

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA SALUBRIDAD DE LAS
FAMILIAS EN LA COMUNIDAD DE KARCATERA 2014 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

RONY CELSO SAAVEDRA CACERES

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 361

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	13
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	14
3.1 Recolección de Datos	14
3.2 Experiencia Profesional	14
3.3 Procesos Realizados del Informe	14
IV. RESULTADOS	17
V. CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27
VII. REFERENCIALES	28
ANEXOS	30

INTRODUCCIÓN

En 1987 la Organización Mundial de la Salud estableció principios y líneas de acción para favorecer la promoción de viviendas saludables. En 1995 se identificaron experiencias y esfuerzos en distintos países de la Región de las Américas que constituían expresión de una iniciativa de vivienda saludable. Así se creó una Red Interamericana con interés en mejorar las condiciones de la vivienda y su entorno para prevenir y controlar sus factores de riesgo, que en las Américas se describen en los términos de precariedad, pobreza e inequidad en salud.

La OPS/OMS define en 1987 como “vivienda” a la conjunción de: la casa, como el refugio físico donde reside un individuo, el “hogar”, que es el grupo de individuos que vive bajo un mismo techo, el “entorno”, el ambiente físico inmediatamente exterior a la casa y la “comunidad” como el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes. Siendo así que en 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) introduce una iniciativa de vivienda saludable y en 1995 se crea la Red Interamericana de Centros de Salud en la Vivienda, compuesta por grupos y entidades nacionales que en las Américas se interesan por una acción intersectorial, multidisciplinaria y de participación comunitaria en salud pública, con la perspectiva de fomentar la promoción de espacios saludables para alcanzar calidad de vida y salud.

Por las consideraciones se pretende abordar el tema de intervenciones de enfermería en la salubridad en la Comunidad de Karcatera 2014 – 2107.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales:

- a. Buena gobernanza sanitaria. La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione. Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad (1).
- b. Educación sanitaria. Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y a los servicios de salud

que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud (1).

- c. Ciudades saludables. Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable (1).

Las expresiones sanitarias de la promoción de la salud, según la Organización Mundial de la Salud es lo óptimo y necesaria. Sin embargo, las políticas de salud respecto, a la asignación presupuestal es deficiente, por lo que en los establecimientos de salud sea local, regional y nacional. El personal de salud encargados de la promoción de la salud no cobertura de manera esperada las actividades programadas y a ello se agrega la gran limitante de desinterés cognitiva, procedimental y actitudinal de los actores sociales, cuya paradigma es que la responsabilidad de salud es del personal de salud médico y paramédico. En tal contexto, podemos evidenciar la real dimensión de la promoción de salud, el Perú está entre los países que menos invierten en salud y lo hacen mal, y donde los pobladores tienen más gastos de bolsillo (2) y entre otras las actividades de PROMSA son ineficaces en la Comunidad de Karcatera.

1.2. Objetivo

Describir las intervenciones de enfermería en la salubridad de las familias en la Comunidad de karcatera 2014 – 2017.

1.3. Justificación

Las comunidades en el país no cuentan debidamente dota de los servicios básicos como agua y desagüe mínimas condiciones que requieren las familias y a ello los hábitos de salubridad practicada por las familias son muy deficientes, a causa de conocimientos básicos de salud preventiva por las familias y las repercusiones son inmediatas, mediatas y tardíos. Tales casos son las enfermedades agudas y crónicas. Comportamiento de indicadores de salud en la comunidad genera mayor presupuesto familiar y gubernamental para efectos de recuperación y rehabilitación.

Para impulsar en personas y miembros de la familia, hábitos de saludables y entre otras prácticas, fue necesario realizar un conjunto de actividades, para contrarrestar las condiciones de salud deficiente y ser pionera como una comunidad saludables.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

BULLON y RAMÍREZ. Informe de tesis título: **Programas Familias y Viviendas Saludables en la Calidad de Vida de las Familias de la Comunidad de Chalhupapuquio San Román 2012**. Cuyo resumen:

El gobierno para mejorar la calidad de vida viene ejecutando diversos programas sociales, como el Programa de Familias y Viviendas Saludables, que interviene en las zonas rurales del país. La presente tesis tuvo por objetivo Explicar la influencia del programa familias y viviendas saludables, en la calidad de vida de las familias beneficiarias de la comunidad de Chalhupapuquio – San Ramón; se desarrolló siguiendo un diseño de investigación Descriptivo Simple, con un enfoque cuantitativo. Por tanto se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta con su respectivo instrumento de recolección que es el cuestionario. Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva. Se llegó a la siguiente conclusión: El Programa Familias Y Viviendas Saludables influye de manera positiva en la calidad de vida de las personas beneficiarias mostrándose en los aspectos sociales, ambientales y de salud, tales como la práctica de valores familiares, implementación de biohuertos, manejo de residuos sólidos y disminución de enfermedades, cuidado y prevención de enfermedades, generando de esta manera mejores condiciones de vida. La implementación de programas sociales en el ámbito rural, a partir de la conceptualización de desarrollo, está permitiendo que las Políticas Sociales tengan un impacto significativo en la calidad de vida del poblador rural, es el caso de la comunidad de Chalhupapuquio (3).

VALLEJO Juscamaita Carmen. Informe de tesis título: **Familias Saludables y su Influencia en la Calidad de Vida, en la Población del Distrito de Iguain Huanta – Ayacucho. 2012.** Cuyo resumen:

Objetivo: Determinar familias saludables y su influencia en la calidad de vida en la población del Distrito de Iguain- Huanta- Ayacucho. 2012.
Materiales y Métodos: El tipo de Investigación es: cuantitativo, retrospectivo, Transversal, correlacional. La población, Constituida por la totalidad de familias de las comunidades del Distrito de Iguain (134), distribuido en Antarumi (36 familias) y Huayhuas (98 familias), la muestra: por 50 familias distribuidos en Antarumi (20) y Huayhuas (30).
Resultados: en la comunidad de Huayhuas el mayor porcentaje es de familias saludables 36% (18) y menor porcentaje de familias no saludables 24% (12); sin embargo en la comunidad de Antarumi el mayor porcentaje 24%(12) son familias no saludables y 16% (8) familias saludables. En relación a la Calidad de Vida en la comunidad de Huayhuas el mayor porcentaje 36% (18) tienen calidad de vida y menor porcentaje 24% (12) sin calidad de vida y en la comunidad de Antarumi el 22%(11) sin calidad de vida y 18% (9) con calidad de vida. Respecto a la influencia de familias saludables en la calidad de vida, de 52% (26) familias saludables el 42% (21) viven con calidad de vida y 10% (5) sin calidad de vida; del 48%(24) familias no saludables el 32%(18) viven sin calidad de vida y 16% (6) con calidad de vida. En conclusión, estadísticamente se acepta la hipótesis alterna en la que se demuestra las condiciones de familias saludables tienen influencia positiva en la calidad de vida de la población del Distrito de Iguain (4).

