.0 %** están dispensarizados como con factores de riesgo en el grupo II. En las enfermedades crónicas no transmisibles se encontró la hipertensión arterial como la de mayor prevalencia con **80** pacientes y el hábito de fumar como factor de riesgo más frecuente con **48** pacientes, por lo que se propuso planes de **acción-ejecución** en pro de disminuir dicha prevalencia.

Palabras claves: análisis, salud, consultorio.

SUMMARY

In this paper a descriptive, retrospective cross-sectional study was carried out in the community belonging to the Family Medical Clinic No. 8 in the municipality of San Cristobal, in the period from January to December 2013. The variables studied were dispensarization by age group, sex and risk factors, schooling, the incidence of chronic noncommunicable diseases, mortality of the population, biological, psychological and social problems of the population under study. The same is to identify the major health problems of the population and the community served in the office to prioritize health actions that help reduce and / or eliminate risk factors that predispose to disease, with a focus clinical, epidemiological and social. It has a universe of 391 patients grouped in 160 households, which constituted the study sample. For data analysis we proceeded to order and tabulation of the information obtained through charts and graphs. There was a predominance of females to 53.0%. 28.1% of the population has a university level. The most prevalent age group is between 41-45 years (38) to 9.7%. 24.3% of the population are students. 50.0% are dispensarizados as risk factors in group II. In chronic non-communicable diseases such as hypertension most prevalent with 80 patients and smoking as risk factors most frequently found in 48 patients, so-implementation action plans proposed in favor of reducing its prevalence.

Keywords: analysis, health clinic.

INTRODUCCIÓN

En 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, en Alma-Ata ⁽¹⁾, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, aprobaron la Estrategia de Acción para alcanzar **Salud para Todos** en el año 2000, y consistió en desarrollar un Sistema Integral de Atención Primaria de Salud en todos los países, dando prioridad a los grupos más desfavorecidos. Este marco de acción constituye, hoy en día, el Plan Estratégico Principal en las acciones de Salud Pública.

También en esta etapa, ocurre un hecho trascendental para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (**SNS**): la implantación en 1984 del Programa del Médico de la Familia, que permitió cumplir la meta de salud para todos en el año 2000 y poder convertir a Cuba en una potencia médica mundial; aún en momentos de crisis económica producida por el derrumbe del campo socialista y el recrudecimiento de bloqueo de EEUU hacia el país.

En la década de los años 90, se ha trabajado por extender el modelo del médico y la enfermera de la familia, pues está probado, que la planificación sanitaria a partido siempre de la identificación de los principales problemas de salud, las dolencias, dificultades y las determinantes del estado de salud de la población, principales causas de mortalidad y morbilidad, la distribución de recursos y servicios y la posibilidad de poder evaluar el estado de salud de la población.

El programa del médico y la enfermera de la familia se caracteriza por brindar una atención integral sectorizada, regionalizada, continuada, dispensarizada y en equipo, teniendo como principal objetivo mejorar el estado de salud de la población, realizando acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, comunidad y el medio ambiente.

En la Atención Primaria de Salud (**APS**), conformada por los Policlínicos y los Consultorios Médicos de la Familia (**CMF**) se llevan a cabo los programas priorizados de atención médica, como son el **Programa Materno Infantil**, el **Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino** y el **Programa de Prevención de la Tuberculosis** entre otros, donde el Análisis de la Situación de Salud de la Población (**ASSP**) es la vía para lograr el perfeccionamiento en el cumplimiento de los mismos.

En nuestro medio ya se requiere que la Epidemiología se alinee y articule con los Consultorios Médicos Familiares mediante su inserción en el marco del Grupo Básico de Trabajo (**GBT**). Es necesario desarrollar el pensamiento epidemiológico de forma que cada médico estudie, analice y busque solución adecuada a los problemas que presente su comunidad, midiendo su trabajo por los resultados obtenidos. Así, la práctica del método epidemiológico con las condiciones objetivas de nuestro país (los **CMF** y su articulación con el resto de los servicios sanitarios) ofrece inmensas posibilidades para lograr un cambio sustancial en el Estado de Salud de la Población.

En la literatura internacional referida a la APS otorga una importancia estratégica al Análisis de la Situación de Salud de la Población y considera a éste como el instrumento capaz de facilitar tanto el conocimiento de los problemas de salud de las comunidades, como las intervenciones necesarias para su solución a nivel de los Sistemas Locales de Salud (**SILOS**).⁽²⁾

El análisis actual de la situación de salud en Cuba se considera un instrumento muy valioso a actualizar por el personal, que labore o no en el sector de salud, responsabilizado con mejorar y mantener el estado de salud de la población para identificar, priorizar y resolver los problemas de salud, trazándose estrategias políticas y sanitarias.

