



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA
EN LA DETECCION DE NECESIDADES DE ATENCION
PRIMARIA EN LA VILLA DE ZAACHILA, OAXACA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ENF. PART. IRENE VASQUEZ MENDOZA

290464

DIRECTOR DEL TRABAJO: M.C. JULIO HERNANDEZ FALCON



MEXICO, D. F. FEBRERO DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ZAACHILA. RELOJ CENTRAL E IGLESIA PRINCIPAL

DEDICATORIA

A los Zaachilenses que me han confiado su salud, que fueron sin saberlo el móvil para iniciar nuevamente y poder atender mejor sus necesidades en un futuro no muy lejano.

A mis amigas y profesoras: Enfermeras Ejemplares a quienes quiero, respeto y admiro. Sor Carmalita, Ana Laura, Pili, Tere, Lolita, Eugenia, Angélica: de quienes he aprendido tanto.

Gracias...

A los seres que más amo en este mundo: mi familia.

En especial a:

Mi madre, que es mi fortaleza;

Mis hijos: Alex y Manuel que son mi inspiración,

mi esposo Victor Manuel. mi gran apoyo.

Irene.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la atención primaria.....	4
2.2. Conceptos.....	6
2.3. Metas.....	8
2.4. Componentes prioritarios.....	10
2.5. La atención primaria en México.....	17
2.6. Enfermería y atención primaria de salud.....	22
2.7. Características de la población a estudiar.....	25
III. MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1. Justificación.....	48
3.2. Objetivos.....	49
3.3. Planteamiento del problema.....	50
3.4. Hipótesis.....	51
3.5. Tipo de estudio.....	52
3.6. Universo.....	52
3.7. Unidades de observación.....	53
3.8. Criterios de inclusión.....	53
3.9. Universo muestra.....	53
3.10. Variables.....	54
3.11. Instrumentos.....	63
3.12. Validez y confiabilidad.....	64
3.13. Procesamiento estadístico.....	64
IV. RESULTADOS	
4.1. Datos generales.....	65
4.2. Datos específicos.....	71
4.3. Discusión y análisis.....	113
4.4. Propuestas.....	121
4.5. Conclusiones.....	124
V. BIBLIOGRAFÍA.....	129

VI. ANEXOS

I. Cédula de encuesta.....	133
II. Instructivo.....	143
III. Declaración de Alma-Ata.....	145
IV. Proyecto de Norma Oficial.....	150
V. Plano de la Comunidad.....	181

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS Y GRÁFICAS

CUADROS	CONTENIDO	Pág.
CUADRO No. 1.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS ETÁREOS	30
CUADRO No. 2.	ASEGURADOS Y PENSIONADOS PARA – 1995.	39
CUADRO No. 3.	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL – 1995 – 1999.	46
CUADRO No. 4.	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL – 1995 – 1999.	47
CUADRO No. 5.	NUM. DE INTEGRANTES POR FAMILIA	66
CUADRO No. 6.	OCUPACIÓN DEL PADRE	67
CUADRO No. 7.	OCUPACIÓN DE LA MADRE.....	69
CUADRO No.8.	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN GRUPO DE EDAD	70
CUADRO No.9.	TIPO DE TENENCIA DEL HOGAR	72
CUADRO No.10.	NUM. DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA	73
CUADRO No.11.	ABASTO DE AGUA	74
CUADRO No.12.	DISPOSICIÓN FINAL DE EXCRETAS.....	75
CUADRO No.13.	DISPOSICIÓN FINAL DE BASURAS	76
CUADRO No.14.	FAUNA NOCIVA ENCONTRADA	79
CUADRO No.15.	ANIMALES DOMÉSTICOS ENCONTRADOS	80
CUADRO No.16.	TIPO DE COMBUSTIBLE DOMÉSTICO.....	81
CUADRO No.17.	SERVICIOS PÚBLICOS	82

CUADROS	CONTENIDO	Pág.
CUADRO No.18.	ESTADO VACUNAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	83
CUADRO No.19.	TIPO DE VACUNA QUE HAN RECIBIDO	84
CUADRO No.20.	HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL.....	87
CUADRO No.21.	ACCIONES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD	91
CUADRO No.22.	TEMAS SOBRE SALUD	93
CUADRO No.23.	ASPECTOS NUTRICIONALES	95
CUADRO No.24.	CONSUMO SEMANAL DE ALIMENTOS	96
CUADRO No.25.	ASPECTOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL	98
CUADRO No.26.	LUGAR DONDE SE HAN ATENDIDO SUS PARTOS.....	99
CUADRO No.27.	PERSONAL QUE HA ATENDIDO LOS PARTOS.....	100
CUADRO No.28.	ACCIONES DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO.....	101
CUADRO No.29.	ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE A SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD	103
CUADRO No.30.	RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD.....	104
CUADRO No.31.	UTILIZACIÓN DE RECURSOS POR ENFERMEDAD.....	105
CUADRO No.32.	PADECIMIENTOS AGUDOS REFERIDOS.....	108
CUADRO No.33.	PADECIMIENTOS CRÓNICOS DE SALUD ENCONTRADOS	109
CUADRO No.34.	INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS	110
CUADRO No.35.	GASTO MENSUAL DE LAS FAMILIAS	111
CUADRO No.36.	PROBLEMAS ECONÓMICO-SOCIALES.....	112

GRAFICA	CONTENIDO	Pág.
GRÁFICA No. 1	PRESUPUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO FEDERAL 1973 – 1987.....	21
GRÁFICA No. 2	PIRÁMIDE DE POBLACIÓN VILLA DE ZAACHILA	31
GRÁFICA No. 3	VIVIENDAS PARTICULARES SEGÚN TIPO DE MATERIAL	33
GRÁFICA No. 4	POBLACIÓN ALFABETA Y ANALFABETA MAYOR DE 15 AÑOS.....	35
GRÁFICA No. 5	POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	36
GRÁFICA No. 6.	POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD.....	40
GRÁFICA No. 7	POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN NIVEL DE INGRESO MENSUAL	41
GRÁFICA No. 8	POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN OCUPACIÓN PRINCIPAL	42
GRÁFICA No. 9	OCUPACIÓN DEL PADRE EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS.....	68
GRÁFICA No. 10	ESTADO VACUNAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN POR CIENTO.....	85
GRÁFICA No. 11.	PERIODICIDAD DEL CAMBIO DE ROPA.....	88
GRÁFICA No. 12.	USO DE CALZADO SEGÚN SU TIPO.....	89
GRÁFICA No. 13.	PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	92

FIGURA	CONTENIDO	Pág.
FIGURA No. 1	METAS MÍNIMAS PARA LAS AMÉRICAS DEL PROGRAMA "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"	9
FIGURA No. 2	UBICACIÓN DEL DISTRITO DE ZAACHILA	26
FIGURA No. 3	LOCALIZACIÓN DE LA VILLA DE ZAACHILA	27
FIGURA No. 4	AGRICULTURA Y VEGETACIÓN	29
FIGURA No. 5	INFRAESTRUCTURA PARA EL TRANSPORTE.....	45

“El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social.” *

* Carta de las Naciones Unidas y declaración de principios de la Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

Antecedentes: la atención primaria a la salud tiene su origen en la década de los 70's decenio que se caracterizó por la preocupación de los ministros de salud por la crisis en que se encontraban, en materia de salud las poblaciones sub-atendidas a no atendidas; diseñando desde 1972 diferentes esquemas para aumentar la cobertura con servicios a toda la población; es en septiembre de 1978 cuando la conferencia Internacional sobre atención primaria de salud reunida en Alma-Ata, URSS declara a la Atención Primaria de Salud (APS) como la única estrategia viable para lograr en el año 2000 "Salud para todos". De ella derivan los gobiernos de los diferentes países sus estrategias específicas acordes con su problemática de salud. En México toma su auge hasta la década de los 90's después de que nuestro país superó devaluaciones y crisis económicas en las que el presupuesto para la salud fué descendiendo, hasta llegar a su nivel mínimo en 1987. En la actualidad se ha identificado a la APS como eje en las acciones de salud para lo que se han establecido, normas de atención y acciones básicas de salud en el programa de Reforma del sector Salud 1995-2000. Tomando en cuenta lo expuesto y la problemática de salud observada en la Villa de Zaachila Oaxaca; se considera de suma importancia investigar las acciones de atención primaria aplicadas en la población ante la inexistencia de datos que nos proporcionen dicha información.

OBJETIVO: Fue señalar las necesidades de atención primaria de los habitantes de la Villa de Zaachila Oaxaca.

MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en 300 familias a través de una encuesta familiar que contenía 30 preguntas referentes a los aspectos básicos de la atención primaria. La selección de las familias fue al azar, respetando el criterio de 2 familias por manzana; cifra que resultó del número de encuestas a aplicar divididas entre el número de manzanas que conforman la comunidad.

RESULTADOS: Los resultados del estudio indicaron hipótesis verdaderas, comprobando que las acciones de atención primaria aplicadas en la comunidad no responden a las premisas de la atención primaria; presentando una a una las hipótesis y la información probatoria. Los resultados se analizaron con cuadros y gráficas que se compararon con el marco teórico.

CONCLUSIONES: Las principales conclusiones fueron:

- ❑ El 50% de las familias son numerosas limitando su desarrollo y el cuidado de la salud.
- ❑ Deficiente prevención de infecciones de vías respiratorias, gastrointestinales, genito-urinarias y dermatológicas dada su alta incidencia en la población.
- ❑ Mínimo porcentaje de acciones por el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades como consecuencia del bajo nivel socioeconómico de las familias y la carencia de recursos oficiales para la atención de la salud.
- ❑ Deficiente alimentación por desconocimiento sobre aspectos nutricionales que requiere de mejoramiento y de información y enseñanza.

- Baja cobertura de la atención materno-infantil por lo que es urgente iniciar el cuidado del binomio madre-hijo.
- Mínima educación para la salud en todos los aspectos por lo que se requiere su implementación.
- Alto índice de problemas crónico degenerativos que evidencian la eficacia de los servicios curativos cuyo enfoque es biológico curativo y monocausal.
- Excelente porcentaje (97.22) de niños menores de 5 años que si han sido vacunados: pero deficiencia en los otros grupos.
- La población en estudio esta expuesta a diferentes enfermedades, por consumir el 68% agua sin purificar y el 69% tener una mala disposición de excretas, el basurero público esta, cerca de la población siendo criadero y reservorio de fauna nociva de relevante presencia en la comunidad.
- La enfermera, básicamente la licenciada o licenciado en enfermería tiene un gran compromiso con las acciones de atención primaria ya que ningún programa de salud es aplicado eficazmente sin su intervención.

I. INTRODUCCIÓN

Antes de la década de los setenta la atención de la salud se encontraba inmersa en una seria crisis, evidenciada por altas tasas de mortalidad y de morbilidad en los diferentes grupos humanos, producto de factores socioeconómicos, demográficos, ambientales, culturales y físicos desiguales en las sociedades del mundo; ante ésta situación, La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, OMS/UNICEF, reunida en Alma-Ata, URSS del 6 al 12 de septiembre de 1978 declara que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, es política, social y económicamente inaceptable y por tanto los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” y establece a La Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia principal para alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000. México como país integrante de la Región de las Américas, adopta la declaración de Alma-Ata; y en éste momento el sector salud y principalmente la Secretaría de Salud ha identificado a la APS como la estrategia primordial para lograr el equilibrio en la atención a la salud, lo que se constata en el “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000” en el que se establecen los lineamientos para atender a los grupos socialmente vulnerables y de los que emana el paquete básico de salud que se debe estar aplicando en las comunidades; sin embargo se observa en la población de Zaachila diversos problemas de salud que a nuestro juicio se derivan de deficientes o inexistentes acciones de atención primaria a la salud; ambos aspectos dieron origen al presente estudio.

No se encontraron estudios previos que permitan la comparación de este trabajo, por lo que confiamos en la bibliografía consultada que para México tampoco es abundante.

El análisis que Mesa Lago realizó del Sistema Sanitario Mexicano refleja la inaccesibilidad, el alto costo y la ineficiencia de los servicios para cubrir las necesidades de atención de la población en el país, situación que para los habitantes de la población en estudio no es diferente.

Para la integración del marco teórico se privilegió la información de la organización panamericana de la salud por ser fuentes oficiales y primarias de las que se derivan las diferentes publicaciones consultadas, se trató de que la información presentada sobre "Atención Primaria" fuera de utilidad por si alguna vez este trabajo es consultado, así también se presentan datos generales de la población en estudio que nos permite un panorama de las condiciones de la comunidad; no pretendimos agotar la información sobre esta última porque no lo consideramos necesario.

Estamos conscientes que la información recabada a través de la encuesta para documentar nuestras hipótesis, muestra acciones generales, pero que existen muchos aspectos sobre la salud y sobre atención primaria que podrían ser motivo de estudios específicos, útiles para la elaboración de programas factibles de realizarse en beneficio de la salud y desarrollo de la comunidad, ya que creemos que la atención a la salud debe emanar de las necesidades de cada una de las comunidades, complementadas con programas generales y no a la inversa; sin subestimar además la participación de la

comunidad si no involucrarla, haciéndola reconocer sus necesidades y su responsabilidad en el auto cuidado.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en 300 familias, de la población de Zaachila, Oax; a las que se les aplicó una encuesta con 30 preguntas, incluyendo en ellas 8 aspectos fundamentales de la atención primaria a la salud: protección específica, prevención de enfermedades, educación para la salud, alimentación, atención materno-infantil, diagnóstico temprano de enfermedades, agua y saneamiento básico y servicios curativos y de rehabilitación todos imprescindibles en el cuidado de la salud en cualquier población, planteadas en forma sencilla y cerradas facilitando las respuestas, cuyos resultados se presentan en cuadros y gráficas para su análisis y mejor comprensión.

Merece comentario especial la disponibilidad y el interés de la mayoría de las familias encuestadas que voluntariamente accedieron, solicitando incluso la aplicación de la encuesta a su familia lo que facilitó la recolección de los datos convirtiéndose en un compromiso personal la aplicación de acciones de salud derivadas del estudio ya que prácticamente todas las hipótesis fueron comprobadas pudiendo concluir que es necesaria la creación de un servicio de atención primaria a la salud desde el sector privado que apoye las acciones del sector oficial.

II. MÀRCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La preocupación por la forma en que la salud estaba siendo atendida, que se traducía en altas tasas de morbilidad y mortalidad de la población en general, inmersas en una serie de factores socioeconómicos, demográficos, culturales y físicos, desfavorables para la mayoría de la población, se remonta al año de 1972 en que los ministros de Salud de la Región de las Américas en su III reunión especial celebrada en Santiago de Chile, establecieron como objetivo principal la extensión de la cobertura con servicios a toda la población subatendida y no atendida, con el Plan Decenal de Salud para las Américas, el cual no tuvo los resultados esperados y el logro de las metas fue inferior a lo planeado lo que se constata en la sección de “Resultados Generales” del documento CD27/34.b del 13 de Agosto de 1980, titulado “Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1980”.¹

En 1977 en su IV Reunión especial, los ministros ratifican el objetivo y reconocen a la “Atención Primaria” dentro del contexto sectorial de los desarrollos económicos y sociales nacionales, como estrategia principal para alcanzar la cobertura total.²

El 12 de septiembre de 1978, La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad

¹ O.P.S. Extensión de la cobertura de los Servicios de Salud. Acta oficial No.156

² Ibid.

mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, declara en su apartado V que: “los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” “La atención primaria de salud” es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”³

El consejo directivo de la Organización Panamericana de la salud en su XXVII reunión realizada en Washington, D. C., del 22 de septiembre al 3 de octubre de 1980 emite su resolución N° XX en la que resuelve:⁴

1. Aprobar el documento C.D. 27/34.A: “Evolución del Sector Salud en los años setenta y Estrategias para alcanzar la Meta de Salud para todos en el año 2000” y remitirlo a la OMS.
2. Confirmar que la atención primaria y sus componentes constituyen las estrategias básicas para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 en la Región de las Américas.
3. Considerar que las estrategias regionales contenidas tanto en el documento C.D. 27/34. A. como en las contribuciones adicionales y las críticas puestas de manifiesto en la XXVII reunión del Consejo Directivo, constituyen el fundamento

³ O.P.S. “Salud para todos en el año 2000”. Estrategias parte II P. 185-186

⁴ Ibid.

de la política y la programación de la Organización Panamericana de la Salud y representen el aporte de la Región de la Américas a las estrategias globales de la Organización Mundial de la Salud. Y realizan una serie de recomendaciones a los gobiernos de los países que integran la Región de la Américas para que ajusten sus políticas y planes de salud, así como reorganicen el sector salud para que compatibilicen con la política “salud para todos en el año 2000” y apliquen la estrategia “atención primaria de salud” para el logro de las metas.

2.2 CONCEPTOS

La declaración de Alma-Alta señala en su apartado VI que: “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.⁵

⁵ Kroeger Axel “Atención Primaria de Salud” P. 6-7

Y en su apartado VII dice: La atención primaria de salud:⁶

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
3. Comprende, cuándo menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

⁶ O.M.S. "Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos No. 1"

5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud , sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.
6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresas de la comunidad.

2.3 METAS

Las metas que se establecieron fueron seleccionadas, en ciertos casos de las determinadas por la asamblea mundial de la salud, y representaban el nivel mínimo absoluto de consecución que los países debieron esforzarse por alcanzar en el año 2000, las que se presentan resumidas a continuación:^{7- 8}

⁷ O.P.S. "Salud para todos en el año 2000" Estrategias Parte II P. 150-152

⁸ Kroeger Axel "Atención Primaria de Salud" P. 6

**METAS MÍNIMAS PARA LAS AMÉRICAS DEL PROGRAMA "SALUD PARA
TODOS EN EL AÑO 2000"**

INDICADORES	METAS	IMAGEN
Esperanza de vida	Mayor de 70 años	
Mortalidad infantil Mortalidad de niños de 1-4 años	Inferior a 30 por mil N.V. Inferior a 2.4 por mil N.V.	
Servicios de vacunación	A 100% de niños menores de 1 año A 100% de las embarazadas	
Agua potable, y saneamiento básico	Proporcionar agua potable y saneamiento básico al mayor número posible de los habitantes preferentemente 100%	
Cobertura con servicios de salud	Servicios eficaces y eficientes al 100% de los habitantes de cada país.	