ALBERCA y COLUMBIA. Informe de tesis título: **Efectividad del Programa “Agua Segura, Familias Saludables” en la Disminución de la Prevalencia de EDAs, Parasitosis y Anemia en Niños Menores de cinco años, en tres Comunidades Rurales, Distrito de Huanca**

Huanca, Provincia Angaraes, Departamento de Huancavelica, Perú 2017. Cuyo resumen:

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la efectividad del Programa “Agua Segura, Familias Saludables” sobre la disminución de la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas (EDAs), parasitosis y anemia en niños menores de cinco años, en tres comunidades rurales, distrito de Huanca. Fue un estudio tipo cuantitativo, cuasiexperimental, realizado en un grupo de control, y dos grupos de no control. La muestra estuvo conformada por 60 niños que respondieron a los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de: Prevalencia de parasitosis, anemia y diarrea, validado por dos expertos. La metodología de intervención incluyó sesiones educativas, la entrega de métodos de purificación de agua (MadiDrop y cloro), visitas domiciliarias y monitoreo, demostraciones de prácticas saludables y alimentación balanceada rica en hierro. Los resultados de los dos grupos experimentales demuestran que después del programa el 80% no presentaron episodios de diarrea, 87,5% obtuvieron resultados negativos en su descarte de parasitosis y 80% obtuvieron hemoglobina normal. Se realizó la prueba estadística “Prueba T para muestras relacionadas”, mide la efectividad entre variables relacionadas, se obtuvo una significancia bilateral de ,000. Se concluye que el programa “Agua Segura, Familias Saludables” fue efectivo (5).

ARAUJO y GROSS Informe de tesis título: (6). Cuyo resumen: Esta tesis presenta la sistematización del proyecto “Viviendas Saludables en Cinco Caseríos de La Zona Rural de Cajamarca”, cuyo eje de estudio es la concertación interinstitucional como estrategia para fomentar sinergias y optimizar resultados en la implementación de la “Política de Familias y Viviendas

Saludables”, que el MINSA estableció a nivel nacional a partir del año 2006, con la finalidad de incentivar estilos de vida saludables y promocionar la adecuación de las viviendas a fin de que se ajusten a estándares locales y regionales. Para su implementación, se estableció una alianza entre la empresa privada (Yanacocha, GyC Salud y Ambiente), el sector público (Dirección Regional de Salud y sus dependencias) y la sociedad civil (autoridades de cada caserío, familias participantes en el proyecto) con el objetivo de que 72 familias con niños(as) menores de cinco años logren reducir la incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), como medio para disminuir la desnutrición crónica infantil, a través de la mejora del saneamiento intradomiciliario y la práctica de comportamientos saludables. Si bien el financiamiento del proyecto cubrió seis meses de ejecución, antes se desarrolló una etapa de planificación conjunta que duró cinco meses y, posteriormente, durante más de un año, se realizó un monitoreo post proyecto asumido por la Dirección Regional de Salud (DIRESA), que ha incorporado estas actividades como parte de su plan de trabajo en salud preventiva (6).

La importancia de mostrar esta experiencia en la perspectiva de la gerencia social, radica en las siguientes razones:

- La dimensión de la participación social concertada durante todas las fases del proyecto
- El proyecto de viviendas saludables se ha constituido en un modelo que ha sido replicado en otros ámbitos de la provincia de Cajamarca.
- No se ha logrado identificar algún estudio de sistematización de proyectos que profundice en la estrategia de concertación como elemento central en su implementación (6)

2.2. Marco Conceptual

Promoción de la salud

La Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud (7).

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el

Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones (7).

El modelo considera los enfoques de equidad y derechos en salud, equidad de género e interculturalidad así como las estrategias de abogacía y políticas pública, comunicación y educación para la salud y participación comunitaria y empoderamiento social dirigidos a la población sujeta de intervención que es la receptora específica de acciones que promueven salud, deseando alcanzar cambios en los comportamientos y un impacto positivo en las condiciones de vida. Buscando mejorar la calidad de vida de las poblaciones y siendo necesario complementar acciones dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida, el modelo plantea abordar a la población en los escenarios donde la gente

vive, juega, trabaja, estudia, y se interrelaciona como son: la vivienda, la escuela, municipios, centros laborales y la comunidad en general (7).

Familia saludable

Es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida (8).

Viviendas saludables

Es el conjunto de acciones, que promueve comportamientos saludables en los miembros de las familias, para generar estilos de vida saludables, incentivándolas además a mejorar las condiciones de sus viviendas, considerando las características de la región o localidad, de manera que las familias se sientan seguras y protegidas de vivir en ellas, para contribuir con su desarrollo integral y mejorar su calidad de vida (9)

Características de la vivienda saludable

- a. Acceso a un entorno habitacional adecuado. La VS está en un entorno habitacional adecuado, da acceso a los lugares de trabajo y a los servicios esenciales y de otro género que promueven la buena salud, y para ello se debe procurar contar con servicios de seguridad y de urgencia, acceso a servicios de salud y servicios sociales, acceso a servicios culturales y de otro género y un uso adecuado de la vivienda.
- b. Protección contra enfermedades transmisibles. La VS debe tener abastecimiento de agua segura, eliminación higiénica de excretas, eliminación adecuada de los desechos sólidos, drenaje de aguas superficiales a través de desagüe, higiene personal y doméstica,

preparación higiénica de los alimentos y salvaguardias estructurales contra la transmisión de enfermedades.