El estado de salud de la población es un reflejo fiel del estado de desarrollo material y espiritual de una sociedad en lo referente a la salud social. Es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para la demostración de la superioridad de la medicina preventiva sobre la puramente curativa. La salud de una población depende no solo de los sistemas de salud sino también de otros factores, algunos de características individuales y otros grupales. Entre ellos se incluyen los recursos de que dispone la sociedad, el nivel de desarrollo alcanzado, el tamaño y estructura de la población, la posibilidad de expresión política de los ciudadanos, las condiciones de vida y las respuestas sociales a las necesidades y demandas de los grupos humanos.

Es pertinente y factible su realización porque representa un enfoque de la salud actual de la población a partir de los perfiles de mortalidad – morbilidad, elementos socioeconómicos y de la organización de los servicios como eje conductor de

desarrollo, con un enfoque multisectorial, resultado de la acción de los diferentes actores sociales, en la identificación y solución de los problemas.

En Cuba, en 1984, el **Dr. Cosme Ordóñez**, se refirió a la atención primaria como el computo de actividades planificadas de atención médica integral para alcanzar un mayor nivel de salud, en el individuo y comunidad, con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación de las masas.

Barbara Starfield ⁽³⁾ en la Revista Lancet en 1994 define la APS como: La atención primaria es el primer contacto, la atención continuada, integral, y coordinada, ofrecida a poblaciones no diferenciadas por género, enfermedad, o sistema orgánico.

Basado en estas aseveraciones y partiendo del hecho de que la población requiere de determinados servicios en cuanto a la salud se refiere, y que se debe establecer con un balance entre las necesidades existentes y los servicios disponibles, se propuso estudiar el estado de salud, de la población correspondiente al **Consultorio Médico número 8**; conscientes de que en la medida que se gane en profundidad y organización del trabajo higiénico epidemiológico en la comunidad, se logrará el principal objetivo que es la prevención de enfermedades y la educación sanitaria de la comunidad a nivel de la Atención Primaria de Salud.

Objetivo general:

Identificar los principales problemas de salud de la población y la comunidad para priorizar las acciones de salud que contribuyen a disminuir y/o eliminar los factores de riesgo que predisponen a la aparición de enfermedades con un enfoque clínico-epidemiológico y social.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el área de salud objeto de estudio.
- Describir la situación salud-enfermedad y sus determinantes.
- Interpretar los indicadores utilizados en la medición del estado de salud de la población estudiada.
- Determinar los principales problemas de salud que afectan a la población.
- Determinar la distribución de la población por grupos de edades y sexo.
- Determinar el grado de escolaridad y ocupación de los integrantes de la muestra seleccionada.

- Determinar los principales factores de riesgo y enfermedades más significativas.
- Determinar la distribución de la población por grupos dispensariales.
- Detectar los factores ambientales y condiciones higiénicas que inciden en el estado de salud de nuestra población.
- Valorar el comportamiento de los diferentes programas orientados por el Ministerio en nuestro consultorio.
- Realizar un plan de acción a fin de dar solución a los principales problemas identificado.

MÉTODO

Para la realización de este trabajo se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, con un universo de **391** pacientes agrupados en **160** núcleos familiares pertenecientes al **Consultorio Médico Familiar # 8** del municipio de San Cristóbal, en el período de tiempo comprendido entre enero a diciembre del 2013.

Las variables estudiadas fueron la dispensarización por grupos etáreos, sexo y factores de riesgo, la escolaridad, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad de la población, los problemas biológicos, psíquicos y sociales que presenta la población objeto de estudio.

Para la recolección de los datos se revisaron la historia clínicas individuales, las historias y fichas de salud familiar⁽⁴⁾, análisis de la situación de salud anterior del consultorio, información de la comunidad, registro estadístico y encuesta.

Se aplicó el método estadístico mediante cálculos matemáticos, así como el método clínico- epidemiológico. Los resultados se muestran en forma de tablas para su mejor comprensión.

Para lograr lo antes expuesto se contó con el consentimiento de la población al aplicarle la encuesta para la recogida de datos. Además se actualizaron algunas fichas familiares con la visita a la casa de los pacientes no dispensarizados.

DISCUSIÓN Y RESULTADO

Variables analizadas.

I-DATOS DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.

1. Indicadores demográficos.

(Estructura de la población, tipo de población, densidad de la población, dinámica de la población).

Tipo de población:

Acorde al buró de referencia demográfico es denominada:

Población progresiva o joven: Cuando el porcentaje de la población de 15 años es mayor al del grupo de 50 y más.

Población estacionaria: Cuando los grupos poblacionales anteriores se encuentran equilibrados.

Población regresiva o envejecida: Cuando el porcentaje de personas de 15 años es menor al grupo de 50 o más.

Dinámica de la población

- Fecundidad.
- Mortalidad.
- Morbilidad.
- Invalidez.
- Crecimiento y desarrollo.