Figura No. 1

2.4 COMPONENTES PRIORITARIOS

En la región de las Américas la propuesta fue que esta estrategia debería ser válida y aplicable a toda la población y no limitarse a grupos en extrema pobreza; por lo que el núcleo conceptual y operacional de la Atención Primaria era el de obtener el impacto deseado en la salud de las poblaciones con el máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector.⁹

Se plantearon para ello los siguientes componentes:

- Áreas prioritarias
- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente
- Organización y participación de la comunidad
- Desarrollo de la Articulación intersectorial
- Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas
- Disponibilidad de insumos y equipos críticos
- Formación y utilización de recursos humanos
- Financiamiento del sector
- Cooperación internacional

2.4.1 Áreas prioritarias¹⁰

El listado que se presenta a continuación fue la propuesta para la Región de las Américas y que cada país debería articular e integrar en paquetes programáticos de acuerdo a sus prioridades y peculiares características nacionales, enfatizando las actividades de

⁹ O.P.S. Salud para todos en el año 2000. estrategias Parte II. P. 154-159

¹⁰ Ibid.

promoción y prevención, combinándolas^t en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación, garantizando el acceso a los grupos humanos prioritarios dependiendo de su exposición a los factores de riesgo. Se transcribe del documento oficial en virtud de los objetivos del trabajo.

2.4.1.1 Salud Maternoinfantil. Se centrará en la atención integral de la familia. Implica la atención de la salud de la madre y del niño. El estímulo al desarrollo integral del niño. La consideración de los factores de bienestar social y de las necesidades básicas de la familia. La salud mental y la planificación familiar. Los programas centrados en el fenómeno, cada vez más frecuente, del embarazo de adolescentes, y el trastorno físico y mental que éste supone para la madre y el lactante.

2.4.1.2 Programa de inmunizaciones. El desarrollo de programas sistemáticos y permanentes de inmunización para menores de un año, contra tuberculosis, difteria, tétanos, polio, sarampión y tos ferina, aprovechando la infraestructura existente y articulando estas actividades con las de salud maternoinfantil. Cuando la infraestructura sea insuficiente, se diseñarán programas verticales que a su vez actuarán como núcleo para otras actividades de salud. Se efectuarán evaluaciones periódicas sobre proporción de niños inmunizados y estimaciones sobre el efecto de las inmunizaciones en la morbilidad y mortalidad. Control sistemático de la cadena de frío y de los productos biológicos. Programas de producción y adquisición de vacunas y otros recursos críticos y organización de la logística necesaria para asegurar su accesibilidad y disponibilidad.

2.4.1.3 *Control de enfermedades diarreicas.* Mejoramiento de la nutrición materno-infantil, educación para la salud, promoción de la lactancia materna, saneamiento del medio (disponibilidad de agua, disposición de excretas e higiene de los alimentos), rehidratación oral oportuna, desarrollo de la vigilancia epidemiológica y educación para la salud.

2.4.1.4 *Control de enfermedades respiratorias agudas.* Fortalecimiento de la atención primaria para el tratamiento oportuno de casos, complementada con programas de inmunizaciones, específicamente tos ferina y sarampión, y educación sanitaria.

2.4.1.5 *Control de enfermedades de transmisión sexual.* Desarrollo de estudios epidemiológicos. Reorientación y fortalecimiento de actividades de educación e información al público. Control de casos y contactos. Desarrollo de medios de diagnóstico precoz y de tratamiento.

2.4.1.6 *Salud mental.* Incorporación de las actividades de salud mental en los diferentes estratos del sistema, especialmente en el nivel primario donde se pueden realizar acciones simples de prevención, de atención de emergencias y de referencia de casos. Como se espera que la urbanización, la estructura de producción y de empleo y el aumento de la expectativa de vida, cambiarán la magnitud y la estructura de los problemas psicosociales, será esencial promover acciones intersectoriales. Programas para combatir el creciente fenómeno del suicidio de adolescentes y jóvenes.

2.4.1.7 Salud dental. Prevención de la caries dental mediante fluoruración de los sistemas municipales de abastecimiento de agua, cuando se necesite.

2.4.1.8 Programas de prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y el cáncer. Incorporación de estas actividades en los programas de salud con énfasis en la atención primaria y asegurando para su realización la participación activa de la comunidad, incluyendo los siguientes programas:

Enfermedades cardiovasculares, degenerativas y cáncer: programas para reducir la hipertensión y la prevención secundaria de la fiebre reumática. Actividades de prevención que destaquen los aspectos positivos de los estilos de vida en la reducción y prevención de enfermedades cardiovasculares y cáncer (por ejemplo, dieta, ejercicio), así como también los aspectos negativos que favorecen las enfermedades crónicas (hábito de fumar, obesidad y alcoholismo).

Enfermedades respiratorias crónicas: programas que alerten al público sobre los riesgos del hábito de fumar y de la inhalación de contaminantes del medio ambiente, que en muchos casos provienen de la producción industrial (por ejemplo, polvo de carbón).

Programas a las personas de edad avanzada, con el enfoque de atención primaria, con particular referencia a las necesidades especiales de salud de las mujeres, orientados hacia el reconocimiento precoz, el tratamiento y la rehabilitación de casos de las enfermedades físicas y mentales a que éste grupo está particularmente expuesto.

Programas de prevención de incapacidades físicas, incluyendo ceguera, sordera y otros defectos que merman la capacidad del individuo para funcionar normalmente, y programas de rehabilitación y asistencia a personas impedidas, que tiendan a reducir la necesidad de atenderlas en instituciones.

2.4.1.9 Prevención de accidentes. Estrategias para educar al público en materia de prevención de accidentes, e introducción de reglamentos de seguridad (por ejemplo, legislación sobre uso obligatorio de cinturones de seguridad).

2.4.1.10 Programas de control de enfermedades ocupacionales. Revisión de los enfoques y métodos actuales en medicina ocupacional e higiene del trabajo en función de las características esperables de la mecanización y tecnificación del agro y de la tecnología industrial. Prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades ocupacionales y de accidentes. Desarrollo de investigaciones sobre costos económicos y sociales de los problemas ocupacionales, incluyendo el diseño de mecanismos para el funcionamiento de estos estudios. Organización y operación de instituciones que desarrollen programas de salud ocupacional e higiene industrial.

Actividades intersectoriales para hacer de la protección de la salud y el medio ambiente elementos integrales de las principales actividades de desarrollo industrial, por ejemplo, en los grandes proyectos hidroeléctricos o de industrias pesadas. Inclusión de estrategias que reconozcan los problemas de salud ocupacional y seguridad de la mujer como miembro de la fuerza de trabajo.

2.4.1.11 *Programa de erradicación de la malaria.* Intensificar el programa de erradicación incluyendo su reprogramación de acuerdo a las condiciones y características nacionales. Desarrollo de métodos y enfoques para solucionar problemas técnicos y administrativos. Incremento de la participación comunitaria. Programación de actividades sinérgicas entre países.

2.4.1.12 *Programas de control de otras enfermedades parasitarias.* Prioridad para enfermedad de Chagas, leishmaniasis, esquistosomiasis y filariasis. Mejoramiento de las técnicas y recursos de diagnóstico de laboratorio y de sistemas de vigilancia epidemiológica. Perfeccionamiento de técnicas de tratamiento y de control de vectores. Desarrollo de acciones sobre el medio y la vivienda.

2.4.1.13. *Programas de alimentación y nutrición.* Se centrará el enfoque intersectorial del problema en el contexto del desarrollo socioeconómico integrando los aspectos de alimentación y nutrición, reforzando la participación del sector salud en el aumento de la disponibilidad, aceptabilidad y buena utilización de los alimentos. Incluirá actividades específicas de prevención y corrección de la malnutrición con la cobertura necesaria para producir impacto, incorporando programas de alimentación suplementaria para grupos vulnerables. Incluir estrategias que establezcan metas mínimas aceptables sobre ingesta calórica total y proteica. La cooperación externa deberá orientarse principalmente hacia el estímulo de la producción local de alimentos.

2.4.1.14. *Salud ambiental*. El decenio del agua Potable del Saneamiento se centra en el enfoque intersectorial para la solución de los problemas y comprende las siguientes estrategias:

- Establecer metas nacionales realistas y formular y ejecutar planes de acción que cubra a toda la población, e incluir tales planes y metas en los programas prioritarios para el progreso nacional.
- Dar prioridad a programas orientados a los grupos de bajos ingresos de las áreas rurales y de las urbanas marginadas, superando así las desigualdades entre los diferentes sectores de la población.
- Dar prioridad a la participación activa de la comunidad en el proceso de decisión para la ejecución, operación y mantenimiento de sistemas de agua y saneamiento.
- Adoptar tecnologías apropiadas compatibles con las condiciones sociales, culturales y económicas de cada país, y fomentar la manufactura local de abastecimiento y equipos.
- Fortalecer las instituciones y emprender programas para el adiestramiento y la educación continua del personal de salud en todos los niveles, y explorar nuevas fuentes de financiamiento para la operación y mantenimiento de los sistemas.

Identificación de los *problemas de contaminación* causados por las tecnologías de producción y agentes físicos y químicos. Promoción de su solución con base en el mejoramiento de las técnicas de monitoría, legislación y adiestramiento de personal.

Desarrollo de la organización, operación y funcionamiento de los sistemas de disposición de *desechos sólidos*.

Mejoramiento de la *higiene de los alimentos* mediante la participación del sector salud en los problemas sanitarios de producción, preparación, almacenamiento, distribución y manipulación de alimentos.

Asegurar el *control sanitario de la vivienda* a través de la participación del sector salud en la definición de normas de construcción y vigilancia, educación de la comunidad y mantenimiento sanitario de la vivienda.

Participación del sector salud en la protección de *cuencas hídricas* y en el análisis del impacto en la *ecología humana* de los proyectos de desarrollo.

2.4.1.15 *Salud Pública Veterinaria*. Reducción de la prevalencia de las zoonosis en las Américas a través del fortalecimiento de los programas comunitarios y nacionales de erradicación de las zoonosis más importantes. Mejoramiento de las facilidades de diagnóstico y de las actividades de vigilancia epidemiológica. Adiestramiento del personal técnico y profesional necesario para la aplicación de estas estrategias. Fortalecimiento de la colaboración institucional entre los Ministerios de Salud y Agricultura. Integración de la protección de alimentos de origen animal en los programas de protección integral de los alimentos.

2.5 LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MÉXICO

México junto con 19 países más de América Latina y el caribe adoptó la meta de salud para todos en el año 2000 expresándola en términos de grupos humanos prioritarios,

estructura y nivel de salud y perfiles de bienestar;¹¹ pero fué hasta la década de los noventa en que se inician acciones más específicas con programas como PRONASOL y más recientemente con el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000¹².

Para el año de 1978, los principales prestadores de servicios para la salud eran: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del estado (ISSSTE), EL Instituto para las fuerzas armadas (ISSFAM), PEMEX y la Secretaria de salubridad y asistencia; quienes concentraban sus acciones principalmente en áreas urbanas y destinaban la mayor parte del presupuesto a la atención curativa, el área rural se atiende a través de centros de salud y de IMSS COPLAMAR, también enfocados a acciones curativas; la prevención se hacía a través de programas verticales orientados a las principales causas de mortalidad y morbilidad (paludismo, oncoserculosis viruela, entre otros) y vacunación.¹³

Aún con este panorama se tuvieron innegables logros.¹⁴

Para 1985 aproximadamente el 50.8% de la población Nacional tenía acceso a algún servicio de salud.

- ❖ Las tasas de mortalidad descendían de 25 x 1000 habitantes en los años veinte a 6 x 1000 a principios de los ochenta.
- ❖ Aumentó la esperanza de vida de 36.8 de los años 30 a 65.27 años en 1980.
- ❖ Disminuyó la tasa de mortalidad infantil de 123.8 en 1940 a 23.5 x1000 NV en 1986.
- ❖ Disminuyó el número de muertes evitables que constituían el 42.6% en 1974 a 27.8% en 1982.
- ❖ Mejoran las condiciones sanitarias del país en forma general.

¹¹ O.P.S. Salud para todos en el año 200. Anexo 1, P. 175

¹² Orozco L. F. Gobernantes de México. P. 479

¹³ Mesa Lago C. Atención de Salud para los pobres. México. P. 113

¹⁴ Espadas A. U. Estructura Socioeconómica de México. P. 85

Sin embargo el reto aún era muy grande la rápida urbanización (1970-1984) aumentó los cinturones de miseria en las grandes ciudades, y según la CEPALC, en 1984 había 13.4 millones de pobres en las zonas rurales, de los cuales 6.4 millones eran indigentes (CEPALC,1990).¹⁵

“De acuerdo con un estudio realizado en 1981, la población rural marginada está muy dispersa y aislada, y vive en los estados menos desarrollados; 77% de esta población vive en lugares principalmente áridos o semiáridos a una altitud superior a los 1000 metros. Prácticamente toda la población rural marginada trabaja en la agricultura, emplea herramientas rudimentarias con un nivel muy bajo de productividad y es afectada por desempleo estacional y subempleo. Un 38%, aproximadamente, de esa población es analfabeta, 38% consume una dieta de maíz y frijoles y tienen un alto grado de desnutrición; 90% vive en viviendas que carecen de toda clase de sistemas de evacuación de excretas, 67% en viviendas que no tiene agua por tuberías y 50% en hogares carentes de electricidad; 32% de las familias viven en una sola habitación que alberga un promedio de seis personas. Las causas principales de defunción en la población rural marginada son las enfermedades típicas del subdesarrollo, tales como las enfermedades contagiosas, intestinales, respiratorias y perinatales. Cerca de la mitad de las defunciones corresponden a niños menores de un año de edad”¹⁶. De acuerdo con el Banco Mundial (1990), la mortalidad infantil en todas las zonas rurales (no solo las pobres) fue de 79%, casi tres veces la tasa experimentada en las zonas urbanas. Cerca del 67% de la población rural marginal no está comprendida en la economía comercial y, del 37% que percibe algún ingreso, la mitad son trabajadores temporeros que reciben menos del salario mínimo nacional. Unas 56 comunidades indígenas (5.2 millones de

¹⁵ Mesa Lago C. Atención de Salud para los Pobres de México. P. 111

¹⁶ Ibid. Pag. 112

personas o 7.7% de la población total) viven en las zonas rurales marginales (IMSS, 1983; IMSS Y COPLAMAR, 1988 a).

Debido a su dispersión, aislamiento, residencia a gran altitud y falta de comunicación, la población rural marginada es muy inaccesible.

El proporcionar servicios sociales a este grupo es difícil y muy costoso en vista de problemas tales como los de transporte, construcción y suministro de instalaciones, y de capacitación e incentivos para el personal médico.”¹⁷

En 1974 el presupuesto para el sector salud fue uno de los más altos de la historia representando el 12.36% del total del presupuesto federal (gráfica N° 1)¹⁸ que fue disminuyendo por la crisis económica en que se ve inmerso el país durante el gobierno de José López Portillo en que se tiene un endeudamiento sin precedente y sucesivas devaluaciones llegando a constituir únicamente el 4.12% en 1987 en el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, quien con su política de austeridad hacia esfuerzos para superar la crisis iniciándose en este régimen la descentralización de los servicios y Oaxaca es uno de los primeros estados en ser incluido en la descentralización de los servicios de salud. En el régimen de Carlos Salinas de Gortari la situación del país sigue siendo sumamente difícil por la crisis económica y la deuda externa, pero pone en marcha el Programa Nacional de Solidaridad a través del cual se llevaron a cabo obras de beneficio social, como pavimentación, drenaje, electrificación, construcción de clínicas médicas, etc. tanto en las ciudades como en el campo, con la participación conjunta del gobierno y la población, iniciando un cambio favorable para la salud.¹⁹

¹⁷ Mesa Lago C. Op. Cit. Pág. 113

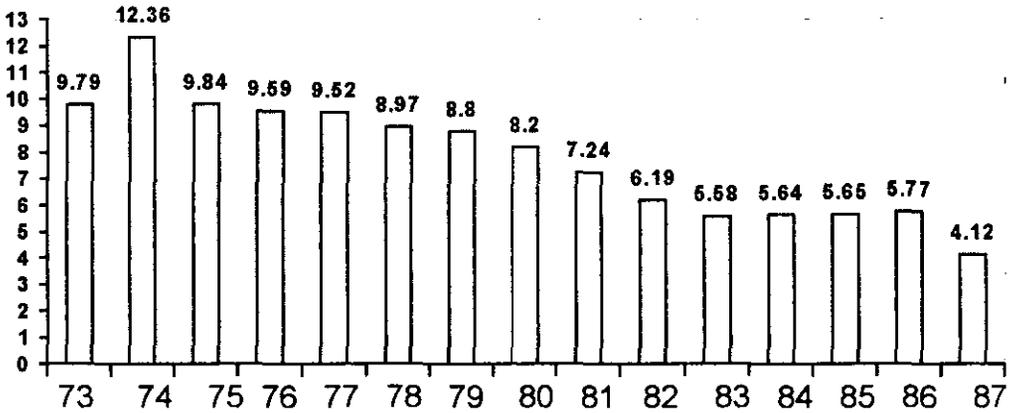
¹⁸ Espadas A.U. Op. Cit. Pág. 83

¹⁹ Orozco L.F. Op. Cit. Págs. 472, 473, 479

GRÁFICA No. 1

PRESUPUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO FEDERAL 1973 - 1987

Porcentajes



Fuente: Espadas Ancona Uuc Kib
Estructura socioeconómica de México
Compañía Editorial Nueva Imágen
1997. Pag. 84

El 26 de abril de 1994, el Comité Consultivo Nacional de normalización de servicios de Salud aprueban por unanimidad el proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-012-SA2-1994 "Para la prestación de servicios de atención primaria de salud " cuyo objetivo es establecer los criterios y las actividades de operación del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de la prestación de servicios de salud a los individuos, la familia y la comunidad, con base en la estrategia de atención primaria a la salud; la cual es de observancia obligatoria para todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país.²⁰(anexo)

Para la aplicación de esta norma es necesario consultar seis normas más; de las cuales se derivan los programas que actualmente tiene en aplicación la secretaria de salud.