- c. Protección contra traumatismos, intoxicaciones y enfermedades crónicas. La VS debe tener características estructurales y mobiliario doméstico adecuado, ventilación para evitar la contaminación del aire interior, así mismo, adoptar precauciones para reducir la exposición a sustancias químicas peligrosas, en particular cuando el hogar se usa como lugar de trabajo.
- d. Reducción al mínimo de los factores de estrés psicológico y social. La VS contribuye al desarrollo social y psicológico de sus moradores y reduce al mínimo los factores de estrés psicológicos y sociales relacionados con el peridomicilio. Desde los tiempos más antiguos, el hogar ha sido para los seres humanos un refugio, un amparo contra los riesgos físicos y los animales peligrosos, contra los rigores del trabajo cotidiano y los factores de estrés resultante de la interacción social, un lugar de privacidad e intimidad, entonces la VS debe contar con suficiente espacio habitable, privacidad y comodidad, dar la sensación de seguridad personal y familiar, proporcionar espacios para actividades recreativas y servicios comunitarios, así como una ubicación que permita reducir la exposición al ruido.
- e. Protección de poblaciones especialmente expuestas. La VS puede reducir al mínimo los riesgos sanitarios en estos grupos, especialmente expuestos a las condiciones de alojamiento, como las mujeres, los niños y niñas; las poblaciones desplazadas o migrantes, así como a los ancianos, enfermos crónicos y los discapacitados (10).

2.3. Definición de términos

- **Características socio-demográficas.** Se describe edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación y problemas de salud.
- **Condiciones higiénicos sanitarios.** Se describe tipo de vivienda, número de personas por cama, número de habitaciones, eliminación de excretas, consumo y abastecimiento del agua, animales domésticos, almacenaje de agroquímicos, eliminación de la basura y combustible utilizado en la vivienda.
- **Conocimientos higiénicos sanitarios.** Se describe vivienda saludable, mantenimiento de la vivienda, aseo de la vivienda, tratamiento del agua, mantenimiento de letrina/SS.HH, control de vectores, cuidado de uso de agroquímicos, manejo de desechos sólidos y hacinamiento.
- **Prácticas higiénicos sanitarios.-** Se describe cuidado del uso de agroquímicos, frecuencia de lavado de las manos, cepillado dental lavado del sanitario, control de vectores, aseo de la vivienda.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Los datos recolectados cuyas fuentes primarias son:

- Plan de trabajo Anual de la Promoción de la Salud
- Cuaderno extramural
- Fichas de visitas domiciliarias
- Informes diarias y mensuales mediante HIS-MIS

3.2. Experiencia Profesional

Las experiencias laborales se mencionan de la manera siguiente:

- El Servicio Urbano Marginal en Salud 2009 – Puesto de Salud Matara – Red de Salud Antabamba Apurímac.
- Condición de contratado 2010 – área promotor de salud – Instituto Tecnológico de Pesquería
- Condición contratado (CAS) enero 2011 hasta setiembre del 2017 – Puesto de Salud Karcatera – Red de Salud Abancay Apurímac
- Condición nombrado desde octubre del 2017 hasta la fecha.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Con antecedentes de haber laborado y conocer del diagnóstico situación de la salud de la Comunidad de Karcatera, habiendo disposición ministerial hace 16 años, de priorizar las actividades promocionales, paralelo a las actividades preventivas, el personal de salud de enfermería encargado del área de la promoción, encaminó gestionar las actividades, por la trascendencia de salubridad en la Comunidad y poder lograr

familias y comunidad saludable. Para tal propósito se cumplió los siguientes:

3.3.1. Valoración

Los indicadores negativos de salud: alto índice de hacinamiento, alto índice de compartimiento con animales menores, consumo de agua no clorada, encontrados en los informes mensuales. Además, los casos frecuentes de infecciones gastro intestinales, infecciones a nivel del tejido tegumentario: la acarosis, micóticas y otros. Infecciones respiratorias a causa de uso de la leña para la preparación de alimentos, ausencia de letrinas, etc.

3.3.2. Diagnóstico

- Déficit de conocimiento de hacinamiento, consumo de agua no clorada, infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales e infecciones de la piel.
- Riesgo de infecciones y otros problemas de salud a causa de uso de leña y la compartición con animales menores en las viviendas.

3.3.3. Planificación

Se elaboró el Plan de Trabajo de Actividades Preventivo Promocionales, luego se emprendió las gestiones de aprobación ante las instancias pertinentes, se problematizó las deficiencias sanitarias ante las autoridades de la comunidad, para generar sensibilización y el compromiso de las familias. Se constituyó un Comité de Multisectorial de Familias y Viviendas Saludables y se ha difundido las actividades programadas en lugares estratégicos en la comunidad.

3.3.4. Ejecución

- Realización de visitas familiares integrales y se impartió sesiones educativas del riesgo de hacinamiento en las familias, riesgos del consumo de agua no clorada, prevención de infecciones

gastrointestinales, prevención de infecciones a nivel de la piel, riesgos del uso de leña y la proliferación de moscas a la presencia de excretas al campo abierto.

- Se generó el compromiso de las autoridades del Junta de Administración del Agua (JAS) para el plan anual de limpieza, desinfección y cloración del agua y finalmente la construcción de la gaceta de cloración tipo goteo.
- Se construyó las cocinas mejoradas, galponeras para la crianza de animales menores y las letrinas con el apoyo de Cáritas de Abancay.

3.3.5. Evaluación

La evaluación de las actividades se evidencia en la sección de los resultados.

IV. RESULTADOS

TABLA 4.1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ASISTENCIA A SESIONES EDUCATIVAS DE RIESGO DE HACINAMIENTO.

Asistencia a sesiones educativas por jefes de las familias	Riesgo de hacinamiento	
	Nº	%
No	33	20.9
Si	125	79.1
Total	158	100

GRÁFICO 4.1.