II- CONDICIONES DE VIDA CON SUS DETERMINANTES Y FACTORES DE RIESGO.

1. **Modo y estilos de vida:** (escolaridad y ocupación, factores de riesgo, situación económica, cultura sanitaria, construcción de las viviendas, hábitos tóxicos, hábitos alimenticios, cultura, estrés, servicios básicos).
2. **Factores ambientales:** (agua de consumo, disposición de residuales líquidos y sólidos, presencia de vectores, contaminación atmosférica, animales domésticos).
3. **Factores de riesgo biogenético:** (herencia).
4. **Organización y calidad de la atención de salud:** (organización del consultorio, actividades de promoción y prevención).

Tabla 1. Distribución de la población por sexo.

SEXOS	CANTIDAD	%
Femenino	207	53.0
Masculino	184	47.0
TOTAL	391	100

Fuente: Historias clínicas familiares.

La **tabla 1** muestra la distribución de la población según el sexo. En ella se aprecia un predominio del sexo femenino respecto al masculino, representando un **53.0%**, lo que está en plena correspondencia con las estadísticas del país.

Tabla 2: Distribución de la población por grupos Etáreos.

GRUPOS ETÁREOS	TOTAL	%
0-5 años	14	3.6
6-10años	18	4.6
11-15 años	25	6.4

16- 20años	28	7.2
21- 25 años	29	7.4
26-30 años	26	6.7
31-37 años	23	5.9
36-40 años	29	7.4
41-45 años	38	9.7
46-50 años	30	7.7
51-55 años	15	3.8
56-60 años	17	4.3
56-60 años	28	7.2
66-70 años	22	5.6
71-75 años	18	4.6
Más de 75 años	31	7.9
TOTAL	391	100

Fuente: Historias clínicas familiares

La **tabla 2** muestra la distribución de la población según grupos Etáreos. En ella se aprecia con respecto a la edad una mayor prevalencia de la población comprendida entre 41-45 años (38) para un 9.7 % y más de 75 años (31) para un 7.6 % .Esto nos hace ver que nuestra población se corresponde con la tendencia al envejecimiento demográfico descrita en nuestro país y en los países desarrollados.

Tabla 3. Nivel de escolaridad de la población

ESCOLARIDAD	NO.	%
Analfabetos	0	0
Primaria Terminada	42	10.7
Primaria sin terminar	49	12.2
Secundaria terminada	47	12.0
Secundaria sin terminar	24	6.3
Pre-Universitario terminado	110	28.1

Pre Universitario sin terminar	28	7.2
Universidad terminada	53	13.6
Universidad sin terminar	38	9.9
Total	391	100

Fuente: Historias clínicas

La **tabla 3** muestra el nivel de escolaridad de la población y en ella se aprecia un predominio amplio del nivel pre universitario terminado (110) para un **28.1%**. Esto se corresponde con la media municipal y guarda relación con el alto grado de escolarización que ha alcanzado el país después del triunfo revolucionario. Le sigue en orden de prevalencia el grupo que incluye universitarios (53) para un **13.6%**.

Tabla 4: Ocupación de la población

OCUPACIÓN	NO.	%
Técnicos	55	14.0
Obrero	59	15.0
Estudiantes	95	24.3
Cuenta Propistas.	24	6.1
Profesionales	56	14.3
Jubilados	57	14.6
Ama de casas	34	8.7
Desempleados	11	3.0
TOTAL	391	100

Fuente: Historias clínicas

Esta **tabla 4** representa la ocupación de la población según su incidencia. En ella se puede observar un predominio de los estudiantes (95) para un **24.3 %**, esto se debe a las posibilidades de estudio que brinda el país, en segundo lugar se encuentran los obreros (59) para un **15.0%**, y en tercer lugar se encuentran los profesionales que trabajan (56) para un **14.3%**. Respecto a los desocupados todos están en vías de cambio de empleo buscando mejoras salariales.

Tabla 5: Dispensarización de la población.

DISPENSARIZACIÓN	NO.	%	
GRUPO I*	3	0.7	
GRUPO II*	196	50.0	Leyenda:
GRUPO III*	176	45.0	GRUPO I: Supuestamente sanos
GRUPO IV*	16	4.3	GRUPO II: Con factores de riesgo
			GRUPO III: Enfermos
			GRUPO IV: Con secuelas
TOTAL	391	100	

Fuente: Fichas familiares

La **tabla 5** representa la Dispensarización de la población, en ella se aprecia el predominio de pacientes con riesgo (196) para un **50.0%** teniendo una alta incidencia y entre ellos se destacan el hábito de fumar, el sedentarismo y la obesidad. Además existe un predominio de pacientes enfermos (176) para un **45.0%** estando en relación con la relativamente alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, el asma bronquial y la Diabetes Mellitus. Por lo que no existe ningún miembro de la comunidad sin dispensarizar.