En este momento el programa de Reforma del Sector Salud de nuestro país 1995-2000 contempla acciones de atención primaria a la población a través de la aplicación de un paquete básico de salud el cual tiene estrategias bien definidas que bien aplicado cambiaria sin duda varias de las deficiencias que actualmente se tienen.²¹

2.6 ENFERMERÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para poder definir la participación que la enfermería debe tener dentro de la atención primaria a la salud es necesario que tratemos de cambiar el esquema mental que tenemos de la enfermera uniformada al lado del médico que con abnegación cumple las órdenes médicas en su jornada de 8 horas o en su caso aplica las acciones que el programa a que

²⁰ Diario Oficial Secretaría de Salud. "Proyecto de Norma Oficial Mexicana", Págs. 59 y ss.

²¹ Poder ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000"

esté asignada le especifican haciéndola decir constantemente que su labor es ardua y mal remunerada, que le faltan incentivos y que “sus autoridades ” no les hacen “caso”.²²

Dice Antón Nardiz, a la enfermería no le va a ser fácil encontrar su lugar en los programas de salud de atención primaria si no es capaz: de analizar su experiencia profesional y redefinirla, dejar de considerar que “cuidar” es sinónimo de “curar”, de comprender la importancia de la profesión ya que no se puede concebir una etapa de la vida del hombre sin la presencia de la enfermera; cambiar vocablos como “vocación”, “sumisión”, “obediencia”, por las de “profesionalidad”, “servicio”, “responsabilidad”. Por lo tanto su misión debería ser: el cuidado holístico de la salud del ser humano en todas sus etapas de desarrollo en su estado sano o enfermo ya sea como individuo, familia, colectivo o comunidad respondiendo siempre a las necesidades observadas y sentidas, con acciones independientes o interactuando con el equipo de salud y su visión que esos cuidados sean de excelencia, basados en una gama de conocimientos científicos en constante actualización, que respondan a las premisas de la atención primaria.^{23 24}

La sociedad necesita en este momento de un profesional activo de una enfermera que sea capaz de asumir su nuevo rol²⁵ y que haga válido el derecho a la salud que como ser humano tenemos, debe entonces dejar de ser la enfermera que espera pasivamente a que le soliciten el servicio y acercarse al domicilio, a la escuela, al lugar de trabajo, realizando diferentes funciones y actividades como: vigilancia del embarazo y del puerperio, atender el parto, cuidar el crecimiento y desarrollo del niño, realizar programas escolares, proteger la salud del adulto, detectando riesgos en el trabajo.

²² Antón Nardiz Ma. Victoria “Enfermería y Atención Primaria de Salud” Págs. 20-21

²³ Ibid. P. 22 y ss

²⁴ Hernán San Martín “Tratado General de la Salud” Págs. 878

²⁵ O.M.S. Salud Mundial (Revista) “Las Nuevas Enfermeras” Pág. 3

educar a la familia en alimentación familiar, higiene personal, y del ambiente proteger y conservar la salud, promoviendo el auto cuidado, no debe olvidarse también del adolescente de los embarazos no deseados del SIDA, de la drogadicción del alcoholismo, de la higiene mental, del anciano como anciano no como enfermo, de enseñar al enfermo crónico a convivir saludablemente con su enfermedad, y de ayudar a morir en su casa a quien no desea- hacerlo lleno de tubos en el hospital de diagnóstico y curar problemas de su competencia, de canalizar a otros niveles los casos que sean necesarios en suma ayudar al ser humano a nacer a vivir y a morir dignamente.²⁶

La base de las actividades, está en el conocimiento que tengamos del área en que estemos asignados o en su caso el lugar que hayamos elegido para ejercer la profesión por lo tanto es imprescindible el diagnóstico de salud de la comunidad, realizar el croquis de la localidad identificando todas las casas señalando con distintos colores la existencia de familias con diferentes grados de riesgo o problemas de salud detectados a través de la aplicación de encuestas familiares solo así el trabajo de enfermería sería más eficaz cuando considere a la familia como una unidad y vigile la salud de todo el grupo familiar.²⁷ Resulta paradójico mantener estructuras sanitarias impuestas y sin relación con lo que ocurre en el seno comunitario; la atención a la salud debe ser acorde con las necesidades de la comunidad, responsabilizándonos de su solución el equipo de salud y la sociedad misma.²⁸

²⁶ Antón N. M. V. Op. Cit. Pág. 13-17

²⁷ Hernán San Martín. Op. Cit. Págs. 880-881

²⁸ O.M.S. Salud Mundial. P. 9



PARQUE CENTRAL DE LA POBLACIÓN

2.7. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIAR

Zaachila es una comunidad zapoteca de características semiurbanas, es cabecera municipal del distrito del mismo nombre, ubicado en la región de valles centrales del estado de Oaxaca, (Figuras 2 y 3), fué fundada en el año de 1389 y a pesar de sus 611 años de existencia no ha podido superar problemas ancestrales de salud, resultado de su lento desarrollo socio cultural. En su devenir histórico Zaachila ha pasado por diferentes etapas, y de ser capital del pueblo zapoteca, morada de príncipes y reyes en sus inicios, pasa a ser un pueblo explotado al servicio de los colonizadores y señores grandes que los sumergen a condiciones ínfimas de vida y de la cual no hace más de 50 años que se está recuperando.²⁹

2.7.1. Datos Geográficos.³⁰

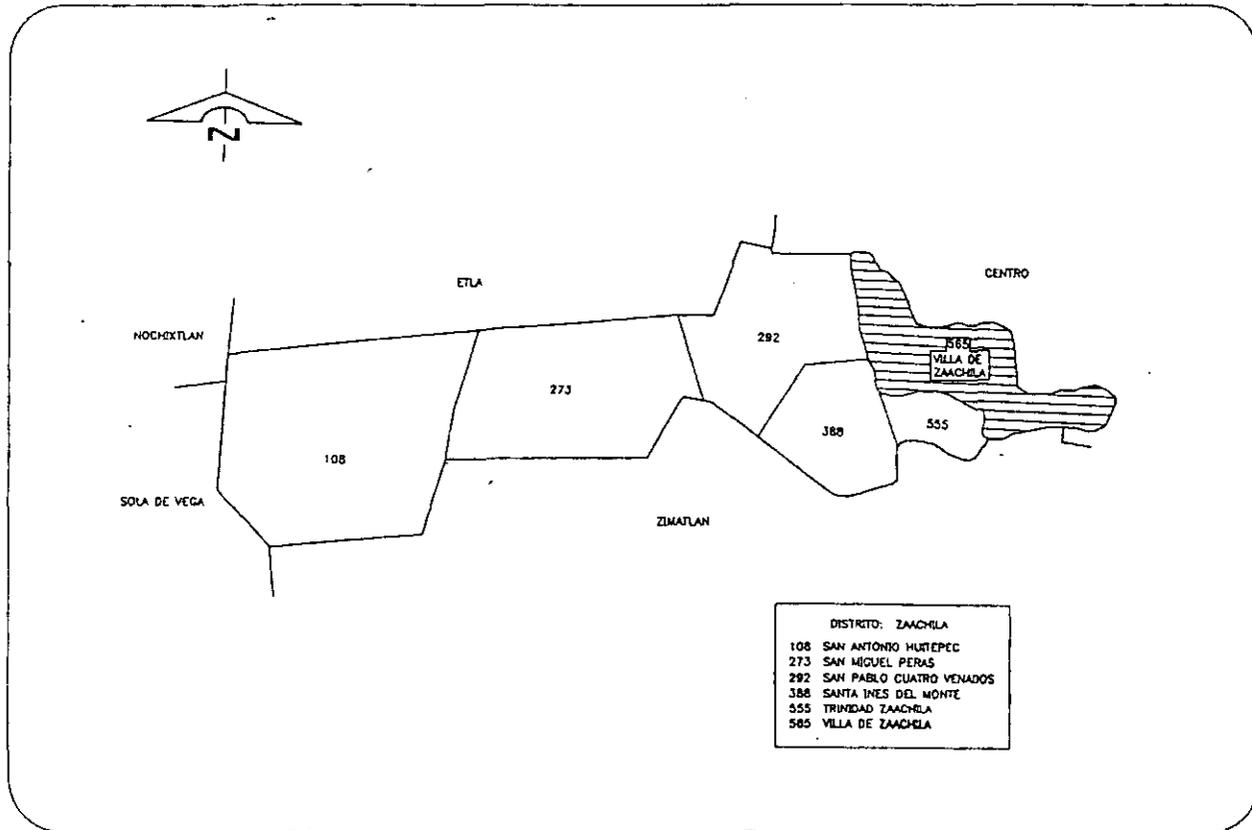
Se encuentra situada en una superficie de 54.86 Kms² que representa el 0.1% de la superficie del estado; a una altitud \bar{x} sobre el nivel del mar de 1510 metros su latitud norte es 16°56'57" y su longitud oeste es de 96°45'00". El clima es generalmente semicálido, subhúmedo, lluvias en verano en el 25.29% de la superficie y semiseco semicálido en el 74.71%.

La temperatura media anual es de 20° C fluctuando entre 16° y 23° C generalmente; rara vez se extremen estas cifras; La precipitación pluvial promedio es de 703.4 milímetros.

²⁹ UNAM. Los Zapotecos. Monografía histórica, etnográfica y económica. México 1949. Págs. 57-64

³⁰ INEGI. Cuaderno Estadístico Municipal, Villa de Zaachila. Págs. 3-15

Figura No. 3
Localización de la Villa de Zaachila



FUENTE: Gobierno del Estado de Oaxaca (COPLADE). 1: 1 000 000. Inédito.



ENTRADA A LA POBLACIÓN "CALZADA VICENTE
GUERRERO"

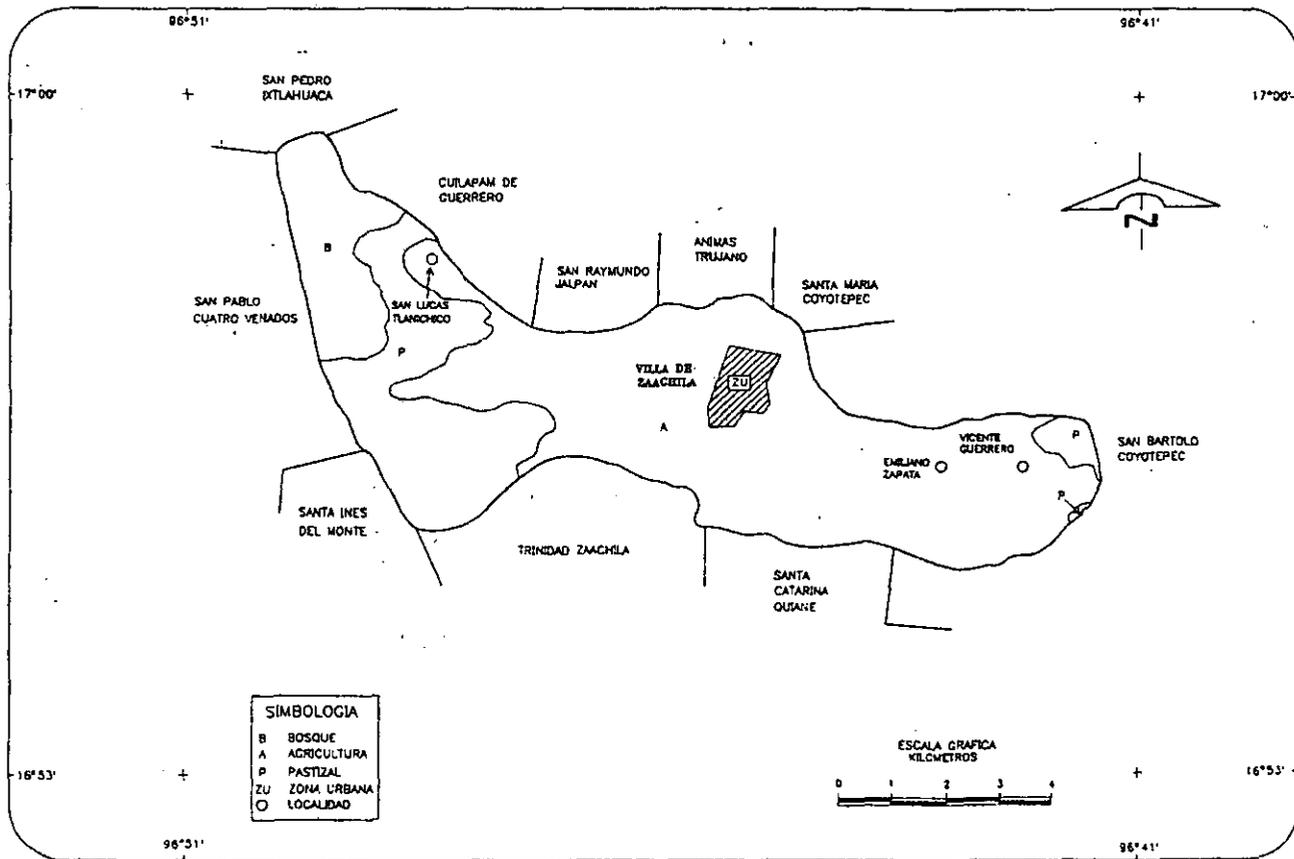
La Villa de Zaachila es considerada zona agrícola rodeada de montañas y bosques, el 62.95% de la superficie municipal está destinada a la agricultura del cual se obtiene maíz, frijol, cacahuate, higuierilla y nueces como principales cultivos. El 23.03% son pastizales que sirven de forraje, el 11.42 % son bosques de encinos madroños y pingüica (Figura No. 4) el 2.60 % está considerado entre otros usos.

2.7.2. Datos Demográficos³¹

Según los resultados preliminares del censo general de poblaciones y vivienda 2000; Zaachila tiene 19232 habitantes de los cuales el 46.46% (8935) son hombres y el 53.54 % (10297) son mujeres. De la distribución de grupos etáreos de este censo aún no se tienen resultados exactos, por lo que se tomaron los proporcionados por el Departamento de Estadística y Evaluación de la Dirección de Planeación y Desarrollo de la Secretaría del Estado, (cuadro No. 1) del cual resaltaremos que sigue siendo el grupo infantil la base de la pirámide (Gráfica No. 2) que junto con el grupo materno conforman el 59.21 % del total de la población; así también existe un número importante de personas mayores de 60 años representando el 10% de la población.

³¹ INEGI. XII. Censo de Población y vivienda 2000. "Resultados Preliminares"

Figura No. 4
Agricultura y vegetación



CUADRO No. 1**Distribución de la población por grupos etáreos
Villa de Zaachila-Oaxaca
CONAPO
2000**

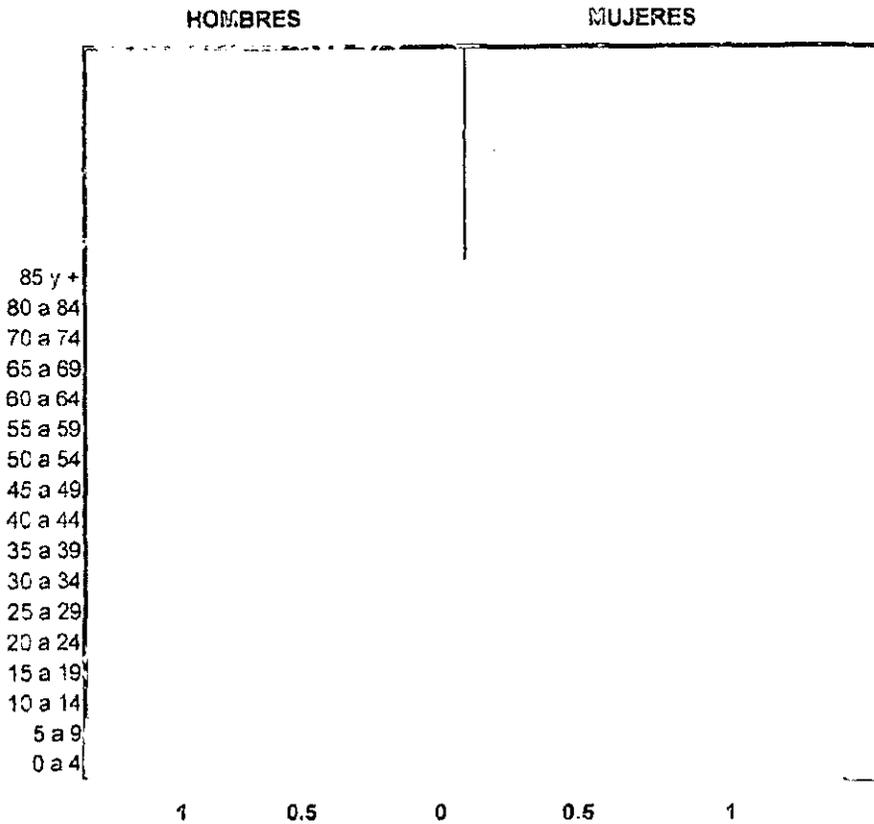
GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN MASCULINA	POBLACIÓN FEMENINA	POBLACIÓN TOTAL
Menores de 5 años	1,037	1,016	2,053
5 a 14	2,156	2,094	4,250
15 a 24	1,847	1,827	3,674
25 a 34	1,272	1,311	2,583
35 a 44	912	952	1,864
45 a 54	5,611	654	1,265
55 a 64	436	474	910
65 a 74	276	314	590
75 a 84	116	149	235
85 y +	44	52	79
TOTAL	8,707	8,843	17,550

Fuente: Departamento de estadística y evaluación de la Secretaría de Salud.

GRÁFICA No. 2

Pirámide de población, Villa de Zaachila, Oaxaca.

Año 2000



Fuente: Cuadro de población por grupos de edad
Depto. De estadísticas y evaluación
Dirección de Planeación y desarrollo S. S.