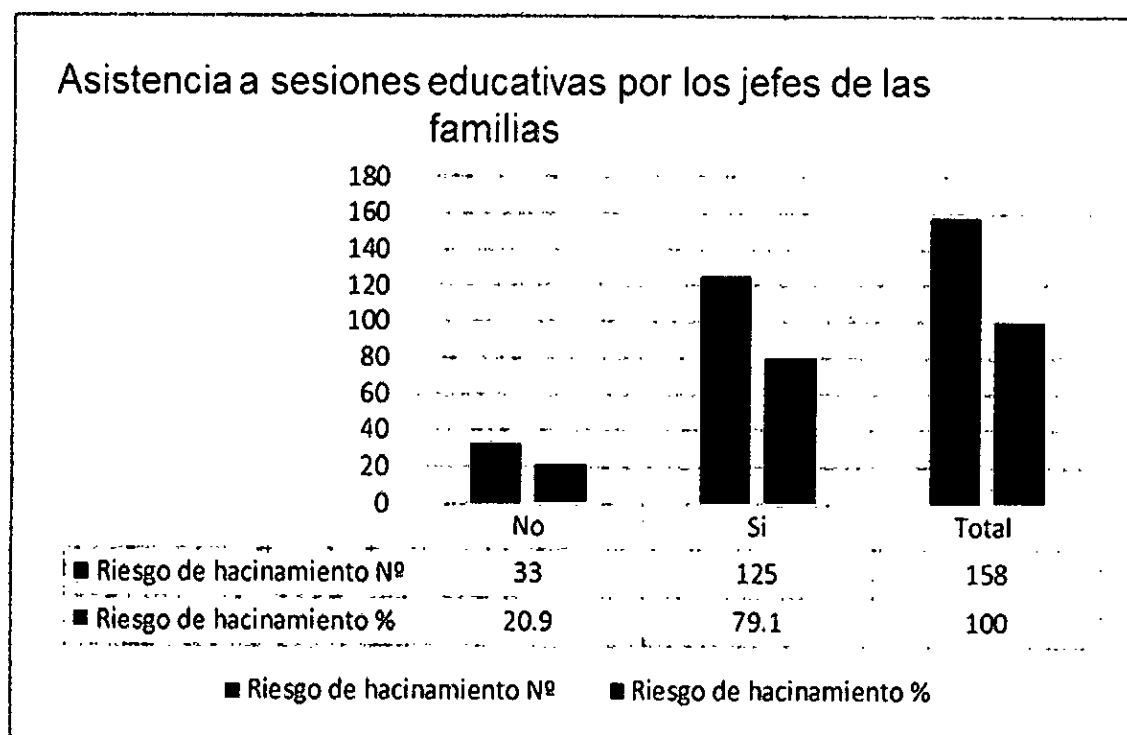


TABLA 4.1

ASISTENCIA A SESIONES EDUCATIVAS DEL RIESGO DE CONSUMO DE AGUA NO CLORADA.

Asistencia a sesiones educativas por jefes de las familias	Riesgo del consumo de agua no clorada	
	Nº	%
No	18	11.4
Si	140	88.6
Total	158	100

GRÁFICO 4.2.

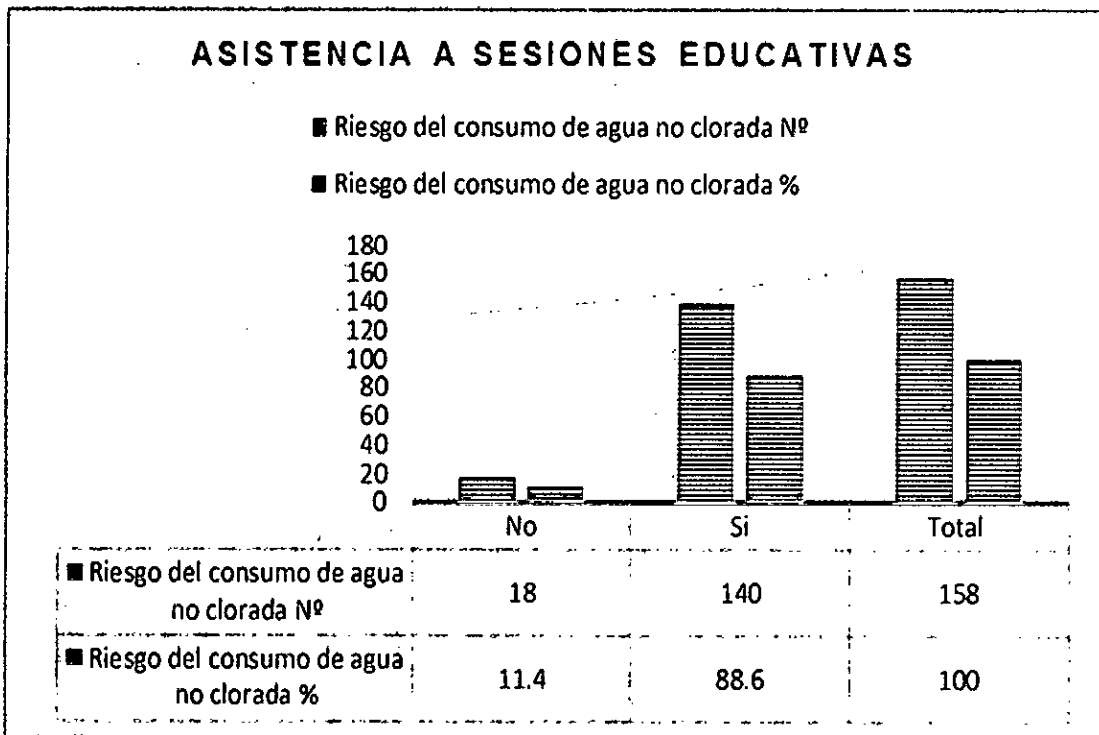


TABLA 4.2

ASISTENCIA A SESIONES EDUCATIVAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES.

Asistencia a sesiones educativas por jefes de las familias	Prevención de infecciones	
	Nº	%
No	7	4.43
Si	151	95.56
Total	158	100

GRÁFICO 4.3.

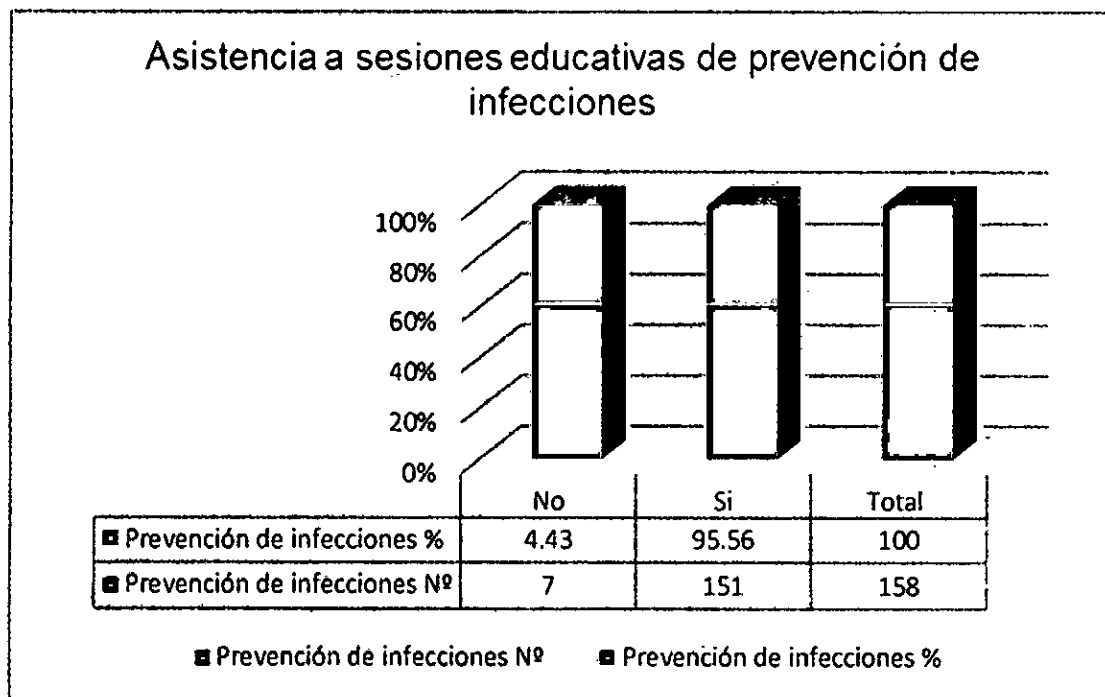


TABLA 3.4

ASISTENCIA A SESIONES EDUCATIVAS DEL RIESGO DE USO DE LEÑA PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS SIN LAS MÍNIMAS CONDICIONES