Tabla 6: Enfermedades crónicas no transmisibles.

ECNT	TOTAL	%
HTA	87	22.2
Diabetes Mellitus	27	6.9
Asma Bronquial	28	7.2
Alergia	10	2.6
Hipotiroidismo	8	2.0
Epilepsia	5	1.3
Migraña	14	3.6
Gastritis	12	3.0

Artrosis	16	4.0
Cardiopatía	20	5.1
R.C.P	8	2.0
R.T.B	11	2.8
Isquemia	4	1.0

Fuente: Historias clínicas

En la **tabla 6** se presenta la distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles y como se aprecia sólo se ha incluido las que tuvieron alguna presencia dentro de la población. Así se puede observar que a pesar de haberse encontrado mayor número de casos de **Hipertensión** (80); la prevalencia **(22.2%)** de esta enfermedad está por debajo de la media nacional (28-32%). Le sigue en orden de frecuencia el Asma bronquial con 28 casos no existiendo un aumento marcado con respecto al año anterior. Por último nos gustaría señalar que se encuentra la cardiopatía isquémica (20) para un **5.1%** que debe preocuparnos por ser las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte en nuestro país.

Tabla 7: Enfermedades transmisibles

PATOLOGÍA	NO. DE CASOS
IRA	59
EDA	22
Dengue	0
Síndromes Febriles. Inespecíficos.	18

Fuente: Historias clínicas

La **tabla 7** muestra la incidencia de las enfermedades transmisibles en la población estudiada. En la misma podemos apreciar el predominio de las IRA **(59)** y de las EDA **(22)**, sobre el resto de las patologías. Esto se corresponde con lo reportado en la bibliografía y con lo esperado según nuestro clima tropical. En este periodo de tiempo no se han reportado casos de dengue a pesar de estar todavía en fase de alerta epidemiológica de dengue, sin embargo se han presentado 18 casos de síndromes febriles inespecíficos, a los cuales se le ha realizado seguimiento y pruebas específicas **(I G M)** obteniendo resultados negativos en todos los casos.

Tabla 8: Funcionamiento familiar

TIPO DE FAMILIA	No.	%
Familias funcionales	300	76.7
Familias moderadamente funcionales	70	17.9
Familias disfuncionales	21	5.4
TOTAL	391	100

Fuente: Historias clínicas.

La **tabla 8** representa el funcionamiento familiar de nuestra muestra. Es evidente el predominio de las familias funcionales (**300**) sobre el resto. Se analizaron los principales problemas que inciden sobre ellas y se destacaron la presencia de enfermedades y crisis transitorias por desorganización.

Tabla 9: Principales factores de riesgo

FACTOR DE RIESGO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Alcoholismo	6	1	7
Obesidad	14	31	45
Habito de fumar	21	27	48
Sedentarismo	16	27	43
TOTAL	57	86	143

Fuente: Fichas familiares

La **tabla 9** es un resumen de los principales factores de riesgo que están incidiendo en nuestra población. Es evidente el predominio del hábito de fumar sobre el resto, (**48**), a pesar de las acciones de salud que se han brindado, aún prevalecen los individuos con este nocivo y dañino hábito para la salud. Pensamos que como este hábito constituye un estilo de vida inadecuado y un factor de riesgo importante para la salud, el médico debe dirigir las acciones de promoción y prevención hacia el mismo, con vistas a modificarlo o eliminarlo teniendo en cuenta que cada día va en aumento con mayor propagación en la juventud. En cambio el alcoholismo se halla por debajo de la media nacional. La obesidad y el sedentarismo están muy interrelacionadas entre si incidiendo negativamente en nuestra población. Esto nos indica en que sentido tenemos que trabajar con nuestra población para evitar la aparición de enfermedades

como la HTA, las coronariopatías y las enfermedades cerebros vasculares por sólo citar algunos ejemplos

NATALIDAD

Revisamos las series cronológicas sobre el evento de natalidad en este año en el CMF # 8 y los datos obtenidos sobre nacidos vivos y las tasas son expuestas en la **Tabla No. 10**

Tabla 10: INDICADORES SELECCIONADOS SOBRE NATALIDAD

MESES	NACIDOS VIVOS	NATALIDAD
Enero-abril	2	11.4

Fuente: Registros del PAMI. Tasa x 1 000 habitantes

Al comenzar el año 2013, el CMF presentó un total de 2 nacimientos La tasa de natalidad es de 11.4 x 1000 habitantes, lo que significa que por cada 1000 habitantes nacieron 11.4 niños.