2.7.3. Vivienda y servicios básicos

De acuerdo al último censo existen 4,211 viviendas particulares que dan un promedio de ocupación de 4.56 ocupantes por vivienda, siendo la densidad de población de 37 habitantes por Km² ³²

En el cuaderno estadístico municipal editado en 1996 encontramos que del total de viviendas para esa fecha el 58.9% tenía pisos de cemento o firme, el 59.1% paredes de tabique, ladrillo, block o piedra y el techo, se distribuye en 36.1% con losa de cemento, tabique o ladrillo el 19.3% con lámina de cartón el resto con palma, tejamanil, madera y otros materiales Gráfica No. 3 ³³

Respecto a los servicios básicos el 83.9% disponía de agua entubada intradomiciliaria, el 93.8% contaba con energía eléctrica pero solo el 49% tenía instalado un sistema de drenaje ³⁴

Actualmente se tiene red telefónica, pública y privada, alumbrado público, carros recolectores de basura y en el momento del estudio se encuentran pavimentadas el 60% de calles, éste último dato proporcionado por la oficina de obras públicas de la población.

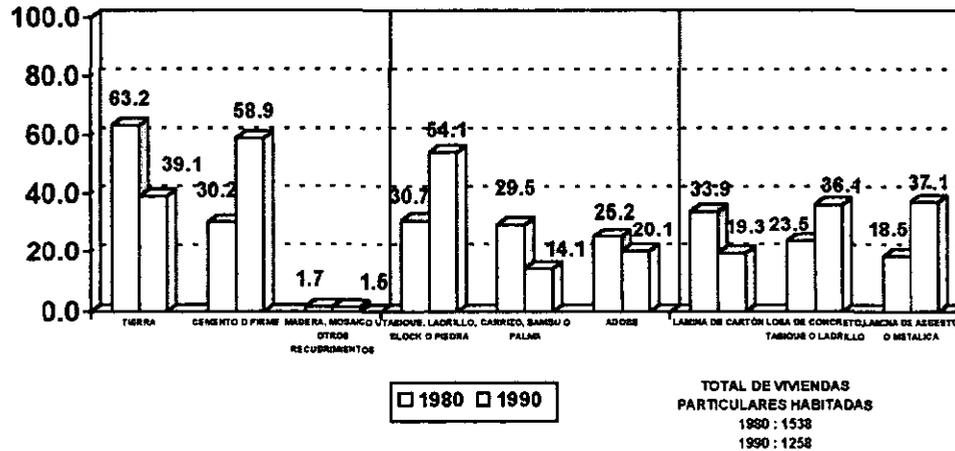
³² INEGI: XII. Censo General de Población y Vivienda 2000. "Resultados Preliminares"

³³ INEGI. Cuaderno Estadístico Op. Cit. Pág. 33

³⁴ Ibid. P. 34

GRÁFICA No. 3

**VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS POR MATERIAL
 PREDOMINANTE EN PISOS, PAREDES Y TECHOS
 1980 - 1990 (En por ciento)**



Fuente: INEGI. Oaxaca, Resultados Definitivos. X y XI Censos Generales de Población y Vivienda, 1980 y 1990

2.7.4. Educación y cultura

Para la educación, Zaachila cuenta con seis escuelas preescolares, seis escuelas primarias de turno matutino y una en vespertino, una escuela secundaria, un centro psicopedagógico, además de las que existen en la capital y pueblos circunvecinos lo que permite alcanzar en éste momento el nivel escolar obligatorio, que se ve limitado para la educación media superior y profesional por tener que trasladarse a la capital del estado o a otras ciudades implicando esto un gasto muy importante para la familia; sin embargo algunos padres sacrifican comodidades de toda índole para proporcionarle a sus hijos estudios que le permitan “progresar” y tener oportunidades de las que ellos carecieron lo que ha permitido un avance en el índice de escolaridad que se podrá observar en un futuro censo de población, y que podemos constatar en la gráfica No. 4 en la que se presenta a la población de 15 años y más alfabeta y analfabeta de 1950 a 1995.³⁵

En la gráfica No. 5 se presenta a la población de 15 años y más según el nivel de instrucción en la que podemos observar que el porcentaje de habitantes sin instrucción (15.4%) era mayor que el promedio nacional (12.4%), pero menor del promedio estatal (26.0%)³⁶

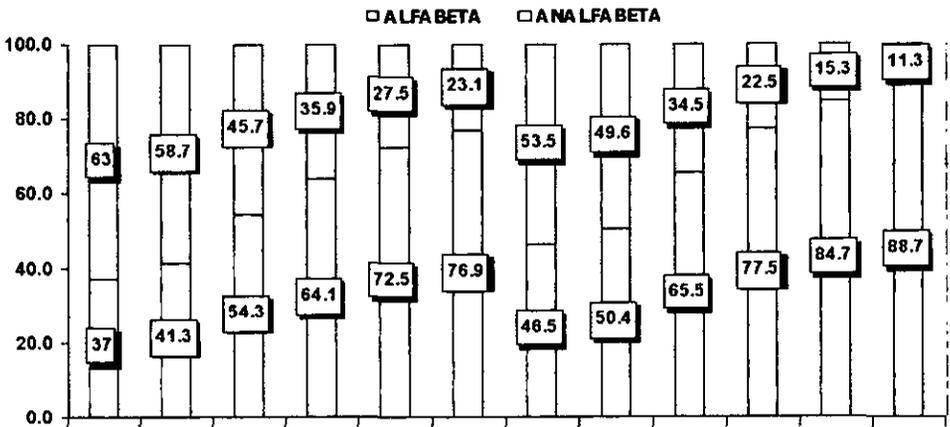
En el aspecto cultural los habitantes de la población conservan tradiciones centenarias, es un pueblo religioso, predomina la religión católica, aunque existe una iglesia evangelista que hace esfuerzos por aumentar su número de feligreses no lo ha logrado. Está dividida en barrios y cada barrio tiene a su patrono motivo de grandes festejos, que compiten por ser las mejores. Se festeja el año nuevo, el día de reyes, la semana santa, el

³⁵ Ibid., Pág. 48

³⁶ Ibid., Pág. 48

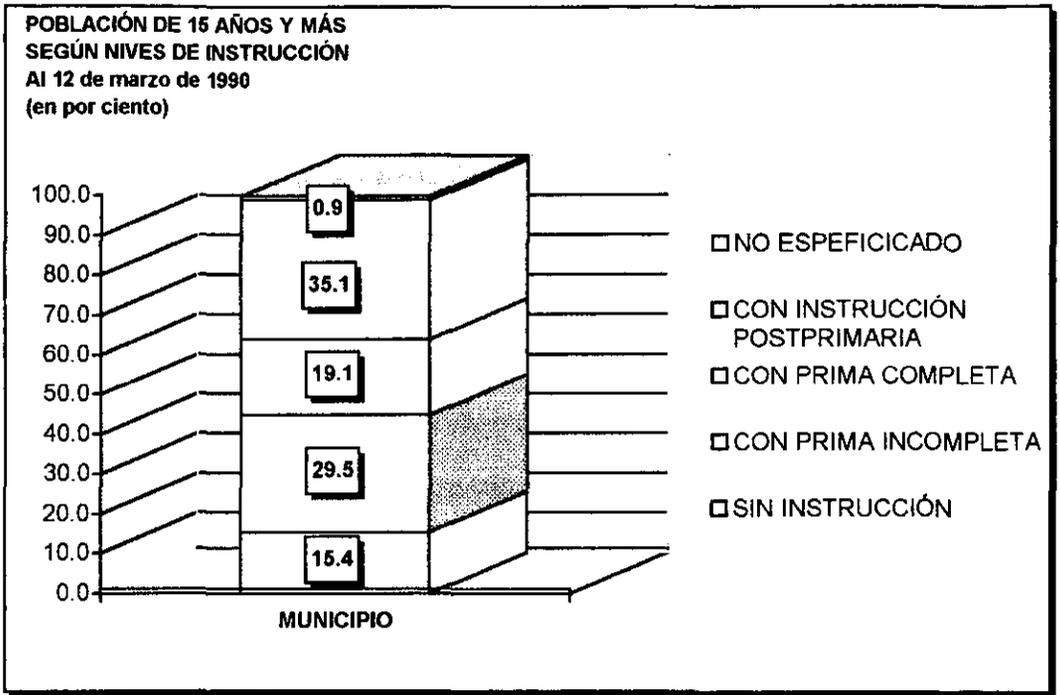
GRÁFICA No. 4

**POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS ALFABETA Y ANALFABETA
1950-1995**
(En por ciento)



FUENTE: Para 1950-1990: INEGI. Oaxaca, Resultados definitivos. VII, VIII, X y XI Censos de Población y Vivienda, 1950, 1960, 1970, 1980 y 1990.

GRÁFICA No. 5



FUENTE: INEGI. Oaxaca, Resultados Definitivos. XI Censo de Población y Vivienda 1990.



VÍA CRISIS DEL VIERNES SANTO 1990.

lunes del cerro, las fiestas patrias, la fiesta patronal del pueblo, a la virgen de Juquila, a la de Guadalupe; para cada una de estas fiestas se nombran comités exprofesos, que se encargan de su organización.

Las fiestas familiares son continuas: bodas, 15 años, bautizos, entre otras, que son celebradas las más con fastuosidad, en las que siempre se ayuda con una “Guelaguetza” (préstamo en especie para realizar la fiesta, que se recupera de la misma forma en una fiesta futura).

Las creencias y leyendas existentes son: el mal de ojo, la chupada de bruja, el perro negro, la matlazigua, la llorona, el susto, la tristeza, las brujerías, para las que se buscan remedios como las limpias, la cura a través del espíritu, y el ofrecimiento ante las diferentes imágenes religiosas.

2.7.5. Economía y empleo

La comunidad carece de fuentes de empleo, no existen industrias; la población económicamente activa representaba para 1990 el 25.51% (incluyendo a los mayores de 12 años) de la población total dedicada a actividades agropecuarias o temporales, viendo limitados sus ingresos al salario mínimo y falta de seguridad social ³⁷. Cuadro No. 2 y gráficas No. 6 y 7.

Es importante señalar que de la población económicamente activa ocupada, solo el 34,34% cuenta con un salario fijo, el resto depende de diversos sub.-empleos, oficios, comercio informal y muchos jóvenes prefieren la aventura del bracerismo.

Dentro de los principales oficios tenemos las carnicerías y tocinerías que producen carne de muy buena calidad pero sin embargo crean un problema serio de insalubridad al realizar la matanza en sus hogares por carecer de un rastro municipal (Gráfica No. 8).

2.7.6. Alimentación

La alimentación del Zaachilense, es en mayor proporción de tipo calórico, únicamente para satisfacer el “hambre” ya que los que pueden adquirir los productos necesarios para una buena nutrición, algunas veces desconocen la forma de realizarlo o no les gusta y el resto aunque supiera como hacerlo no tiene forma de adquirirlo, podemos afirmar que se impone la tradición en la alimentación (chocolate, pan tortillas, frijoles, como básicos) complementado con carnes rojas principalmente.

³⁷ Ibid. Págs. 66-68



**EL COMERCIO INFORMAL. UNA DE LAS
PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA POBLACIÓN**

Cuadro No. 2

Asegurados y Pensionados Registrados en el IMSS 1995.

Villa de Zaachila, Oax.

MES	No.
ENERO	186
FEBRERO	184
MARZO	163
ABRIL	164
MAYO	160
JUNIO	146
JULIO	148
AGOSTO	149
SEPTIEMBRE	108
OCTUBRE	126
NOVIEMBRE	203
DICIEMBRE	240

Promedio mensual

Nota: El registro de Asegurados y Pensionados lo determina el IMSS con base en el procesamiento electrónico de los avisos de filiación, en el cual consiste en sumar las altas y los reingresos y restar las hojas a los saldos mensuales del archivo denominado Catálogo de Asegurados, Patrones y Municipios (A.P.M.)

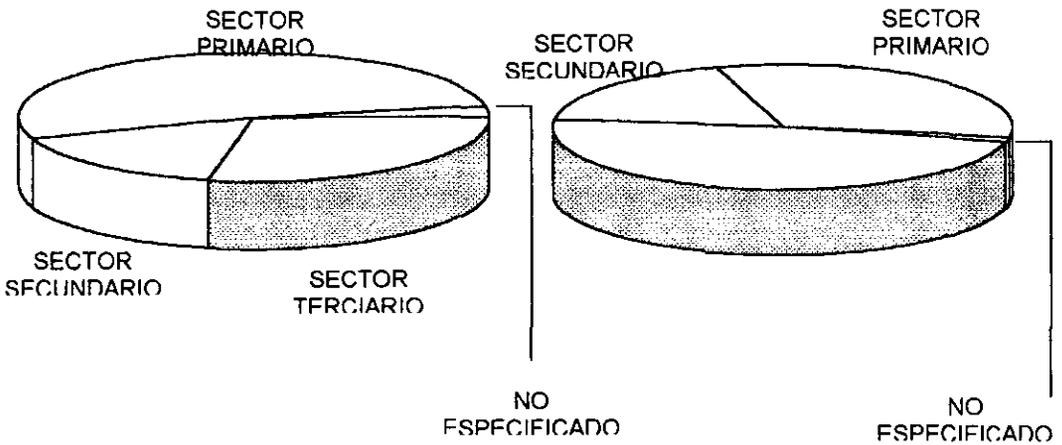
Fuente: IMSS, Delegación de Prestaciones Médicas; Coordinación y Planeación e Información Médica.

GRÁFICA No. 6

POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD

Al 12 de marzo de 1990

(en por ciento)



a/ Comprende: Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Caza y Pesca.

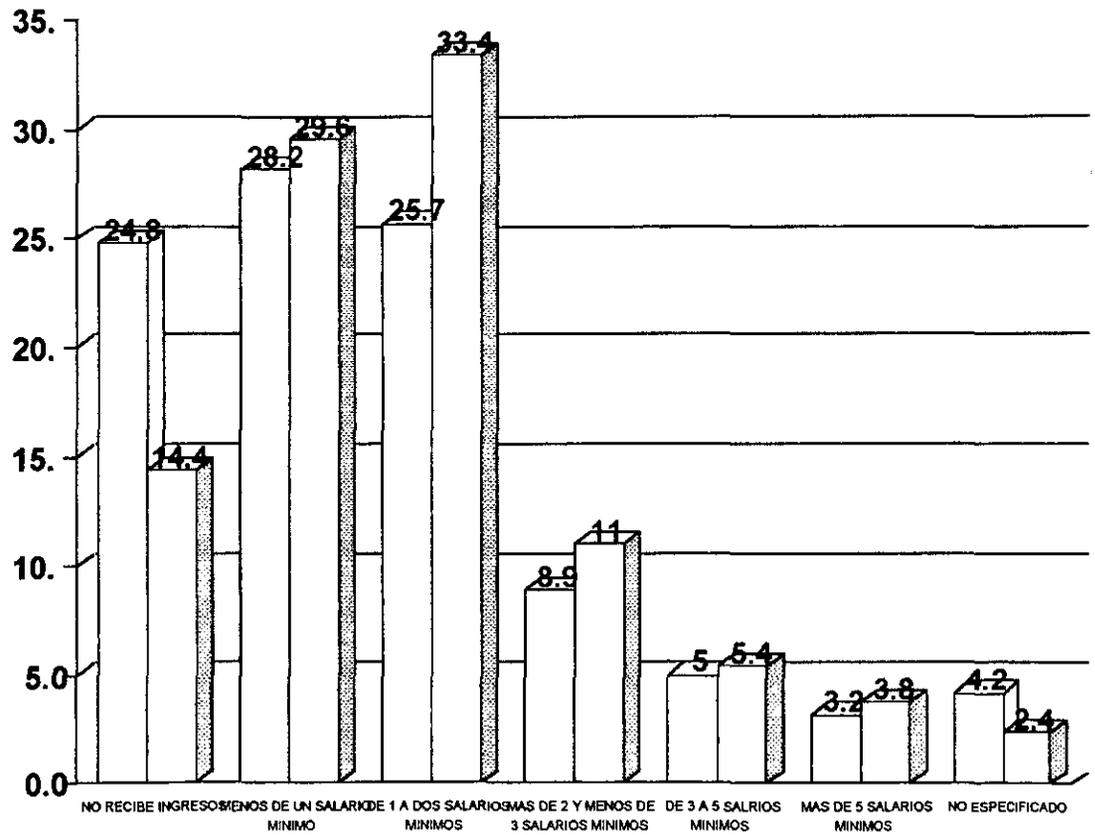
b/ Comprende: Minería, extracción de petróleo y Gas, Industria Manufacturera, Generación de energía Ecléctica y Construcción.

c/ Comprende: Comercio y servicios.

FUENTE: INEGI. Oaxaca, Resultados Definitivos. X y XI Censos Generales de Población y Vivienda, 1980 y 1990.

GRÁFICA No. 7

Población ocupada según ingreso
12 de marzo de 1990
(en por ciento)



FUENTE: INEGI. Oaxaca. Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda. 1990

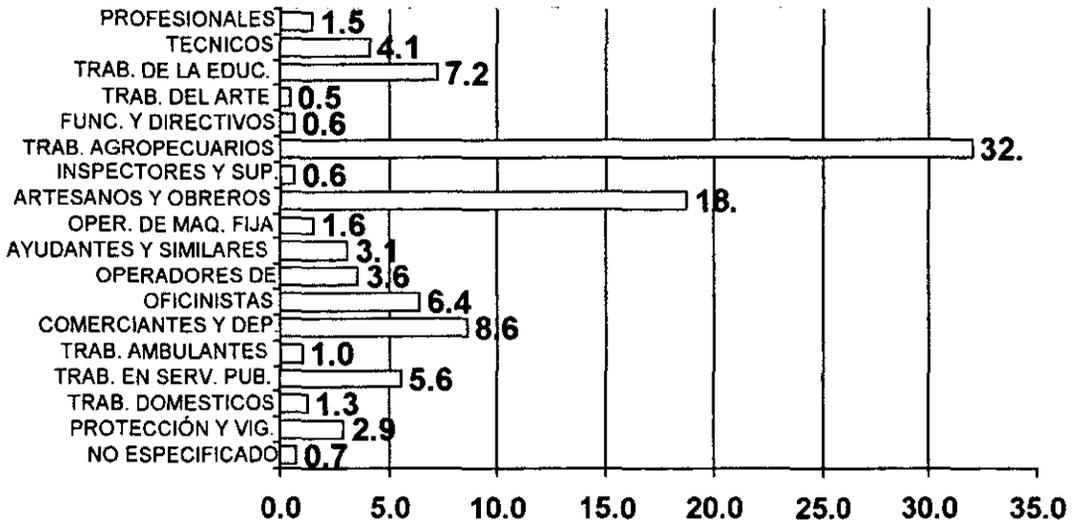
GRÁFICA No. 8

POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN OCUPACIÓN

PRINCIPAL

Al 12 de marzo de 1990

(En por ciento)



Fuente: INEGI. Oaxaca, Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda 1990.