Asistencia a sesiones educativas por jefes de las familias	Riesgo de uso de leña para preparar los alimentos sin las mínimas condiciones	
	Nº	%
No	11	6.96
Si	147	93.03
Total	158	100

GRÁFICO 4.4

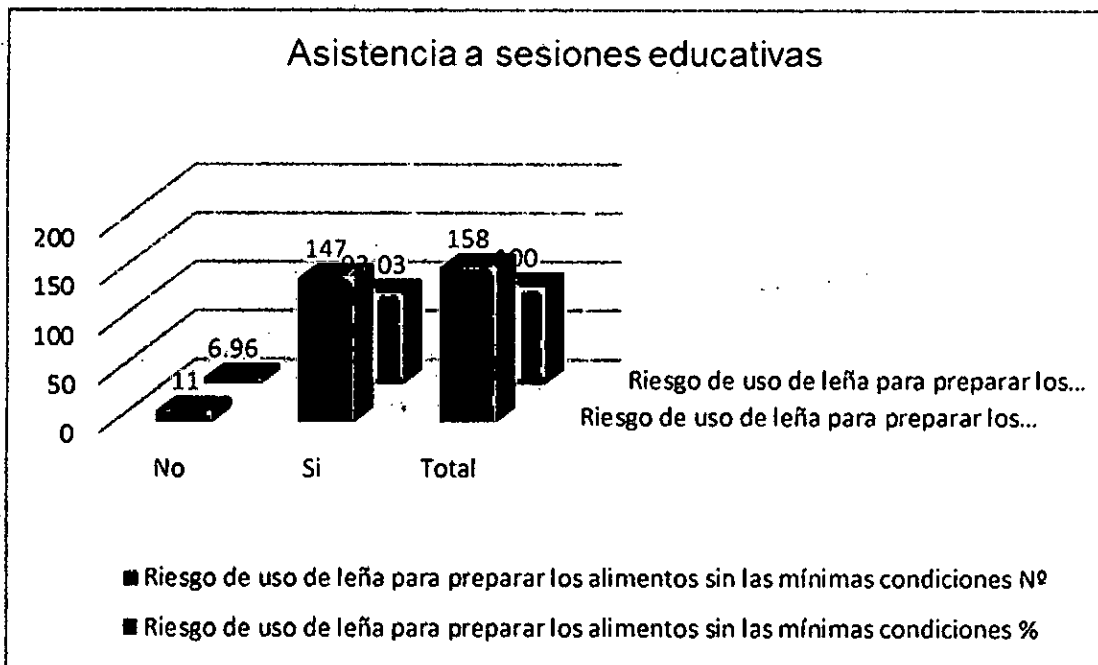


TABLA 4.4

ASISTENCIA A SESIONES EDUCATIVAS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN DE EXCRETAS HUMANAS AL CAMPO LIBRE

Asistencia a sesiones educativas por jefes de las familias	Riesgo de exposición de excretas humanas al campo libre	
	Nº	%
No	16	10.12
Si	142	89.87
Total	158	100

GRÁFICO 4.5

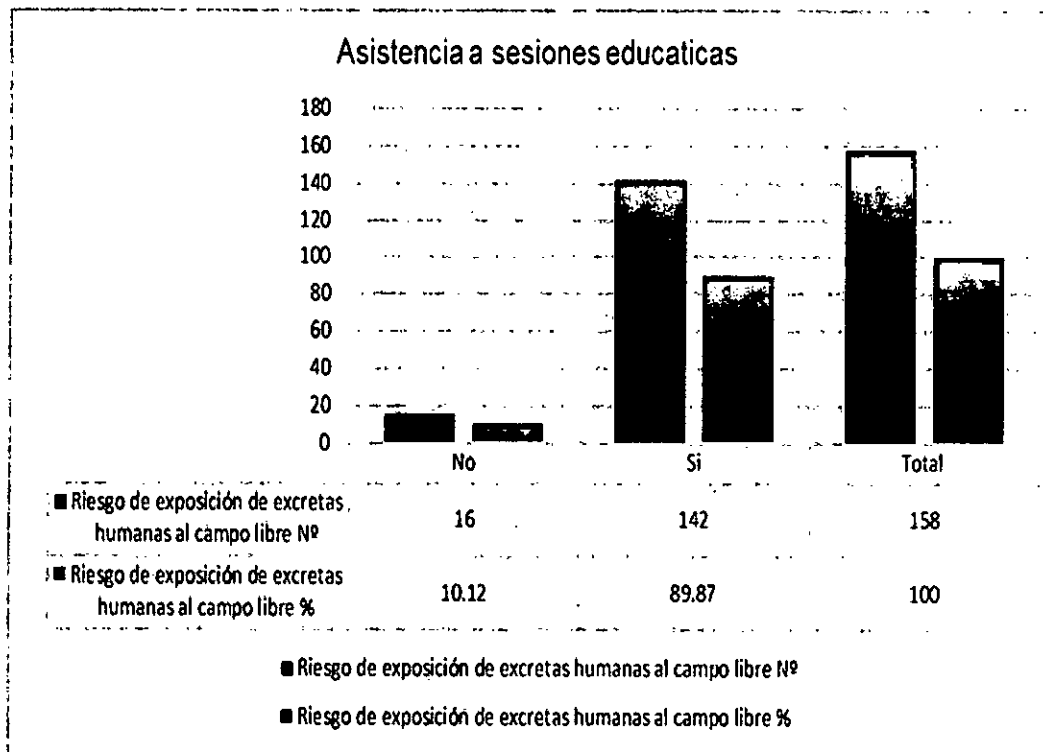


TABLA 4.5

**PARTICIPACIÓN POR JEFES DE LAS FAMILIAS EN EL
MANTENIMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO**

Participación por jefes de las familias	Limpieza, desinfección y cloración del agua para el consumo	
	Nº	%
No	25	15.82
Si	133	84.18
Total	158	100