Tabla 11: Principales indicadores del programa de atención materno infantil

INDICADORES	Enero - Abril	
	No.	TASA
Nacidos Vivos	2	11.4
Fallecidos < de 1 año	0	0
< de 7 días	0	0
entre 7 Y 28 días	0	0
más de 28 días	0	0
M Fetal tardía	0	0
M Perinatal	0	0
M Pre – escolar	0	0
M Escolar	0	0
M menor de 5 años	0	0
Bajo Peso al nacer	0	0
M. Materna directa	0	0
Lact. Materna al egreso	2	100%
Lact. Mat. hasta 6to mes	0	0

Fuente: entrevista a las familias

No existe incumplimiento de citología, la cobertura fue completa.

Fallecidos según edad:

- Menor de 7 días: (Neonatal Precoz): 0
- Entre 7 y 27 días: (Neonatal Tardía): 0
- Entre 28 y 11 meses: (Posneonatal): 0

Clasificación de las Fetales:

- M.F.T. Anteparto Intrahospitalaria: 0
- M.F.T. Intrahospitalaria Intraparto: 0
- M.F.T. Extrahospitalaria: 0

MORTALIDAD ESCOLAR: No se reportan fallecidos.

MORTALIDAD PRE-ESCOLAR: No se reportan fallecidos.

MORBILIDAD GRAVE POR GRUPOS DE EDAD:

- Menor de 7 días: 0
- Entre 7 y 27 días: 0
- Entre 28 días y 11 meses: 0
- Entre 1 y 4 años: 0
- Entre 5 y 14 años: 0

Tabla 12: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIA

	No.
Localización	
Colon	-
Pulmón	-
Mama	1
Útero	-
Laringe	-
Próstata	-
Otros	-
Total	1

Fuente: Fichas familiares y entrevista a la familia

Existe 1 paciente afectado por neoplasia en la muestra poblacional escogida, que constituye una tasa de 5.5 para 1000 habitantes. En este año no ha fallecido ningún paciente por neoplasia.

Enfermedades Cerebro Vasculares:

Fallecidos por esta causa fueron 0 pacientes contra 0 en el año anterior, para una tasa de 0 x 1000 habitantes, se mantiene igual.

Accidentes:

Desde el inicio de este año hasta el mes de abril no se han reportado muertes por accidentes.

La morbilidad por accidentes se comportó de la siguiente forma:

- Hogar: 0
- Trabajo: 0
- Transito: 0
- Escolar: 0

Suicidio:

Desde el inicio de este año no se han reportado muertes por suicidio, contra 0 en igual período del pasado año, por lo que el evento se mantiene igual.

INTEGRACIÓN SOCIAL.

Al igual que en años anteriores la totalidad de nuestra población esta integrada a las Organizaciones de masa como los CDR y la FMC, de acuerdo con los principios revolucionarios que rigen nuestra sociedad. Los estudiantes están integrados a las organizaciones estudiantiles: FEU, FEEM y OPJM.

Control de la salud bucal:

Nuestra población se atiende en el policlínico “**Camilo Cienfuegos**” .En este centros se realiza una labor de promoción y prevención de las afecciones bucodentarias explicando la técnica correcta de cepillado, la inclusión de dietas más saludables (alimentos con menor contenido de azúcar). Se debe señalar que existen algunas dificultades con el acceso a determinados recursos.

Cultura sanitaria:

Se puede identificar que esta zona cuenta con una cultura sanitaria buena.

Construcción de las viviendas:

Las viviendas del área en su mayoría son apartamentos con buen estado constructivo, aunque existen problemas con la carpintería, no obstante son confortables y presentan buena ventilación e iluminación.

Hábitos Tóxicos:

En la comunidad existe un alto promedio de personas que fuman y toman café algo que afectan la salud y siendo una de las principales causa de muerte en la población. Seguido se encuentra el alcoholismo y los hábitos alimentarios con un predominio medio debido a que estos últimos ya que la dieta es poco variada ,existiendo poco consumo de frutas y vegetales por lo que no es equilibrada.

Hábitos alimentarios:

A pesar de la labor realizada por los doctores y enfermeras del consultorio, la mayoría de la población continúa presentando malos hábitos alimentarios producto de nuestra cultura culinaria. Muestran una mayor afinidad por los alimentos fritos y con abundante grasa, le gustan poco las ensaladas y frutas, además de comer a altas horas de la noche. Abusan de alimentos con poco valor nutricional como por ejemplo: dulces, caramelos, galletas, refrescos, etc. Esto influye en gran medida en el aumento de la cantidad de población de personas obesas y sobrepeso, e influye por tanto en su calidad de vida.

Cultura:

La población participa en las actividades culturales del municipio, existen centros adecuados para el disfrute de las mismas cercanas al lugar de residencia de la población de éste consultorio. En algunas familias se observa el gusto por asistir a los teatros y cines, y si una gran preferencia por la TV en el hogar. Solamente los jóvenes son asiduos participantes de las discotecas. En cuanto a las creencias religiosas, la católica es la más frecuente en ésta población.