2.7.7. Vías y medio de comunicación.

Zaachila se encuentra a sólo 18 kilómetros de distancia de la capital del Estado, está unida a ella a través de una carretera en medianas condiciones de conservación transitable todo el año, gracias a esta el flujo de vehículos es constante. El transporte es barato y continuo, por lo que un buen número de personas estudian, trabajan compran o atienden sus problemas de salud en la ciudad de Oaxaca estando comunicada con todos los pueblos circunvecinos sin problemas.³⁸ (Figura No. 5)

2.7.8. Daños a la salud.

La morbilidad y la mortalidad de los habitantes están en relación con el panorama estatal y del país cuadros No. (3 y 4) se observan causas de la dualidad subdesarrollo / desarrollo posiblemente en compatibilidad con la economía dispareja que impera en la población.

2.7.9. Recursos para la salud.

Existe en la población un centro de salud de tres núcleos, cuenta con 3 médicos de base y 2 en servicio social, 6 enfermeras y 2 odontólogos, proporcionando un servicio de 8 a 20 horas, aplicando los programas de salud diseñados para este tipo de unidad.

³⁸ Ibid Pág. 111

En el ámbito privado existen 11 médicos generales, 1 médico especialista en cirugía general, 6 dentistas generales, 1 ortodoncista y 1 enfermera laborando directamente en la comunidad, además de 10 farmacias, 2 laboratorios clínicos y dos clínicas privadas.

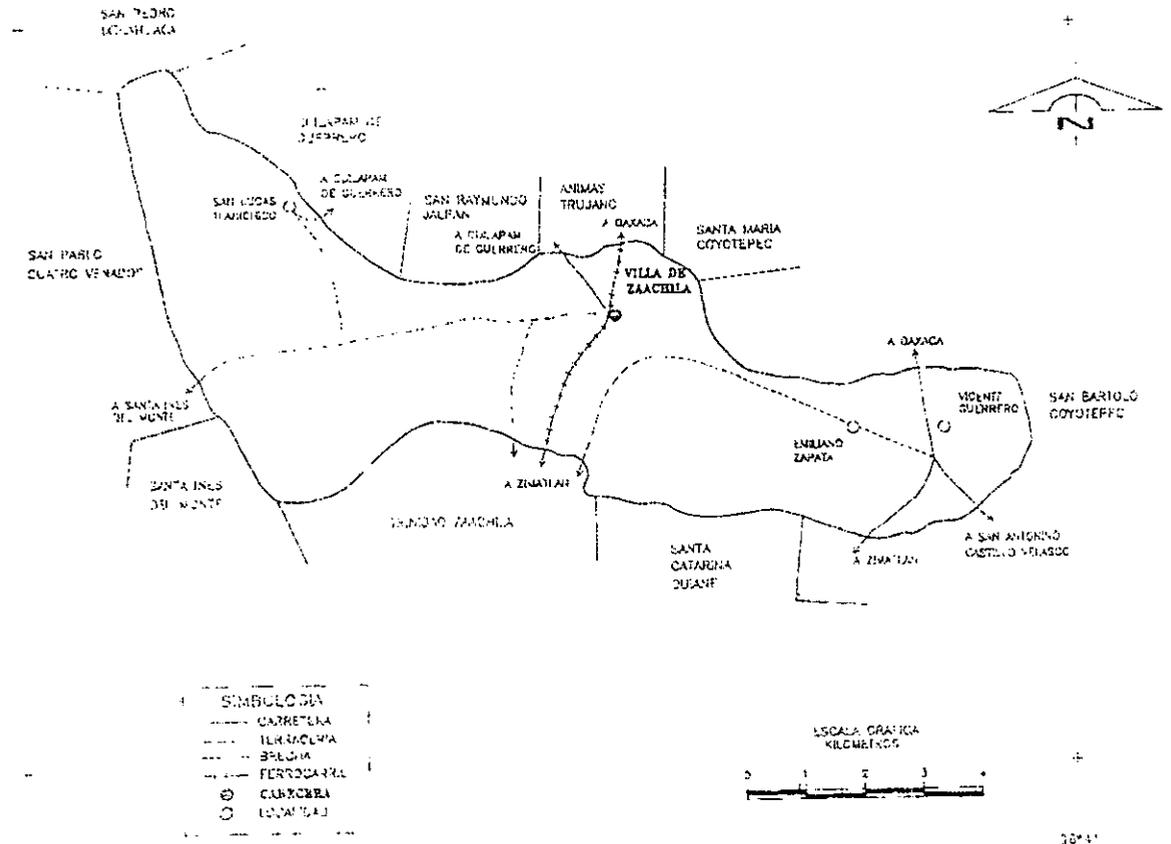
Además de lo anterior un buen número de habitantes utilizan practicas tradicionales como recurso de salud entre los que podemos mencionar: remedios caseros a base de diferentes plantas, “purgas” con diferentes sales, “limpias” con huevo y pirú para el “mal de ojo” (vómito y diarrea repentinos), agregándole “sopladas” para el susto y la tristeza, “sobadas” para diferentes problemas músculo esquelético con pomadas diversas; por lo que existen en la comunidad, curanderos, hueseros, sobadores y brujos para los casos extremos cuyos servicios son frecuentemente solicitados.

Concluyendo, Zaachila es una población en plena transición, se encuentra inmersa entre 2 culturas, la tradicional, que se impone en todo momento y la moderna, que sin embargo se encuentra sometida por el respeto que debe a sus mayores como menciona Fost George en su libro “Las comunidades tradicionales y los cambios étnicos” “Las barreras sociales y psicológicas para el cambio son tan diversas que si se avanza pero en forma muy lenta”, muestra de ello son sus seis siglos de vida oficial porqué su historia va mas allá y persiste como una comunidad con tradiciones inalterables que lo único que ha cambiado es su lengua madre, el zapoteco.



CENTRO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

FIGURA No. 5
Infraestructura para el Transporte



CUADRO NO. 3

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL VILLA DE ZAACHILA, 1995-1999

CAUSAS	No.
1. Problemas de vías respiratorias superiores (incluye Amigdalitis), faringitis, faringo-amigdalitis)	557
2. Diabetes Mellitus	393
3. Infección de vías urinarias.	284
4. Infecciones intestinales	283
5. Hipertensión arterial	257
6. Amibiasis	174
7. Síndrome anémico	103
8. Micosis	100
9. Conjuntivitis	96
10. Gastritis	55

TOTAL 2,302 + Otras

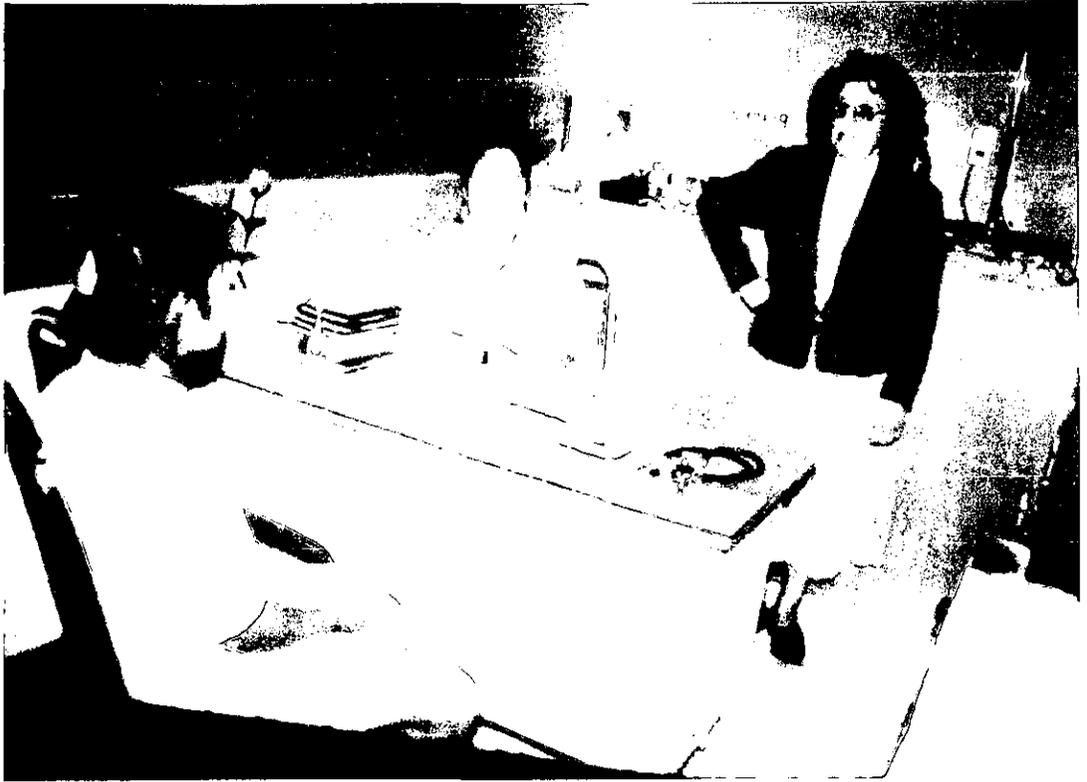
Fuente: Registros oficiales Epi-95 atendidos, Unidad de Salud de la Secretaría de Salud.

Villa de Zaachila. Oax.

CUADRO NO. 4
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
VILLA DE ZAACHILA
1995-1999

CAUSAS	No.
1. Desnutrición	53
2. Alcoholismo crónico	34
3. Insuficiencia cardiaca	33
4. Insuficiencia respiratoria	31
5. Insuficiencia renal	30
6. Neumonía y bronconeumonía	27
7. Anemia	23
8. Cirrosis hepática	21
9. Diabetes	18
10. Paro respiratorio y cardiorespiratorio	15
11. Inanición	8
12. Deshidratación	7
13. Senilidad	7
14. Broncoaspiración	4
TOTAL	321

Fuente: Registros oficiales. Unidad de Salud de la Secretaría de Salud, Villa de Zaachila, Oax.



**EN EL CONSULTORIO PROPORCIONANDO
INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. JUSTIFICACIÓN.

En la práctica del ejercicio libre de la enfermería que se desarrolla en la población de Zaachila, Oax. se han observado diversos problemas de salud en los diferentes grupos de edad, muchos de ellos prevenibles, si se aplicaran acertadamente acciones primarias para el cuidado de la salud ; es notoria la dificultad que representa para las personas la pérdida de la salud ya que del total de la población no más del 25% cuentan con seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) y los que son derechohabientes tienen que recurrir a las unidades que se encuentran ubicadas en la ciudad capital a 18Km. De distancia, lo cual implica gasto económico y horas de espera para recibir servicio médico.

Por otra parte a pesar de existir en la población una unidad médica de tres núcleos dependientes de la Secretaría de Salud del Estado, la insuficiencia del servicio es evidente, por lo tanto la gran mayoría de los habitantes se ven en la necesidad de recurrir a servicios privados de alto costo, inaccesible para muchos de ellos y solo lo hacen en caso de enfermedad, recibiendo casi siempre atención tradicional, biologicista y monocausal; por lo mismo Zaachila a pesar de estar incluida en el rango de media y baja marginación, sus habitantes enfrentan serios problemas de salud, cuyas causas requieren ser determinadas y no existen estudios que nos permitan valorar las necesidades que en materia de salud tiene la población.

Es por lo anterior que se ha decidido realizar la presente investigación con el fin de identificar las acciones de atención primaria que requiere la población, y derivar de esta un plan de acción que nos permita incidir en la problemática que se detecte desde nuestro ámbito, con los recursos a nuestro alcance.

3.2. OBJETIVOS

1. GENERAL

Señalar las necesidades de atención primaria de los habitantes de la Villa de Zaachila, Oaxaca.

2. ESPECÍFICOS

- 2.1. Identificar las necesidades de agua y saneamiento ambiental que requiere la población.
- 2.2. Valorar el tipo de alimentos que consume la población tradicionalmente y su repercusión en la conservación de la salud.
- 2.3. Precisar el tipo de protección específica que está recibiendo la comunidad.
- 2.4. Identificar las acciones de educación para la salud que se desarrollan en la comunidad.

- 2.5. Conocer las medidas que realizan los habitantes para el diagnóstico temprano y el control de enfermedades endémicas y crónico-degenerativas.
- 2.6. Conocer las acciones para el cuidado de la salud del grupo, materno-infantil.
- 2.7. Identificar las medidas que adoptan los habitantes para el control de enfermedades diarreicas y de vías respiratorias.
- 2.8. Conocer los recursos para la salud utilizados, por los habitantes en caso de enfermedad.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica del ejercicio libre de la enfermería que se desarrolla en la población de Zaachila, Oaxaca, se han observado diversos problemas de salud en los diferentes grupos de edad; derivados del bajo conocimiento de los habitantes sobre el cuidado de la salud, y que además están siendo atendidos desde un enfoque biológico, monocausal y curativo que sin duda van deteriorando su calidad de vida al ser problemas repetitivos carentes de acciones preventivas de ahí que nos planteamos las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las necesidades de atención primaria que en materia de salud están presentes en los habitantes de la Villa de Zaachila, Oaxaca.?
2. ¿Los cuidados que recibe la población son acordes con las necesidades expresadas por la población?
3. ¿Si se aplican acciones de atención primaria éstas son acordes con los objetivos de los planes de salud oficiales?

3.4. HIPÓTESIS

3.4.1. Dado el nivel socioeconómico de la población en estudio que se traduce en bajo nivel cultural para el cuidado de la salud se infiere:

- Deficiente prevención de enfermedades respiratorias por lo cual su índice es alto.
- Presencia de enfermedades propias del subdesarrollo (diarreas, parasitosis, desnutrición entre otras).
- Inexistencia de acciones para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades.
- Desconocimiento de aspectos nutricionales, dando como resultado excesos o deficiencia en la alimentación.

3.4.2. Considerando las posibles deficiencias e insuficiencias del sector salud se predice:

- Baja cobertura en la atención materno infantil.
- Nula a mínima educación para la salud.
- Falta de atención médica y vigilancia para los problemas crónico-degenerativas.
- Deficientes servicios curativos y de rehabilitación.

3.4.3. Dada la importancia que se le de al programa de vacunación infantil se considera una cobertura de más del 80% en las menores de 5 años,

paradójicamente en los otros grupos de edad las inmunizaciones serán mínimas o nulas.

3.4.4. Considerando las características suburbanas de la población en que se realiza el estudio inferimos:

- Utilización inadecuada de agua para uso humano.
- Disposición final deficiente de basuras y excretas, así como presencia de fauna nociva que incide negativamente en la salud.

3.5. TIPO DE ESTUDIO

Se efectuó un estudio:

- Descriptivo
- Prospectivo
- Transversal y
- Observacional

3.6. UNIVERSO DE ESTUDIO

Fueron los habitantes de la Villa de Zaachila del Estado de Oaxaca.

3.7. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

La información se obtuvo en forma directa de los miembros de la comunidad a través de una encuesta con 30 de preguntas aplicada del 16 de septiembre al 08 de octubre del año 2000.

3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

En los criterios de inclusión se tomó en consideración únicamente los habitantes habituales de la población o con un mínimo de un año de residencia.

Se excluyeron del estudio personas radicadas en otras poblaciones o ciudades que estuvieran vacacionando.

Se eliminaron del estudio a:

- Turistas
- Personas que se negaron a proporcionar información.
- Personas que cambiarían en breve su radicación.

3.9. UNIVERSO MUESTRA

Se realizó muestreo estadístico considerando como número total las 4211 familias detectadas en el XII censo de población y vivienda realizado en el año próximo pasado.

Aplicando la Fórmula Infinita.

$$n_o = \frac{Z^2 PQ}{E}$$

y fórmula infinita

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

Sustituyendo

$$n_o = \frac{(1.93)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 372.45$$

$$n = \frac{372.45}{1 + \frac{(372.45 - 1)}{4211}} = 342$$

Resultando el tamaño de la muestra, igual a **342** familias.

3.10. VARIABLES

A. Variable Estudio

Necesidades de atención primaria.

B. Indicadores de variable

1. Protección específica.
2. Prevención de enfermedades.
3. Educación para la salud.
4. Mejoramiento de la alimentación.

5. Servicios materno infantiles.
6. Diagnóstico temprano.
7. Agua y Saneamiento Ambiental.
8. Servicios curativos y de rehabilitación oportunos.

C. Definición Nominal

1.- *Protección Específica*: Son las acciones a través de las cuales se proporciona a las personas susceptibles inmunidad específica a padecimientos prevenibles por vacunación de los que se disponen en las unidades aplicativas del sector salud.

2.- *Prevención de Enfermedades*: Son las medidas tendientes a evitar y/o disminuir la incidencia de morbilidad, tomando al ser humano como un ente bio-psico- social-espiritual actuando sobre los factores de riesgo a los que está expuesto, mediante la promoción de la salud y la protección específica.