GRAFICO 4.6

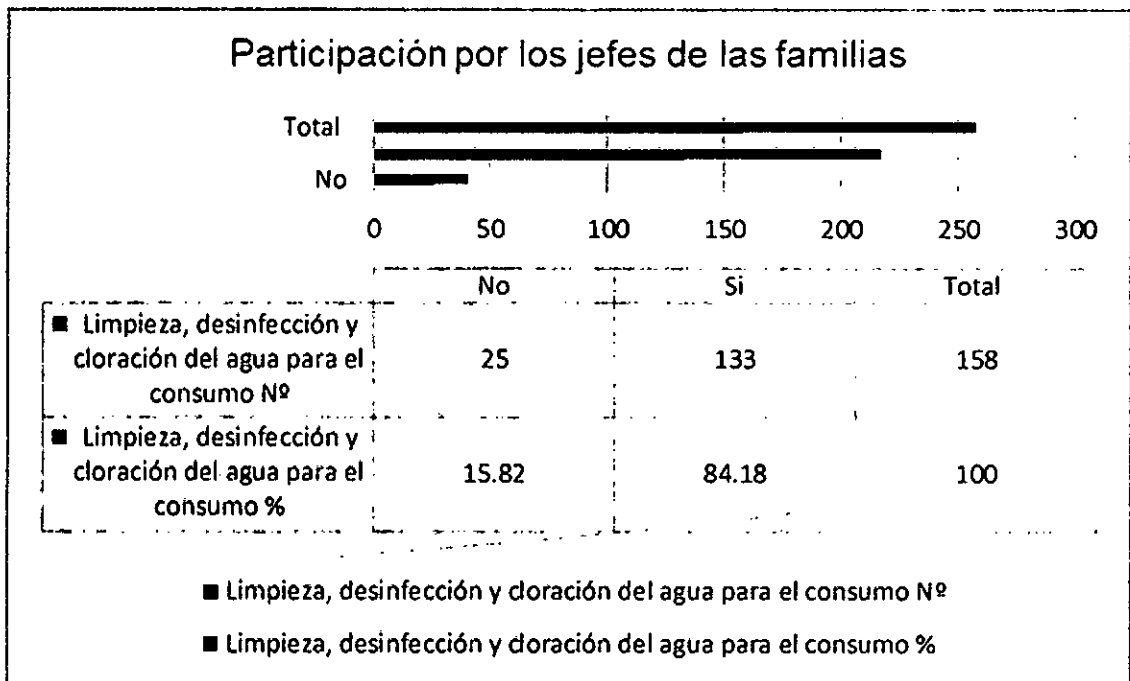


TABLA 4.6

PARTICIPACIÓN POR JEFES DE FAMILIAS EN LA EDIFICACIÓN DE GALPONERAS PARA LA CRIANZA DE LOS ANIMALES MENORES

Participación por jefes de las familias	Edificación de galponeras para la crianza de los animales menores	
	Nº	%
No	19	12.02
Si	139	87.97
Total	158	100

GRAFICO 4.7

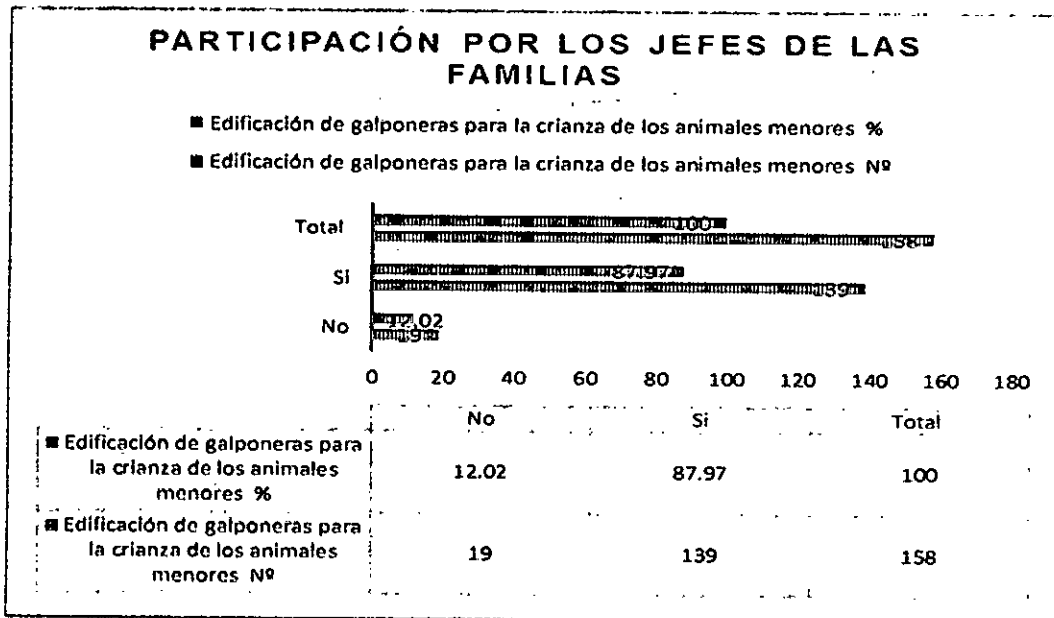


TABLA 4.7

PARTICIPACIÓN POR JEFES DE LAS FAMILIAS EN LA EDIFICACIÓN DE LETRINAS

Participación por jefes de las familias	Edificación de las letrinas	
	Nº	%
No	4	2.53
Si	154	97.46
Total	158	100