Servicios Básicos:

De la población de nuestro consultorio el 100% de las familias cuenta con el servicio de agua potable, alcantarillado y alumbrado público.

Suministro de Agua:

El 100 % de nuestra población se abastece a través del sistema de acueducto que brinda agua sistemáticamente, acumulándolas en las cisternas de los edificios, la que

se impulsa a través de motores eléctricos para que llegue a cada apartamento. En nuestra área no existen zanjias, ríos, ni cisternas de disposición de residuales líquidos que pueden contaminar el agua que llega a la población debido a la existencia de sistema de alcantarillado público.

Tanto las cisternas como los tanques en las azoteas de los edificios y los que se encuentran en el interior de los apartamentos, se encuentran bien tapados de este modo evitar la contaminación del agua que utilizan.

A pesar que el agua llega a través del acueducto debe hervirse antes del consumo y en esto trabaja arduamente los médicos y enfermeras de familia, pues solo algunos lo hacen y por tanto el resto se encuentran en riesgo de contraer enfermedades de transmisión hídrica.

Disposición de residuales líquidos:

El sistema para la eliminación de los residuales líquidos y excretos es el alcantarillado, el cual funciona al 100 %. En el área del consultorio no existen otros medios de disposición de dichos residuales.

Residuales sólidos:

El sistema de almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los residuales sólidos, se realiza por camión contenedor. La recogida de la basura ha mejorado en su periodicidad y calidad; aunque todavía existe acúmulo de desperdicios en la calle, lo cual es conocido por el poder popular, pero aún está esperando por su solución definitiva. Existe un micro vertedero en la calle Ignacio Humara.

En nuestra Área están insertados varios Centros Laborales que vierten gran cantidad de desechos en los mismos contenedores que son utilizados por la población de nuestro consultorio, por lo que estos son insuficientes y se producen acúmulos de desechos sólidos alrededor de los mismos. En relación con la eliminación de los residuales sólidos podemos decir que en general cumplen las tres fases para su control sanitario la recogida de estos desechos es diaria, por los camiones recolectores. No existen macros vertederos ni micro vertederos.

Diariamente la población deposita los desechos domiciliarios en los tanques comunes que existen en las esquinas. Esto se cumple en la totalidad de las viviendas y se sigue trabajando actualmente para que todas las personas continúen eliminando la basura

diariamente. Se realizan acciones de promoción de salud insistiendo en la importancia de tapar los depósitos de los residuales sólidos.

Áreas verdes: Existen algunos patios y áreas verdes, en su mayoría se encuentran limpios.

Vectores:

Aunque no se ha tenido focos de *Aedes Aegyptis* es de señalar que en buen número de nuestras viviendas existe una gran proliferación de cucarachas y moscas, así como de mosquitos, a pesar de las charlas educativas y de las audiencias sanitarias efectuadas a la población.

Contaminación atmosférica:

La población perteneciente al consultorio cuenta con varias fuentes de contaminación atmosférica, lo cual influye grandemente en su calidad de vida, entre ellos podemos citar:

- Humo proveniente de los vehículos fundamentalmente los que circulan por las calles y avenidas, rico en monóxido de carbono y otros desechos propios de la combustión de gasolina y petróleo.
- Ruido proveniente de los vehículos que circulan por las entrecalles de nuestra área.
- Polvo de las calles y de las viviendas.
- Todas las calles de la comunidad se encuentran pavimentadas y con buena iluminación.

Animales domésticos:

En las visitas desarrolladas se constató la presencia de animales domésticos en los hogares (perros, gatos, pájaros, pececitos). Se realiza la vacunación periódica de los perros por veterinarios con el apoyo del equipo básico de trabajo.

Se le imparte a la población educación sanitaria en cuanto al cuidado que se debe mantener con los animales en los hogares y sobre la vacunación a los mismos. En una de las viviendas existen animales no domésticos (ganado porcino) que provoca un olor desagradable, aunque las condiciones higiénicas son aceptables.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

BIOLÓGICOS:

1. Elevado número de fumadores

2. Elevado número de hipertensos.
3. Alta incidencia de pacientes con Infección Respiratoria Alta (IRA)
4. Envejecimiento de la población.

SOCIALES:

5. Presencia de ruido, polvo y humo.

PROBLEMAS POR ORDEN DE PRIORIDAD.

1. Elevado número de fumadores
2. Elevado número de hipertensos.
3. Alta incidencia de pacientes con Infección Respiratoria Alta (IRA)
4. Envejecimiento de la población.
5. Presencia de ruido, polvo y humo.

FACTORES DE RIESGO:

- Edad.
- Accesibilidad.
- Aislamiento del círculo familiar y social.
- Ocupación

ROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA.