3.- *Educación para la salud*: Antón Nardiz³⁹ dice: “Es la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, que tiene como objetivo hacer al sujeto activo y responsable en todos los procesos, ya sean de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción, relacionados tanto con su salud como la de

³⁹ Ma. Victoria Antón Nardiz: Enfermería y Atención Primaria de Salud. P. 65

su familia y comunidad. Su objetivo fundamental, es incrementar en la población la cultura de la salud”.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la salud define la educación para la salud como:

“El conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo: el grupo o la comunidad, que influye en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella.”

Diversos autores⁴⁰ describen la educación para la salud de la siguiente manera:

- a) Como un medio para mejorar la salud individual y colectiva.
- b) Como el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud.
- c) Como una fase de programas de instituciones de salud pública y hospitalaria.

La educación se basa en la relación que existe en la conducta humana y la salud. Por tanto las metas de la educación son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud, y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud.⁴¹

4.- *Mejoramiento de la alimentación:* Alimentación. Etapa Prebucal que consiste en la selección de las sustancias que vamos a utilizar como

⁴⁰ Vega Franco Leopoldo “Bases esenciales de la Salud Pública. Págs. 89-90

⁴¹ Ibid.

alimentos, dependiendo de condiciones ambientales y personales.⁴²

Alimento: Material seleccionado por el organismo para cumplir las funciones de la nutrición y del metabolismo. *mejoramiento de la alimentación*, son las acciones del personal de la salud para adaptar dentro de cada población el consumo de alimentos de cada individuo a sus propios requerimientos y recursos revisando directa y permanentemente la dieta de la gente que controla, para descubrir anomalías y modificar malos hábitos que conduzcan a problemas nutricionales por déficit o exceso.

43

5.- *Servicios Materno-Infantiles:* Lo entenderemos para fines de este estudio como todas las acciones del profesional de la salud que fomenten, prevengan y preserven la salud de las mujeres de 15 a 45 años de edad, durante la etapa pre-concepcional, de embarazo, parto, puerperio, lactancia y periodos intergenésicos; así como favorezcan el crecimiento y el desarrollo armónico del menor de 15 años desde su concepción.

6.- *Diagnóstico Temprano:* Entendemos como diagnóstico temprano todas las técnicas médicas aplicadas a una persona sana o aparentemente sana o que presenta alteraciones iniciales con el fin de evitar la

⁴² Hernán San Martín "Salud y Enfermedad. Pág. 445"

⁴³ Ibid. Pág. 21

enfermedad o en su caso corregir el trastorno y evitar consecuencias.⁴⁴

7.- *Agua y Saneamiento*: Son las medidas tendientes a lograr un consumo de agua libre de contaminantes responsable de enfermedades diarreicas, cólera, etc. y la higienización ambiental; sea que formen parte de la atención primaria de salud o que se les tome en sectores diferentes del de la salud, constituyen junto con la educación en materia de salud e higiene, un componente indispensable, y en algunos casos el único componente, de las estrategias de lucha contra las enfermedades.⁴⁵

8.- *Servicios curativos y de rehabilitación oportunos*: Son los servicios que recibe la población cuando ve alterada su salud deben garantizar el acceso sin distinción a las personas, atendiendo su demanda con la mayor calidad y calidez, dotándoles de los medicamentos esenciales y de las medidas de rehabilitación adecuadas al padecimiento para su pronta recuperación.⁴⁶

⁴⁴ Ibid. Págs. 55 y 272

⁴⁵ Internet "Protección y fomentos de la Salud Humana"

⁴⁶ Ibid.

D.- DEFINICIÓN OPERATIVA

Variables	Tipo	Escala	Unidad o categoría	Preguntas
1.- Protección específica	Cualitativa	Nominal	Si, No	<p>¿Sus niños menores de 5 años tienen completo su esquema de vacunación ? Si ___ No ___ Porque ? _____</p> <p>¿Recibe alguna otra vacuna diferente al esquema básico ? Si ___ No ___ Cuál ? _____ Quien se lo proporciona ? _____</p> <p>¿Sus hijos entre 5 y 15 años han recibido alguna vacuna ? Si ___ No ___</p> <p>¿En que consiste ? Toxoide T _____ No. De dosis _____ Hepatitis B _____ No. De dosis _____ Tifoidea _____ No. De dosis _____ Otras _____</p> <p>¿Los adultos reciben alguna vacuna ? Si ___ No ___ En que consiste? _____</p> <p>¿Los ancianos se vacunan? Si ___ No ___</p>
2.- Prevención de enfermedades	Cualitativa	Nominal	Si, No	<p>- ¿Qué acciones realiza para la conservación de la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aseo de las manos, cepillado de dientes ▪ Baño, cambio de ropa ▪ Utilización de calzado ▪ Consumo de agua purificada ▪ Evita alimentos callejeros ▪ Practica algún deporte ▪ Camina por lo menos 3 veces por semana ▪ Duerme de 6 a 8 horas diarias ▪ Acude al médico ▪ Acude al dentista

Variables	Tipo	Escala	Unidad o categoría	Preguntas
3. Educación para la salud	Cualitativa	Nominal	Si, No	<p>¿Ha asistido alguna vez a pláticas sobre temas de salud? Si _____ No _____</p> <p>¿Sobre que temas?</p> <p>Alimentación y Nutrición _____ Higiene de los alimentos _____ Higiene personal _____ Hipertensión Arterial _____ Saneamiento ambiental _____ Desarrollo y crecimiento _____ Planificación familiar _____ Del niño _____ Fármaco dependencia _____ Diabetes _____ Alcoholismo _____ Otros _____</p>
4. Mejoramiento de la alimentación	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Continua	Si, No Números	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Conoce usted el valor nutritivo de los alimentos? Si _____ No _____ • ¿Ha asistido alguna vez a demostraciones Culinarias? Si _____ No _____ • ¿Le han enseñado a como alimentar a sus niños Menores de 5 años? Si _____ No _____ • ¿Recibe apoyo de algún programa alimentario? Si _____ No _____ • ¿Cuántas veces consume a la semana? Carne _____ Leche _____ Huevos _____ Queso _____ Visceras _____ Leguminosas _____ Cereales _____ Frutas _____ Verduras _____ Legumbres _____ Pastas _____ Tortillas _____ Pan _____
5.- Servicios Materno Infantiles	Cualitativa	Nominal	Si, No	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo ha estado embarazada acude al médico? Si _____ No _____ • ¿Ha recibido información sobre cuidados específicos del embarazo, parto, puerperio y lactancia ? Si _____ No _____ • ¿Dónde han sido atendidos sus partos ? _____ • ¿Qué personal le han atendido sus partos ? _____ • ¿Sus niños menores de 5 años llevan control médico ? _____

Variables	Tipo	Escala	Unidad o categoría	Preguntas
6. Diagnóstico temprano	Cualitativa	Nominal	Si. No	<p>- ¿Acude usted periódicamente al médico aún sin sentirse enfermo ? Si _____ No _____</p> <p>- ¿Se ha realizado algún examen para saber su estado de salud ? Si _____ No _____ ¿Cuál ? _____</p> <p>- ¿Se ha chequeado de la T/A? Si _____ No _____</p> <p>- ¿Su peso es el adecuado a su talla? Si _____ No _____ Obeso _____ Desnutrición _____</p> <p>- ¿Las mujeres se han realizado el papanicolaou ? _____</p> <p>- ¿Qué hace a los primeros síntomas de enfermedad ? _____</p>
7. Agua y Saneamiento Ambiental	Cualitativa	Nominal	Si. No	<p>¿Vive en casa? Propia _____ Rentada _____ Prestada _____ No de habitaciones _____</p> <p>¿Cuenta con energía eléctrica ? Si _____ No _____</p> <p>¿Qué utiliza ? _____</p> <p>¿Con que cocina sus alimentos ? Gas _____ Leña _____ Carbón _____ Petróleo _____</p> <p>Cuenta con agua: Entubada _____ Poso _____ Otras fuentes _____</p> <p>Disposición de Excretas: Drenaje _____ Letrina _____ Fosa séptica _____ Terrestre _____</p> <p>Disposición de basuras: Carro recolector _____ Incineración _____ Basurero público _____ Anoniamiento _____</p> <p>Fauna Nociva: Moscas _____ Ratas _____ Cucarachas _____ Otros _____</p> <p>Animales domésticos: Perros _____ Gatos _____ Aves de corral _____ Ganado _____</p> <p>Servicios Públicos: Calle pavimentadas _____ Luz eléctrica _____ Teléfono _____</p>

Variables	Tipo	Escala	Unidad o categoría	Preguntas
8. Servicios curativos y de rehabilitación oportunos	Cualitativo	Nominal	Si, No	¿Cuenta con algún sistema de seguridad social ? Si _____ No _____ IMSS _____ ISSSTE _____ Centro de salud _____ Si se enferma acude a: Médico Particular _____ Homeopatía _____ Farmacia _____ Remedios Caseros _____ Medicina tradicional _____ Otros _____ ¿De que se enferma con mayor frecuencia ? Vías respiratorias _____ Vías digestivas _____ Sistema urinario _____ Problemas buco dentales _____ Aparato reproductor _____ Sistema músculo esquelético _____ Otras. _____
				- Existe alguien con problemas de: Retraso mental _____ Síndrome de Down _____ Parálisis parcial _____ Parálisis total _____ Diabetes _____ Hipertensión arterial _____ Secuelas de accidentes _____ Tos de más de un mes _____ Problemas cardiovasculares _____ Secuelas de A. V. C. _____ - ¿ Reciben atención médica ? _____
	Cuantitativo	Continua	Pesos	- ¿Qué promedio de ingreso familiar tiene mensualmente ? _____ - ¿Que promedio de gasto familiar tiene mensualmente ? _____

3.11. INSTRUMENTOS

Se diseñó una encuesta (anexo) con 30 preguntas preestablecidas en la definición operativa de las variables y el instructivo correspondiente para valorar las necesidades de atención primaria de los habitantes de Zaachila, la cual se aplicó a 300 familias del 17 de septiembre al 8 de octubre del 2000; previa prueba piloto.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- Se integró un grupo de 5 personas incluyendo la responsable o quienes se les explicó detalladamente los objetivos del estudio y forma de aplicación del instrumento.
- Se realizó un ensayo entre los participantes con el fin de aclarar dudas.
- Se dividió el número de encuestas a aplicar entre el número de manzanas de la comunidad, resultando 2 encuestas por manzana.
- Cada uno de los colaboradores acudió al domicilio elegido al azar por ellos y aplicó la encuesta a través de la técnica de entrevista en el sector asignado.
- De acuerdo a lo planeado, cada encuesta se aplicó en un promedio de 15 minutos informándole previamente a los encuestados del objetivo del estudio.
- Se realizaron dos encuestas por manzana para tener representatividad de toda la población.

3.12. Validez y confiabilidad

Para establecer la validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó a una muestra piloto sin encontrar ninguna limitación.

3.13. Procesamiento Estadístico

Para el procesamiento se elaboraron cuadros, gráficas y se confrontó los resultados con el marco teórico.

IV. RESULTADOS

4.1. DATOS GENERALES

Después de haber aplicado 300 encuestas a familias de la población de Zaachila, Oax. encontramos:

Con relación al N° de integrantes por familia el 32% de la muestra tiene de 5-6 miembros. 37% de 3-4 miembros. 17.3% de 1-2 miembros y 13.67% de 7 a más miembros (Cuadro No. 5).

Respecto a la ocupación del padre de familia el 33.67% es campesino. 22% es empleado, un 22.33% realiza otras actividades. el 3.67% es profesional y en un 13.33% el padre no existe (cuadro N° 6). (gráfica No. 9)

Por su parte el 86% de las madres de familia se dedican a labores del hogar. 5.33% es empleada. 2% profesionista. el 4.33% se dedica a otras actividades y en 2.34% la madre no existe (cuadro N° 7).

Las 300 familias encuestadas integran un total de 1306 habitantes en donde se encontró que el 27.10% forman el grupo infantil de 0-14 años, un 22.97% tiene entre 15-24 años. el 37.83% es población adulta de 25 a 54 años y el 12.10% es población mayor de 55 años (cuadro N° 8).

Cuadro N° 5

**Datos generales de las familias encuestadas
N°. de integrantes por familia**

N° DE INTEGRANTES	N°	PORCENTAJE
1-2	52	17.33
3-4	111	37.0
5-6	96	32.0
7 Y más	41	13.67
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Cuadro N° 6

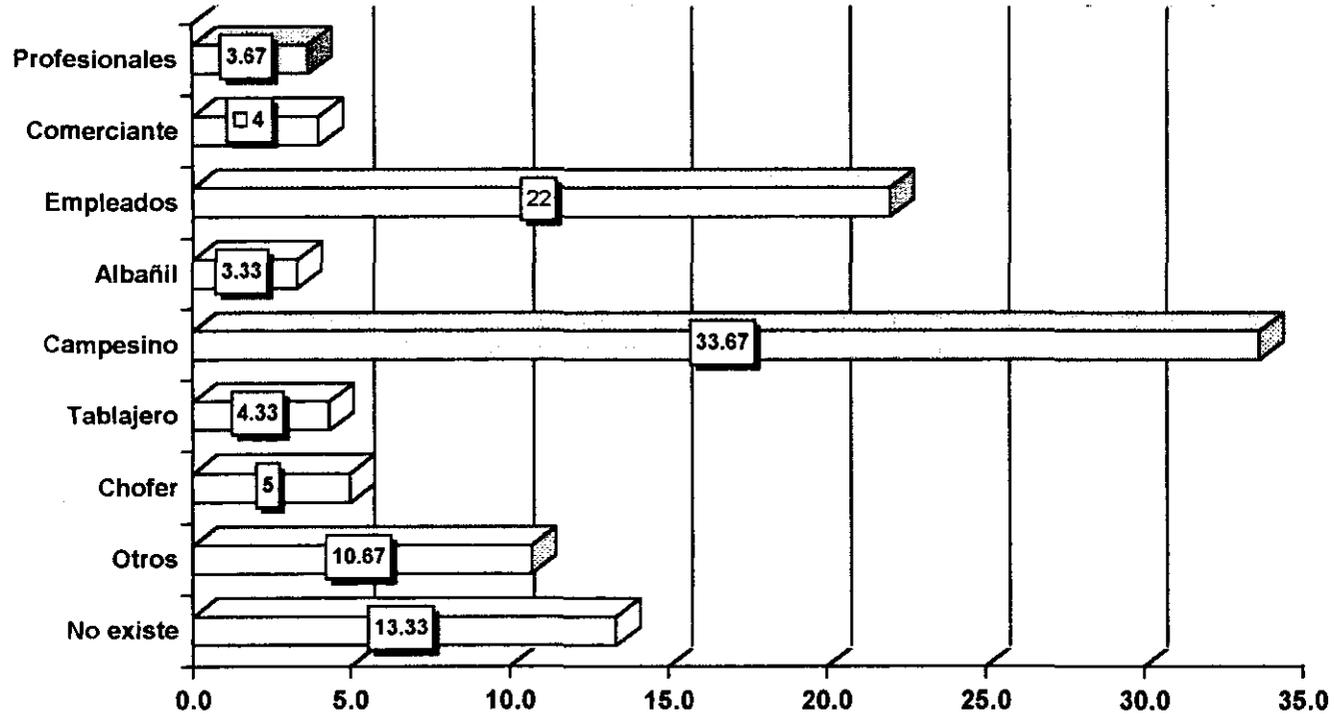
Datos generales de las familias encuestadas
De ocupación del padre.

ACTIVIDAD	N°	PORCENTAJE
Albañil	10	3.33
Campesino	101	33.67
Empleado	66	22
Profesionista	11	3.67
Comerciante	12	4
Tablajero	13	4.33
Chofer	15	5
Otros	32	10.67
No existe	40	13.33
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de Zaachila.

GRÁFICA No. 9

OCUPACIÓN DEL PADRE EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS



FUENTE: Cuadro No. 6 (Encuesta aplicada en la población).

Cuadro N° 7

**Datos generales de las familias encuestadas
Distribución por tipo de ocupación de la madre.**

ACTIVIDAD	N°	%
Labores del hogar	258	86
Servicio domestico	4	1.33
Empleada	16	5.33
Comerciante ambulante	4	1.33
Comerciante establecido	5	1.67
Profesionista	6	2
No existe	7	2.34
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de Zaachila.

Cuadro N° 8

Distribución de las familias según grupo de edad.

GRUPOS DE EDAD	N°	PORCENTAJE
Menores de un año	11	0.84
1-5	97	7.43
6-14	246	18.83
15-24	300	22.97
25-34	197	15.09
35-44	184	14.09
45-54	113	8.65
55-64	77	5.90
65 y más	81	6.20
TOTAL	1,306	100%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de Zaachila.

4.2. DATOS ESPECÍFICOS

Saneamiento

De la población estudiada el 79.67% habita en casa propia, el 15.33% en casa prestada y un 5% en habitación rentada. (cuadro N° 9).

En cuanto al número de habitaciones encontramos que el 52.67% posee de 1 a 2 habitaciones, el 40.67% de 3-4 y el 6.66% 5 y más habitaciones. (cuadro 10)

Respecto al abasto de agua el 98.67% tiene toma potable intradomiciliaria proveniente de los diferentes pozos que rodean la población y el 1.33% tiene su propio pozo. (cuadro 11)

Tocante a la disposición final de las excretas que las familias tienen en su hogar, el 47.34% refiere utilizar letrina, el 31% drenaje, el 17.33% fosa séptica y el 4.33% en forma terrestre; cabe señalar que el término “fosa séptica” en contadas ocasiones se interpreta como tal, la mayoría de las personas encuestadas malinterpretan el término con un pozo abierto a flor de tierra, Sin embargo se respetó su respuesta. (cuadro 12)

En cuanto a las formas en que las familias eliminan su basura encontramos que el 79.67% lo realizan en el carro recolector del municipio, el 11% la incinera, el 5.33% la amontona dentro de su hogar y el 4% la tira en algún basurero cercano a su domicilio.(cuadro 13)

Cuadro N° 9

Tipo de tenencia del hogar

TIPO	N°	%
Propiedad	239	79.67
Rentada	15	5
Prestada	46	15.33
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de Zaachila.