GRAFICO 4.8

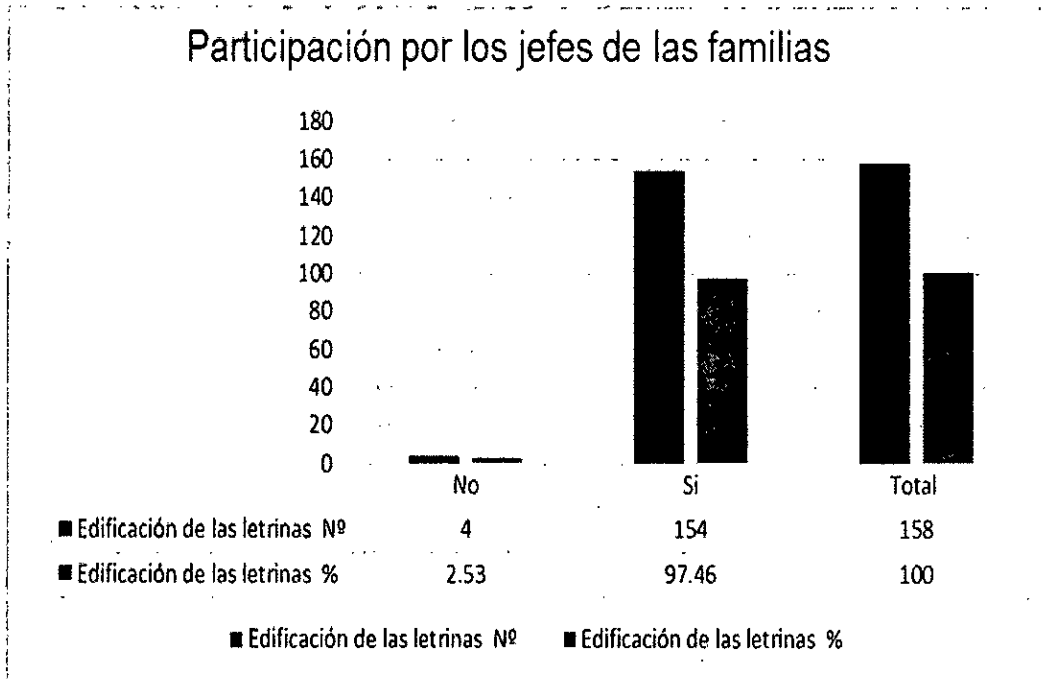
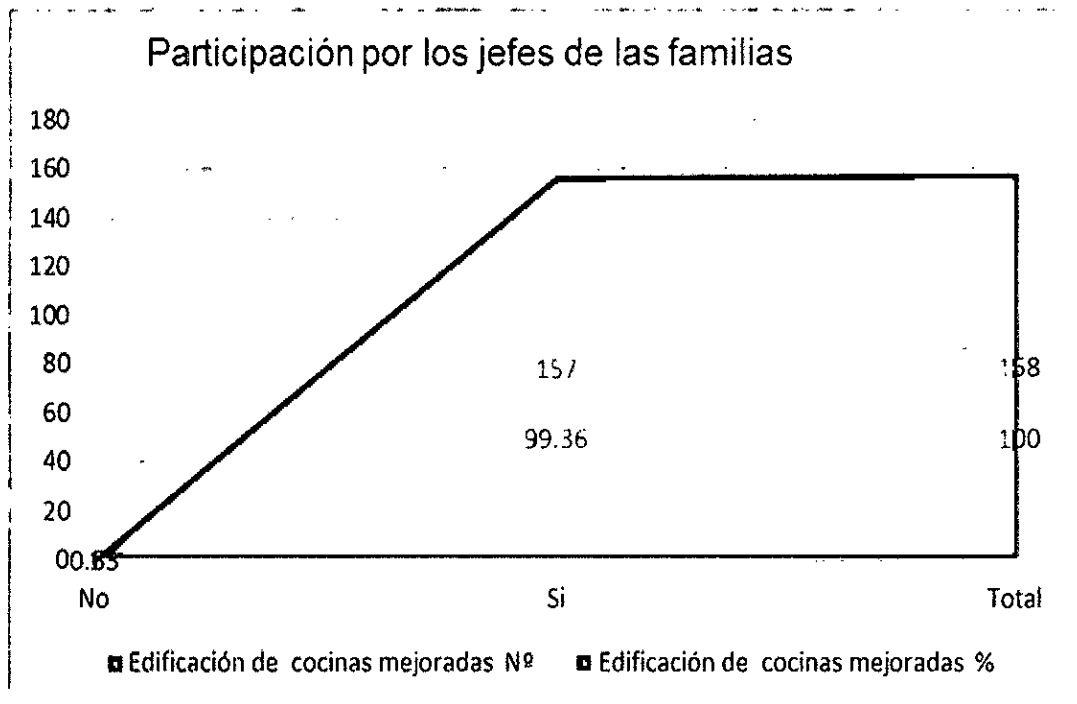


TABLA 4.8

PARTICIPACIÓN POR JEFES DE LAS FAMILIAS EN LA EDIFICACIÓN DE COCINAS MEJORADAS

Participación por jefes de las familias	Edificación de cocinas mejoradas	
	Nº	%
No	1	0.63
Si	157	99.36
Total	158	100

GRAFICO 4.8



V. CONCLUSIONES

- a) El 79.1% de los jefes de familias asistieron a sesiones educativas del riesgo de hacinamiento en la Comunidad de Karcatera.
- b) El 88.6% de los jefes de las familias asistieron a sesiones educativas del riesgo de consumo del agua no clorada en la Comunidad de Karcatera.
- c) El 95.56% de los jefes de las familias asistieron a sesiones educativas de la prevención de las infecciones más comunes en la Comunidad de Karcatera.
- d) El 93.03% de madres y padres de familias asistieron a sesiones educativas del riesgo del uso de leña para preparar alimentos sin las mínimas condiciones de salubridad en la Comunidad de Karcatera.
- e) El 89.87% de madres y padres de familias asistieron a sesiones educativas del riesgo de exposición a excretas humanas al campo libre en la Comunidad de Karcatera.
- f) El 84.18% de jefes de las familias participaron en la limpieza, desinfección y cloración del agua para el consumo en la Comunidad de Karcatera.
- g) El 87.97% de jefes de las familias participaron en la edificación de galponeras para la crianza de los animales menores en la Comunidad de Karcatera.
- h) El 97.46% de jefes de las familias participaron en la edificación de letrinas en la Comunidad de Karcatera.
- i) El 99.36% de jefes de las familias participaron en la edificación de cocinas mejoradas en la Comunidad de Karcatera.