1. **PAMI:** Se realizó la captación precoz de todas las embarazadas y se llevaron a cabo rigurosamente los controles prenatales correspondientes. Todas las embarazadas tienen garantizadas sus dietas y las tabletas prenatales. Se realizan interconsultas con el obstetra del G.B.T. según programa. Se han realizado varias charlas educativas sobre la lactancia materna y la profilaxis del parto con la asistencia de todas las gestantes.
2. **Programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino:** Se lleva a cabo una labor fuerte por parte de la doctora para la persuasión de las mujeres que se niegan a realizarse la prueba citológica. Así, de las mujeres comprendidas entre las edades **25-60 años** ya se han realizado este examen. Hay que seguir trabajando en este sentido porque aun quedan citologías pendientes.
3. **Programa de detección precoz del cáncer de mama, boca y próstata:** Se le realizó consulta de examen de mamas a todas las mujeres mayores de 40 años y se

les explicó la técnica para el auto examen. Se realiza sistemáticamente en la consulta el examen de la cavidad oral y se les explica a los pacientes la forma de realizarlo ellos mismos, remitiéndose a las consultas de maxilo facial aquellos casos que detectemos con anomalías en la cavidad bucal. Se está trabajando para concientizar a los hombres mayores de 45 años de la necesidad de la realización del tacto rectal como única vía para la detección precoz del cáncer de próstata, pero aun queda mucho por hacer en este sentido.

4. **Programa de control de ITS y SIDA:** Se realizaron charlas con los adolescentes para explicarles la importancia del uso del condón, de evitar la promiscuidad y el inicio precoz de las relaciones sexuales como medidas esenciales para evitar el contagio. También audiencias sanitarias con la población sobre aspectos de interés en materia de salud.
5. **Programa de inmunización:** Existe un cumplimiento riguroso del esquema de vacunación que sólo se ve entorpecido en ocasiones por la falta de determinada vacuna. No obstante todos los menores de 1 año se vacunaron para un 100%.
6. **Programa de atención al adulto mayor:** De los adultos mayores que tenemos una gran cantidad de ellos, están incorporados al círculo de abuelos. Aunque existen algunos que están desvinculado por problemas de salud, trabajo o voluntad propia.
7. **Programa del adolescente:** Se debe decir que confrontamos dificultades con el desarrollo del club de adolescentes por lo que debemos trabajar en función de que se incremente la participación de los muchachos en el mismo para realizar charlas educativas, juegos didácticos, cines debate etc. Y de esta forma poder discutir temas de interés para ellos.

PLAN DE ACCIÓN

PROBLEMA: Elevado número de fumadores.

OBJETIVO: Disminuir el hábito de fumar como riesgo para la salud.

PLAZO: Corto.

ACTIVIDADES:

1. Realizar charlas educativas: Tema Tabaquismo.
2. Capacitar brigadistas sanitarias.
3. Realizar video debate.

4. Colocar pancartas y volantes en lugares públicos.
5. Confección de murales.
6. Realizar investigaciones científicas, junto con la comunidad.
7. Diseñar estrategia de comunicación social en salud.

RECURSOS: Local para actividades. Manual de capacitación. Sala de Video del área.
Plegables, afiches, manuales de información,

RESPONSABLES: Equipo Básico de trabajo

2-PROBLEMA: Elevado número de Hipertensos.

OBJETIVOS: Disminuir la incidencia de HTH en la población y controlar los ya existentes.

PLAZO. Corto.

ACTIVIDADES:

1. Realizar charlas educativas. Tema hábitos dietéticos y la HTA.
2. Capacitar Brigadistas lugares públicos.
3. Realizar videos debates. Tema obesidad y sedentarismo, HTH.
4. Colocar pancartas y manuales de información en lugares públicos
5. Realizar actividades científicas.

RECURSOS: Local para actividades. Manual de capacitación. Sala de Video del área.
Plegables, afiches, manuales de información. Local de actividades científicas.

RESPONSABLES: Equipo Básico de trabajo.

3-PROBLEMA: Envejecimiento de la población.

OBJETIVO: Incrementar la calidad de vida.

PLAZO: Corto.

ACTIVIDADES:

1. Seguimiento a pacientes de la tercera edad.
2. Incorporación al círculo de los abuelos.
3. Gestionar con la comunidad y organizaciones de masas, actividades socio culturales.
4. Lograr la mayor incorporación posible a la Universidad del Adulto Mayor.

RECURSOS: Un local o área para las actividades. Capacitación de las personas que dirijan las actividades. Plazas en la Universidad del Adulto Mayor.

RESPONSABLES: Equipo Básico de trabajo.

4-PROBLEMA: Presencia de ruido y polvo en el área.

OBJETIVO: Asegurar la higiene y el medio ambiente.

PLAZO: Corto.

ACTIVIDADES:

1. Coordinar con la comunidad y organizaciones de masas, actividades de higienización.
2. Trabajar por lograr la concientización de la población, para mantener la higiene de la comunidad.