Cuadro N° 10

Número de habitaciones de las viviendas

N° DE HABITACIONES	N°	%
1-2	158	52.67
3-4	122	40.67
5 Y más	20	6.66
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de Zaachila.

Cuadro N° 11

Tipo de abasto de agua de las viviendas estudiadas

TIPO DE ABASTO	N°	%
Entubada (potable)	296	98.67
Pozo	4	1.33
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de Zaachila.

Cuadro N° 12

Disposición final de excretas

TIPO	N°	%
Drenaje	93	31
Letrina	142	47.34
Fosa séptica	52	17.33
Terrestre	13	4.33
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 13

Disposición final de basuras

TIPO	Nº	%
Carro recolector	239	79.67
Basurero público	12	4
Incineración	33	11
Amontonamiento	16	5.33
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

La fauna nociva encontrada en los domicilios es considerable en el 93.33% moscas, en el 58% ratas y el 56.33% cucarachas, generadas por el tipo de actividad y los animales domésticos. (cuadro 14)

Los animales domésticos que las familias poseen son:

Aves de corral un 55.33%, perros en un 66%, ganado bovino, ovino, porcino y caprino un 26.67%, y gatos un 15.33%. (cuadro 15)

Se considero importante el tipo de combustible doméstico utilizado por las familias, encontrando que el 62.66% utiliza gas, el 52.66%, leña y el 9% carbón para la preparación de sus alimentos. (cuadro 16)

Servicios públicos. Respecto a este punto encontramos que el 18.33% de la población estudiada tiene su domicilio en calles pavimentadas, el 98.33% cuentan con luz eléctrica y el 8.33% con teléfono. (cuadro 17)

Situación inmunitaria

Estado vacunal de la población estudiada.

De acuerdo al grupo de edad encontramos que el 97.22% de los menores de cinco años si han sido vacunados y sólo el 2.78% no había iniciado su esquema de vacunación por bajo peso al nacimiento; no así en las siguientes edades, en el grupo escolar de 5-14 años ha sido vacunado el 17.07% estando el 82.93% sin protección específica. Se agrupó a los adolescentes y adultos de 15 a 44 años en un solo rango de los cuales el 22.32% si ha recibido alguna vacuna y el 77.68% no, en cuanto al grupo

poblacional de 45 a 54 años el 23.90% sí ha sido vacunado no así el 76.10%, y por último en el grupo mayor de 60 años ha recibido alguna vacuna el 7.6% estando sin protección el 92.4%.

Por otra parte las mujeres que han recibido protección en alguno de sus embarazos integran el 16% de las familias encuestadas quedando sin vacunar el 84% por diferentes motivos (cuadro No. 18).

El tipo de vacuna suministrada a las personas inmunizadas fueron principalmente toxoide tetánico en un 61.65% y el esquema básico contemplado en la cartilla nacional de vacunación del menor de 5 años, según podemos apreciar en el cuadro No. 19. en mínimo porcentaje han sido aplicadas otras vacunas. (Gráfica No. 10)

Cuadro N° 14

Fauna nociva encontrada.

FAUNA	SI	NO
Moscas	280 (93.33%)	20 (6.66%)
Ratas	174 (58%)	126 (42%)
Cucarachas	16.9 (56.33%)	131 (43.67%)

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Cuadro N° 15

Animales domésticos encontrados

ANIMALES DOMÉSTICOS	SI	NO
Perros	198 (66%)	102 (34%)
Gatos	46 (15.33%)	254 (84.66%)
Aves de corral	166 (55.33%)	134 (44.66%)
Ganado bovino, ovino, porcino, y caprino.	80 (26.67%)	220 (73.33%)

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 16

Tipo de combustible doméstico

COMBUSTIBLE	TOTAL	SI	NO
Gas	300	188 (62.66%)	112 (37.33%)
Leña	300	158 (52.66%)	142 (47.33%)
Carbón	300	27 (9%)	273 (91%)

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 17

Servicios públicos

SERVICIO	TOTAL	SI	NO
Pavimentación	300	55 (18.33%)	245 (81.66%)
Luz eléctrica	300	295 (98.33%)	5 (1.66%)
Teléfono	300	25 (8.33%)	175 (58.33%)

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 18

Estado vacunal de la población estudiada

EDAD	TOTAL	VACUNADOS	NO VACUNADOS
Menores de 5 años	108	105 (97.22%)	3 (2.78%)
5-14 años	246	42 (17.07%)	204 (82.93%)
15-44 años	681	152 (22.32%)	529 (77.68%)
45-54 años	113	27 (23.9%)	86 (76.10%)
55 y más	158	12 (7.6%)	146 (92.40%)
Durante el embarazo	300	48 (16%)	252 (84%)

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 19

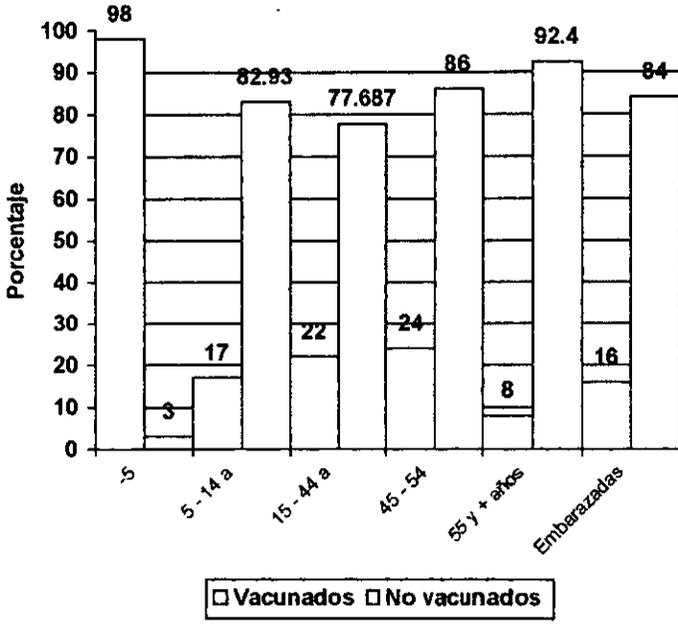
Tipo de vacuna que han recibido las personas inmunizadas

TIPO DE VACUNA	N°	%
Esquema básico	129	33.42
Hepatitis B	6	1.55
Antitifoidea	5	1.30
Antigripales	2	0.52
Toxoide tetánico	238	61.65
Tuberculosis	2	0.52
Antialergias	4	1.04
TOTAL	386	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

GRAFICA No. 10

ESTADO VACUNAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN POR CIENTO



FUENTE: Cuadro No. 18 (encuesta aplicada en la población).

Hábitos de las familias para conservar la salud.

Higiene personal

- Lavado de manos. En este aspecto se encontró que el 97.66% se lava las manos después de ir al baño y el 98% antes de consumir algún alimento.
- Baño corporal. El 73.67% acostumbra el baño diario, y el 21% cada 3er. día y el 5.33% de 2 a 3 veces por semana.
- Cepillado de dientes. El 26.33% lo realiza una vez al día, el 56.67% de 2 a 3 veces al día y el 17% de vez en cuando (Cuadro No. 20).

Higiene del vestuario

Cambio de ropa. El 76.67% refirió cambiar de ropa todos los días, el 21.33% cada 3er. día y solo el 2% restante cada semana en éste último se encuentran incluidos principalmente ancianos (Gráfica No. 11)

Utilización de calzado.

Las personas encuestadas refirieron no utilizar un solo tipo de calzado, además se observó que los niños y jóvenes lo adecuan de acuerdo a la ocasión las amas de casa prefieren el plástico y varios ancianos no usan calzado, por lo tanto de acuerdo al planteamiento de la pregunta el 66.66% utiliza calzado de piel y el 46.66% utiliza tenis. (Gráfica No. 12)

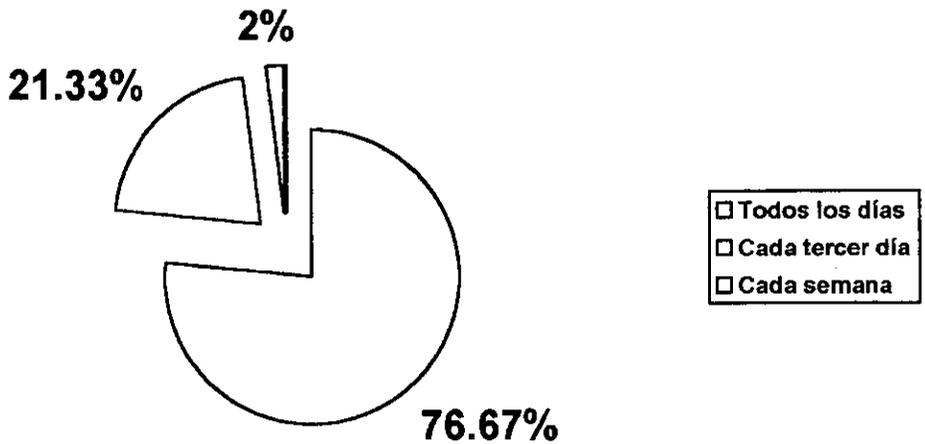
Cuadro No. 20
Hábitos de higiene personal

ACCIONES		SI	NO	TOTAL
Lavado de manos	Después de ir al baño	293	7	300
	Antes de consumir alimentos	294	6	300
Baño	Diario	221	-	300
	Cada 3er. Día	63	-	
	2 a 3 veces por semana	16	-	
Cepillado de dientes.	1 vez al día	79	-	300
	2-3 veces al día	170	-	
	De vez en cuando	51	-	

Fuente: Encuesta aplicada a la comunidad.

GRÁFICA No. 11

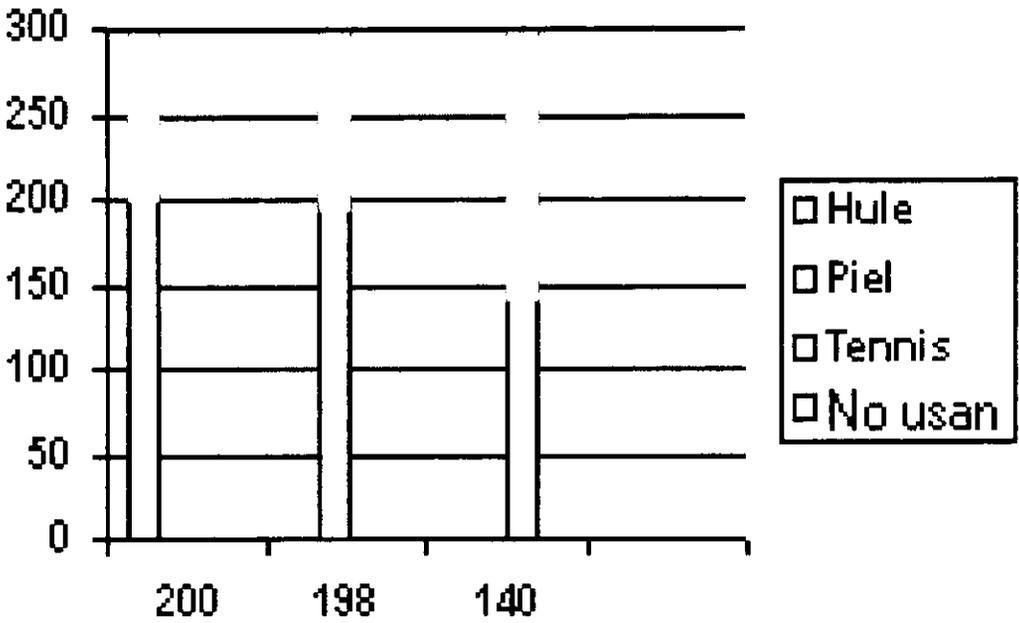
PERIODICIDAD DEL CAMBIO DE ROPA



Fuente: Encuesta aplicada en la comunidad.

Gráfica No. 12

USO DE CALZADO SEGÚN SU TIPO



Fuente: Encuesta aplicada en la comunidad.

Otras acciones para la conservación de la salud.

- Consumo de agua. Se encontró que el 32% purifica el agua a través de algún método o la compra de botellón, pero el 68% consume el agua de llave o pozo sin ningún método de purificación (cuadro No. 21)
- De las 300 familias encuestadas el 44.33% consume alimentos que se expenden en la calle, el 43.33% practica algún deporte (sobre todo los niños y jóvenes), el 36.66% sale a caminar, el 96% duerme de 6 a 8 horas diarias. (cuadro No. 21)
- Revisión médica y/o dental. En este rubro se encontró que el 12% acude al médico por rutina y el 23% al dentista, el resto solo acude si se siente enfermo o con algún problema dental. (cuadro 21)

Participación en educación para la salud.

De las familias encuestadas el 27.66% si ha acudido por lo menos una vez a alguna plática sobre temas de salud, principalmente alimentación y nutrición, higiene personal, higiene de los alimentos, planificación familiar, desarrollo y crecimiento del niño y saneamiento básico; expuestas por personal de diferentes instituciones el resto 72.65% no a acudido por no tener tiempo o no haber sido invitada. (Gráfica No. 13), (cuadro No. 22).

Cuadro N° 21

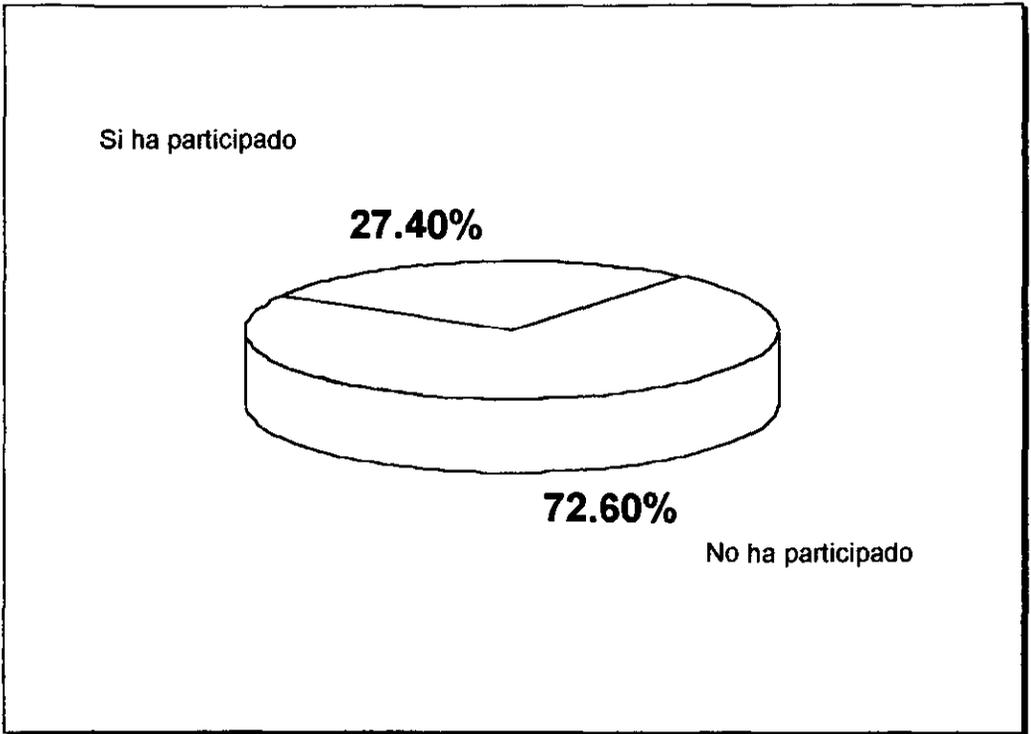
Acciones varias para la conservación de la salud.

ACCIONES	SI	NO	TOTAL
Consumo agua con algún método de purificación	96 (32%)	204 (68%)	300
Consumo alimentos en la calle	133 (44.33%)	167 (55.67%)	300
Practica un deporte	130 (43.33%)	170 (56.67%)	300
Camina 3 veces por semana	110 (36.66%)	190 (63.34%)	300
Duerme de 6 a 8 horas diarias	288 (96%)	12 (4%)	300
Acude al médico por rutina	36 (12%)	264 (88%)	300
Acude al dentista pos rutina	70 (23%)	230 (76.67%)	300

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

GRÁFICA No. 13

PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN PLÁTICAS SOBRE SALUD.



Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro No 22

Temas en los que han participado las familias en estudio.

Tema	Total	Si	No
Alimentación y nutrición	300	93	207
Higiene personal	300	41	259
Saneamiento Ambiental	300	7	293
Higiene de los alimentos	300	32	268
Planificación familiar	300	22	278
Alcoholismo	300	9	291
Fármaco dependencia	300	1	299
Desarrollo y crec. Del niño	300	10	290
Diabetes	300	2	298
Hipertensión arterial	300	1	299
Otras	300	1	299

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Aspectos alimentarios.

En éste rubro se encontró que el 38.33% del total de madres de familia encuestadas, si conoce el valor nutritivo por lo menos de algunos alimentos, el 21.66% ha asistido a demostraciones para la preparación de alimentos, al 44.33% le han enseñado como alimentar a sus niños menores de 5 años, y un 9% ha recibido apoyo de programas alimentarios (cuadro No. 23).

Para determinar la tabla de alimentos se consideró la disponibilidad en la comunidad y se trató de cubrir los tres grupos principales de alimentos, obteniendo el siguiente resultado; el 50% de los encuestados refirió que consume carne (incluye res, puerco, pollo, pescado), de 3 a más veces por semana, el otro 50% solo una vez o no consume; en cuanto a la leche queso y huevos más del 60% dice consumirlos más de 3 veces por semana, pero queda el 40% con un consumo mínimo, el 60% refiere consumir vísceras (hígado de res), una vez por semana y el 36% no consumirlo. Las leguminosas (frijoles), es la base de la alimentación de muchas familias, el 75% refirió un consumo de más de 3 veces por semana, así también tienen un consumo importante las frutas, verduras, tortillas y el pan. (cuadro No. 24).