VI. RECOMENDACIONES.

- a) A las autoridades comunales, miembros familiares y educativas de Karcatera asumir el rol protagónico en el proceso de familias y comunidad saludable.
- b) AL personal responsable de promoción de la salud del Puesto de Salud Karcatera continuar con el proceso de las actividades implementadas en aspectos de monitoreo, supervisión y evaluación. Además, implementar otros ejes temáticos al respecto.
- c) Al personal responsable de promoción de la salud del Puesto de Salud Karcatera propiciar un plan de sostenibilidad mediante planes de acciones y gestionar mayor asignación de presupuestos ante la instancia pertinente.
- d) Al personal responsable de la promoción de la salud del Puesto de Salud Karcatera proponer convenios interinstitucionales, para fines de mayor fortalecimiento de las intervenciones sanitarias en la comunidad y tales acciones oriente a ser considerada como pionera a nivel de la Microrred de Salud.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? [Online].; 2016 [cited 2018 Agosto 31. Available from: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
2. Perú21. Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 31. Available from: <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225>.
3. Bullon Alcala LD, Ramirez Otero. Programa Familias y Viviendas Saludables en la Calidad de Vida de las Familias de la Comunidad de Chahuapujo - San Román - 2012. Informe de tesis. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú , Facultad de Psicología; 2014.
4. Vallejo Juscamaita C. Familias Saludables y su Influencia en la Calidad de Vida, en la Población del Distrito de Iguain - Huanta - Ayacucho 2012. Informe de tesis de maestría. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Sección de Posgrado de la Facultad de Enfermería; 2014.
5. Alberca Lonzo , Columbia. Efectividad del programa “Agua Segura, Familias Saludables” en la disminución de la prevalencia de EDAs, parasitosis y anemia en niños menores de cinco años, en tres comunidades rurales, distrito de Huanca Huanca, provincia Angaraes, departamento de Huanc. Informe de tesis. Lima: Universidad Peruana Unión, Escuela Profesional de Enfermería; 2018.
6. Araujo Morales , Gross Porras. Sistematización del Proyecto Viviendas Saludables en Cinco Caseríos de la Zona Rural de Cajamarca. Informe de tesis de maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado; 2011.

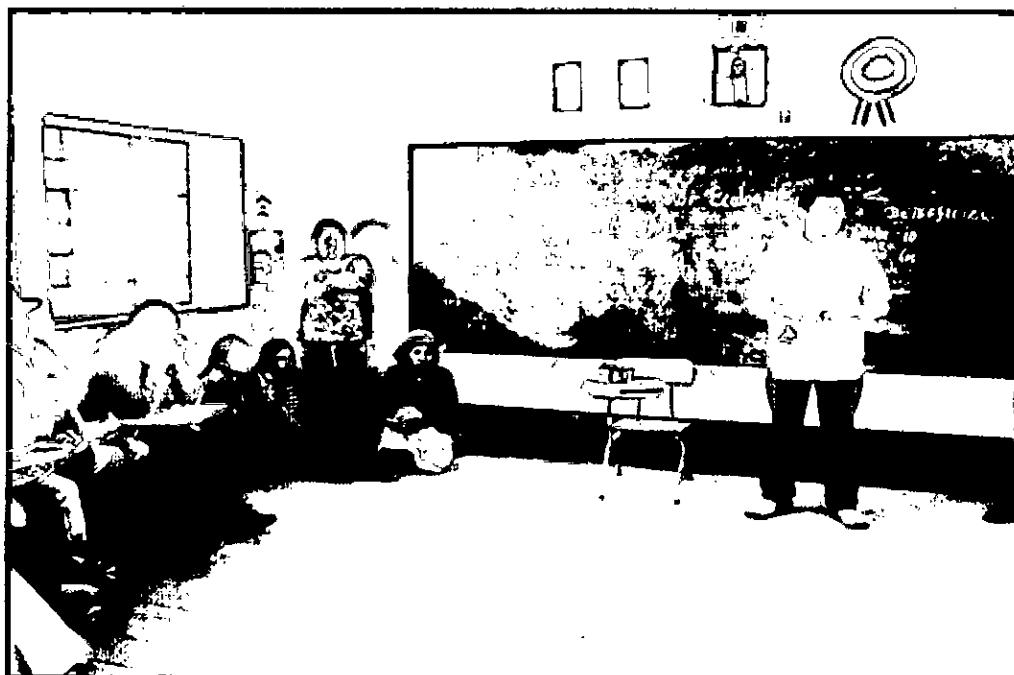
7. Ministerio de Salud . Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. [Online]. [cited 2018 Agosto 27. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf.
8. Ministerio de Salud. Manual de Implementación de Familias y Viviendas Saludables. [Online].; 2008 [cited 2018 Agosto 27. Available from: [file:///C:/Users/Yosya/Downloads/26249355RqXgo20100721%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Yosya/Downloads/26249355RqXgo20100721%20(1).pdf).
9. Ministerio de Salud. Familias Saludables para un Perú Saludable. [Online]. [cited 2018 Agosto 27. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf>.
- 10 Santa María. La Iniciativa de la Vivienda Saludable en el Perú. Revista . Peruana Médica Experimental Salud Pública. 2008 Noviembre; XXV(4).

ANEXOS

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



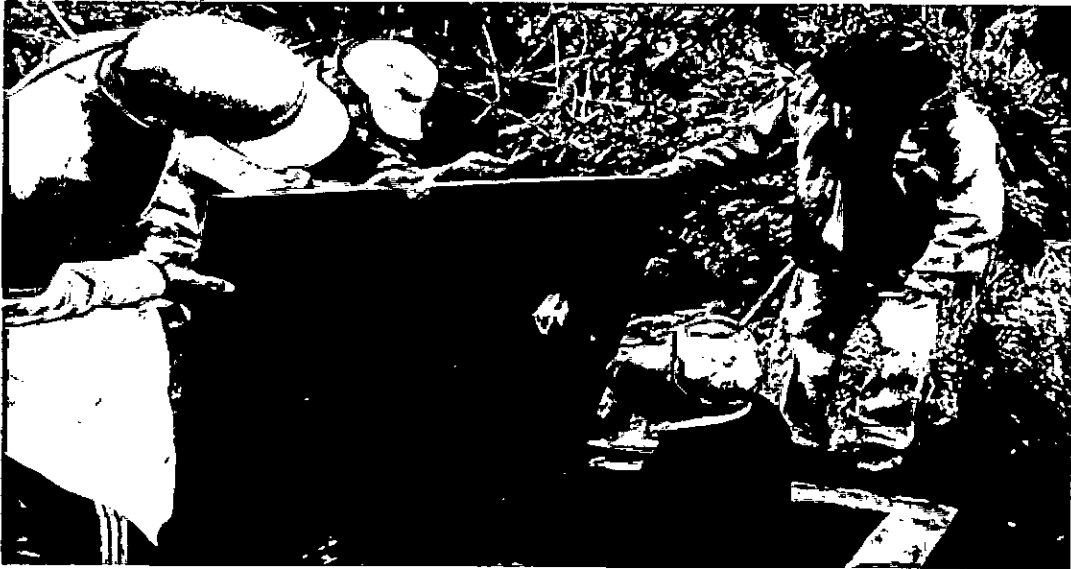
FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017