RECURSOS: Materiales de limpieza.

RESPONSABLES: Equipo Básico de trabajo.

ACCIONES DE SALUD.

PROMOCIÓN.

1. Educar a los hombres sobre la importancia de la realización del tacto rectal, como medio de detección oportuno en la hiperplasia prostática.
2. Fomentar la práctica de ejercicios físicos.
3. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro (4) meses de nacido.
4. Fomentar la incorporación al Círculo de Abuelos a las personas mayores de 60 años.
5. Brindar educación para la salud a las familias que poseen animales domésticos o de consumo en las viviendas.
6. Promover la importancia de una correcta disposición de residuales líquidos y sólidos en la comunidad.
7. Actualización sistemática de murales informativos y educativos dentro de nuestros consultorios.
8. Fomentar la importancia del consumo de una dieta correcta y equilibrada.
9. Instruir a la población sobre la importancia del uso de la medicina natural tradicional
10. Impartir conocimientos sobre como evitar las enfermedades transmisibles por las vías respiratoria, digestiva, mucosa y piel.

PREVENCIÓN

1. Cumplimiento de la inmunización, prueba de citología orgánica y examen físico médico.

2. Control de recién nacidos y lactantes.
3. Control de gestantes y captación precoz.
4. Control de infecciones de transmisión sexual (ITS) y tuberculosis (TB).
5. Fomentar la lactancia materna.
6. Detectar precozmente lesiones precancerígenas (Cervico-uterina, mamas, piel etc.) mediante el examen físico de enfermería.
7. Vacunar a toda la población que habita en la comunidad.
8. Identificar los factores de riesgos dañinos a la salud como el hábito de fumar, la obesidad, el sedentarismo, el alcoholismo y los malos hábitos alimentarios.

CONCLUSIONES

1. Según datos demográficos, en la población hay un predominio del sexo femenino con **207** pacientes y el grupo etario comprendido entre los 41-45 años, seguido por el grupo de más de 75 años.
2. Existe un predominio del nivel preuniversitario y universitario. No hay analfabetos.
3. La mayor parte de la población es trabajadora unida a una alta presencia de jubilados y de profesionales.
4. Mediante consultas y terrenos planificados se logró la dispensarización del total de la población donde el grupo predominante resulto ser el II.
5. La mayor incidencia de las enfermedades transmisibles se encontró en las IRA, con **59** casos así como las EDA. Entre las crónicas no transmisibles prevaleció la HTA y el Asma Bronquial.
6. Los factores de riesgo que más inciden fueron el hábito de fumar, la obesidad y el sedentarismo.
7. Los problemas ambientales que más nos golpean son la contaminación por el humo, el polvo y el ruido.
8. Los programas de vacunación se han cumplido.
9. El plan de acción y de ejecución responde a las necesidades encontradas, dando solución a los problemas identificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de Alma Ata. Organización Mundial de la Salud. 1978.
2. En 1988, la Organización Panamericana de la Salud instrumentó una táctica operativa para hacer realidad la meta de Salud para Todos en el año 2000 en el marco de la estrategia trazada de Atención Primaria de Salud. Esta táctica se denominó Sistemas locales de Salud (SILOS)
3. Starfield B. Is primary care essential? Rev The Lancet, 1994; 344: 1129-33.
4. Fichas Familiares del Consultorio Médico número 8.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Sintés R. Temas de MGI. Tomo I. La Habana. Cuba, 2001.
2. Álvarez Fernández P. Estudios poblacionales en el nuevo milenio. Salvat. Madrid, España, 2000.
3. Carpeta Metodológica de APS y Medicina Familiar. MINSAP. Cuba, 2001.
4. Carpeta Metodológica de APS Y Medicina Familiar. MINSAP. Cuba, 1998.
5. Colectivo de Autores. Carpeta Metodológica. MINSAP, 2000.
6. Dirección Nacional de Estadística. La salud pública en Cuba. Hechos y cifras. MINSAP, 1999.
7. Declaración de Alma Ata. Organización Mundial de la Salud. 1978.
8. MINSAP. Anuario Estadístico, 2000.
9. Organización de los Servicios y Nivel de Salud. MINSAP. La Habana. Cuba, 1974.
10. Programa de Trabajo del Médico de la Familia. MINSAP. Cuba, 1984.
11. Programa de Trabajo del Médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el Hospital.
12. Rodríguez, A., Rodríguez, R., et al: Programa Nacional de Asma Bronquial. MINSAP, 1998.
13. Ramos Domínguez. N.B. Investigación Científica. El proceso de investigación.
14. Senado, J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. En Revista cubana de Medicina General Integral. Vol 15, (4), 1999, pp. 446-453.
15. Starfield B. Is primary care essential? Rev The Lancet, 1994; 344: 1129-33.