Cuadro N° 23

Participación de las familias en relación con aspectos nutricionales

FORMA DE PARTICIPACIÓN	SI	NO	TOTAL
Conoce el valor nutritivo de los alimentos	115 (38.33%)	185 (61.67%)	300
Ha asistido a demostraciones culinarias	65 (21.66%)	235 (78.34%)	300
Le han enseñado la alimentación del menor de 5 años	133 (44.33%)	167 (55.67%)	300
Recibe apoyo de programas alimentarios	27 (9%)	273 (91%)	300

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Cuadro N° 24

Consumo semanal de alimentos

ALIMENTO	NO CONSUME	1-2	3-4	5-7	TOTAL
Carne	10	139	108	43	300
Leche	35	59	96	110	300
Queso	10	98	135	57	300
Huevos	20	86	161	33	300
Visceras	109	181	10	-	300
Leguminosas	-	73	149	78	300
Cereales	79	137	60	24	300
Frutas	-	42	50	208	300
Verduras	-	36	99	165	300
Legumbres	113	125	49	13	300
Pastas	15	134	131	20	300
Tortillas	-	-	-	300	300
Pan	-	-	15	285	300

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Atención Materno Infantil.

Se preguntó sobre 5 aspectos relacionados con la atención de la madre y el niño, encontrando que de las 300 familias encuestadas el 43% acudió al médico por lo menos una vez para revisión de su embarazo, 42.67% ha recibido información sobre cuidados del embarazo, 22.33% fueron orientadas sobre el parto, 10% sobre el puerperio y 32% sobre la lactancia. El 36.66%, ha llevado a sus niños menores de 5 años para vigilancia de su crecimiento y desarrollo (cuadro No. 25).

Respecto al lugar donde las mujeres se han atendido sus partos se encontró que el 34.53% ha sido domiciliario, le sigue el IMSS con 31%; en clínica privada se ha atendido el 25.33%; en la unidad de salud el 11%, el 9.66% en el hospital de la Secretaría de Salud y el 5.33% en el Hospital del ISSSTE. (Cuadro No. 26)

En cuanto al personal que atendió los partos de las personas encuestadas fueron, 58.33% médicos, 31.33% partera tradicional, 7% enfermera y 1.33% familiares. (Cuadro No. 27)

Acciones del diagnóstico temprano

Se tomaron en cuenta 5 acciones básicas en las que encontramos que el 9.67% acudió a revisión médica sin estar enfermo; el 35% se ha realizado exámenes de laboratorio principalmente de sangre; el 66% de los informantes se ha checado por lo menos una vez la presión arterial, el 28.33% vigila su peso corporal, y de las mujeres el 47.33% se ha realizado su *Papanicolao* por lo menos una vez (cuadro No.28)

Cuadro N° 25

Distribución de familias por aspectos relacionados a la salud materno infantil

ASPECTO		SI	NO	TOTAL
Acude al médico durante el embarazo		129	171	300
Vigilancia y crecimiento del menor de 5 años		110	190	300
Recibe Información sobre cuidados específicos	Embarazo	128	172	300
	Parto	67	233	300
	Puerperio	30	270	300
	Lactancia	96	204	300

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Cuadro N° 26

Lugar donde se han atendido sus partos

LUGAR	N°	%
Centro de salud	33	11
Hospital	29	9.6
ISSSTE	16	5.33
Clínica privada	76	25.33
IMSS	93	31
Domicilio	103	34.53

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Cuadro N° 27

Personal que ha atendido los partos en las familias encuestadas

PERSONAL	N°	%
Médico	175	58.33
Enfermera	21	7
Partera empirica	94	31.33
familiares	4	1.33

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Cuadro N° 28

Acciones de diagnóstico temprano de enfermedades

ACCIONES	TOTAL	SI	NO
Acuden al médico sin estar enfermos	300	29 (9.67%)	271 (90.33)
Se realizan exámenes de laboratorio	300	105 (35%)	195 (65%)
Se checa su presión arterial	300	198 (66%)	102 (34%%)
Mujeres que se han realizado su papanicolao	300	142 (47.33%)	158 (52.66%)
Vigila su peso	300	85 (28.33%)	215 (71.67%)

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Actitud que toma la familia frente a los primeros síntomas de enfermedad.

Se encontró que el 48.35% al primer lugar que acuden es a la farmacia, el 38.33% acude al médico y 20% asume una actitud expectante y espera a ver si se le pasa guardando reposo o simplemente continúa trabajando. (cuadro No.29)

Recursos para la atención a la salud.

Con relación a los recursos para la atención de su salud , un 18% de las familias encuestadas cuentan con seguro social, el 7.67% con ISSSTE, 1.33% con médico por el ejército y el 73% ningún recurso de seguridad social. (cuadro No. 30)

Utilización de los recursos para la salud.

En caso de enfermedad, las familias encuestadas recurren a diversos recursos según nos muestra el cuadro No. 31, el 59.66% acude a las farmacias directamente, el 43.66% al médico particular, el 7.33% a la unidad de salud o al centro de salud, el 6.33% al seguro social, el 2% al ISSSTE, y el 1.33% a remedios caseros y medicina tradicional.

Cuadro N° 29

Actitud que toma la familia frente a los síntomas de enfermedad

ACTITUD	SI	NO	TOTAL
Va al médico	115 (38.33%)	185 (71.67%)	300
Va a la farmacia	145 (48.33%)	155 (61.67%)	300
Espera a ver si se le pasa	30 (10%)	270 (90%)	300
Continúa trabajando	30 (10%)	270 (90%)	300

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Cuadro N° 30

Recursos para la atención a la salud

INSTITUCIÓN	N°	%
IMSS	54	18
ISSSTE	23	7.67
Ejercito	4	1.33
Ninguno	219	73
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

CUADRO N° 31

Utilización de los recursos para la salud en caso de enfermedad

RECURSO	N°	%
IMSS	19	6.33
ISSSTE	6	2
Centro de salud	22	7.33
Médico particular	131	43.66
Farmacia	179	59.66
Remedios caseros	11	3.66
Medicina tradicional	4	1.33

Fuente: Encuesta aplicada en la población de Zaachila.

Padecimientos agudos referidos por la población en estudio.

A la pregunta ¿De que se enferman en la familia con mayor frecuencia? La respuesta obtenida fué en un 92% de cuadros gripales, un 17.33% de problemas bronquiales y pulmonares, un 11% de diarrea, un 7.66% de síntomas relacionados con gastritis, otros problemas referidos fueron parasitosis, colitis, problemas bucodentales y de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, problemas eruptivos (varicela) y varios de la piel. (cuadro No. 32)

Padecimientos crónicos de salud.

De las 300 familias encuestadas en el 48.66% se encontraron diferentes padecimientos crónicos de salud en los que predominan los problemas reumáticos y/o artríticos así como la hipertensión arterial, diabetes, tos crónica y otros padecimientos de difícil o nula recuperación. (cuadro No. 33)

Aspectos económico-sociales.

a) Ingreso mensual de las familias.

En este aspecto el 48% de las familias encuestadas refirió un ingreso mensual menor a mil pesos. El 30.33% de 1001 a 2000 pesos, el 15% tiene un ingreso de 2001 a 3000, el 4.67% de 3001 a 4000 y solo el 2% un ingreso mayor a cuatro mil pesos, es necesario mencionar que estas cifras en ocasiones no son reales, ya que siempre evitan informar este tipo de datos. (cuadro No. 34)

b) Gasto económico de las familias encuestadas.

El 65% refirió gastar entre 1000 y 2000 pesos, el 26% entre 2001 y 3000 y el 5.66% mas de 3000 pesos mensuales. (cuadro No. 35)

c) Problemas económicos-sociales.

Del total de familias encuestadas se detectó que un 37.66% tiene algún problema de tipo económico o social destacando entre ellos el alcoholismo y el abandono en que se tiene a los adultos mayores de 60 años, siguiendo en orden de importancia el divorcio, la infidelidad, las madres solteras y los adeudos entre otros. (cuadro No. 36)

Cuadro N° 32

Padecimientos agudos referidos por la población en estudio

ENFERMEDAD	N°	%
Gripe	276	92
Bronco pulmonares	52	17.33
Diarrea	33	11
Gastritis	23	7.66
Parásitos	10	3.33
Colitis	8	2.66
Problemas de vías urinarias	11	3.66
Enfermedades de transmisión sexual	1	.33
Problemas de la piel	9	3
Problemas buco dentales	11	3.66

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 33

Padecimientos crónicos de salud encontrados en la población en estudio

PROBLEMA	N°
Retraso mental	1
Parálisis parcial	4
Síndrome de Dawn	1
Parálisis total	1
Diabetes	20
Hipertensión A	35
Secuelas de accidentes	3
Tos crónica	8
Problemas cardiovasculares	1
Secuelas de A: V: C:	4
problemas reumáticos y/o artríticos	59
Convulsiones	4
Cefaleas crónicas	3
Problemas de la vista	2
TOTAL	146 casos

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 34

Ingreso económico mensual de las familias

INGRESO MENSUAL	N°	%
Menos de 1000	144	48
1001 a 2000	91	30.33
2001 a 3000	45	15
3001 a 4000	14	4.67
4001 a 5000	1	0.33
5001 - mas	5	1.67
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 35

Gasto económico de las familias

GASTO FAMILIAR	N°	%
Menos de 1000	10	3.34
1001 a 2000	195	65
2001 a 3000	78	26
3001 a 4000	12	4
4001 a 5000	4	1.33
5001 – más	1	0.33
TOTAL	300	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

Cuadro N° 36

Problemas económicos-sociales

PROBLEMAS	N°
Adeudos	3
Divorcio	9
Madre soltera	5
Infidelidad	9
Alcoholismo	40
Drogadicción	1
Delincuencia o vandalismo	1
Abandono	45
TOTAL	113

Fuente: Encuesta aplicada en la población.

4.3. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos señalar que la mitad de las familias estudiadas son numerosas, tienen de 5 integrantes a más aspecto que incrementa el riesgo de mortalidad general, materna e infantil; de la misma forma indica la presencia de diferentes necesidades ya que una familia numerosa es más difícil en su mantenimiento y desarrollo. En cuanto al promedio de integrantes por familia la cifra resultante en nuestro estudio es similar a la referida en el XII Censo de Población siendo 4.35 y 4.56 respectivamente, lo que nos permite señalar que el 50 % de la población total está integrada por familias numerosas.

Respecto a la ocupación del grupo estudiado casi el 60 % de los padres realiza actividades correspondientes al sector primario predominando las agropecuarias y diversos oficios, y solo un mínimo porcentaje (3.67 %), es profesionista, repercutiendo esta situación en el nivel económico-social de las familias y transformándose en distintos riesgos laborales que la población al tener que trabajar día con día para su subsistencia no le da importancia; así mismo el 86 % de las madres se dedica a labores del hogar cuya principal preocupación es satisfacer las necesidades primarias de su familia careciendo de tiempo para cuidar su salud personal, además que la mayoría de ellas aunque no lo hayan referido realizan alguna actividad para contribuir al ingreso familiar. Del porcentaje restante que admitió trabajar fuera de su hogar solo un 2 % es profesional; inferimos que esta situación se da porque en su formación los adultos actuales se desarrollaron en el sector laboral y no educativo dada las limitaciones económicas de generaciones antecesoras y

señalamos que lo expuesto en párrafos anteriores determina la situación de salud encontrada.

El 50 % del grupo estudiado lo integra población joven (menores de 24 años) en pleno proceso de formación en quienes se tiene un potencial de desarrollo si se trabaja con ellos acertadamente tomando en consideración sus necesidades, inquietudes y expectativas específicas. La salud de la población adulta que conforma el 37.83 % del grupo estudiado y que es similar al de la población total debe ser mantenida en un nivel óptimo ya que en ellos descansa la economía de la población y por ende la estabilidad de cada una de las familias. Mención especial merece el grupo mayor de 55 años 12.10 % de la población estudiada que enfrenta diversos problemas de salud y que requiere toda nuestra atención

Una de las principales preocupaciones de los habitantes de Zaachila es contar con vivienda propia y de preferencia amplia en donde puedan convivir sin complicaciones hasta 3 familias o a veces más; situación que se traduce en relaciones familiares conflictivas si quien ejerce el liderazgo tiene sus preferencias; por generaciones es costumbre que los padres hereden a cada uno de sus hijos casa habitación o terreno es por esto que casi el 80% de la población estudiada cuenta con casa propia, considerándose prestada cuando la familia se encuentra viviendo en casa de los padres de algún cónyuge. La estabilidad habitacional de la familia permite identificar necesidades de salud y realizar un seguimiento de los programas y/o acciones que con ellos se realizan.

Si bien la propiedad del hogar no representa problema significativo para la salud, si lo es el No de habitaciones y sus condiciones sanitarias ya que el 52.67 % posee únicamente de 1 a 2 habitaciones, conviviendo en ellas un promedio de 4 personas, generando alteraciones de la salud propias del hacinamiento.

Zaachila es una comunidad, hasta el momento con suficientes mantos acuíferos y los catorce pozos que la rodean permiten el abastecimiento intra domiciliario al 98.67 % de la población estudiada y al 83.9 % de la población total, el porcentaje restante se encuentra en asentamientos nuevos donde no existe red de agua potable.

Aún existe un problema importante en la eliminación de excretas ya que a pesar de tener la comunidad su red de drenaje solo la utiliza el 31 % de la población que se estudio y el 49 % de la población total, según cifras oficiales. Este aspecto lo determina el que las casas tengan patios grandes, las limitaciones económicas por el costo de los contratos y el pago mensual así como el nivel educativo y la desconfianza que hacia el sistema de drenaje tienen muchos habitantes; en este punto hay un importante reto para el trabajador de la salud.

A pesar de que el 79.67 % de la población estudiada elimina su basura en el carro recolector, ésta aún representa un problema de saneamiento básico ya que además del porcentaje (20.33 %) que realiza practicas incorrectas de eliminación de la basura; la que se recolecta es vertida en un tiradero a cielo abierto sobre un lomerío a 7 Km. de la población junto con la basura de la ciudad capital y pueblos aledaños, convirtiéndose en un problema ecológico y por ende de salud al ser un criadero de

animales e insectos capaces de transmitir enfermedades no solo para los habitantes de Zaachila sino también para los asentamientos humanos más cercanos al tiradero. Cabe mencionar que incluso la recolección de la basura crea problemas de salud adicionales ya que los trabajadores del departamento de limpia carecen de las normas mínimas de protección.

Así mismo la presencia de fauna nociva encontrada en casi la totalidad (93.33 %) de los domicilios y los animales domésticos con los que conviven cotidianamente las familias; se convierten en un riesgo real o potencial para la transmisión de enfermedades parasitarias, bacterianas, hongos y por virus que son frecuentes en la comunidad.

Como último comentario respecto al saneamiento el porcentaje predominante de combustible doméstico en los hogares es el gas, sin embargo se encuentra un importante sector (61.66 %) que además utiliza leña y carbón ocasionando en más de una vez quemaduras de consideración y problemas respiratorios entre otros principalmente en los niños. En cuanto a la iluminación prácticamente la totalidad (98.33 %) de los domicilios estudiados cuentan con luz eléctrica, porcentaje similar se aprecia (93.8 %) para 1990 en el total de la población; finalmente menos del 20 % de los domicilios tienen sus calles pavimentadas y menos del 10 % cuentan con teléfono, servicios que actualmente se están incrementando en la población para aumentar su cobertura.

La inmunización como parte importante de la medicina preventiva tiene prioridad en el sector salud oficial para los menores de 5 años es por ello que de la población

estudiada el 97.22 % de ese grupo de edad por lo menos ha iniciado su esquema de vacunación, no así en el resto de grupos de edad en los que lo común es la falta de vacunas y dada las condiciones suburbanas y de higiene de la comunidad y el tipo de trabajo es necesario aumentar la cobertura inmunitaria en la población mayor de 5 años y mujeres embarazadas, como lo marca la norma de atención primaria de nuestro país.

Dentro de los hábitos familiares para la conservación de la salud le dimos mayor importancia a las prácticas y hábitos que deben formar parte del modo habitual de vida del individuo y que tienen por objeto prevenir la enfermedad y fomentar la salud y encontramos en la población estudiada que el lavado de manos, el baño corporal, el cepillado de dientes y la higiene del vestuario en más del 80 % no es problema de salud ya que tiene practicas ejemplares, según nos fue referido y nos atrevemos a puntualizar que no es problema en los adultos y amas de casa dentro del hogar, pero no podemos decir lo mismo cuando se encuentran fuera del hogar y en los niños a quienes con paciencia hay que enseñarles la importancia de estas prácticas.

En cuanto a la utilización del calzado, este si nos crea un importante problema de salud sobre todo en las amas de casa en donde el calzado predominante es el de plástico condicionando la presencia de micosis, callosidades, infecciones y lesiones en los pies a los cuales las amas de casa no le dan importancia mientras no les cause molestias o les impidan trabajar.

Respecto a la higiene del agua y los alimentos solo un 32% del grupo estudiado consume agua purificada no así el 68% quienes consumen el agua sin ningún método de purificación exponiéndose de esta forma a adquirir diversas enfermedades, así también el amplio porcentaje (43.33%) que consume alimentos que se expenden en la calle.

Otras prácticas importantes de la medicina preventiva como son: la revisión médica y dental periódica y la participación en actividades educativas para la salud son mínimos ya que al igual que la generalidad en el país y la comunidad no se le da importancia a las consultas si se esta sano o aparentemente sano sea por falta de educación, por falta de economía o simplemente por desinterés. En las pláticas educativas no se participa por que no se les invita o porque no se tiene tiempo para "eso". La apatía para estas prácticas trae como resultado el desarrollo de enfermedades que pudieron ser evitables, como es evidente en la población estudiada.

La alimentación como sabemos es el factor más importante para la conservación de la salud y la vida misma, de ella depende todo el funcionamiento de un organismo, una alimentación completa y balanceada que se traduzca en buena nutrición es deseable para toda la humanidad y sin embargo es uno de los principales problemas que ésta enfrenta y Zaachila no es la excepción, en la población estudiada existe desconocimiento para la integración de una adecuada alimentación y desviaciones de la nutrición por déficit a exceso, como lo muestran los porcentajes de consumo semanal y las causas de morbilidad y mortalidad de la población en los últimos 5 años. Es obvio que medir el nivel nutricional de una población requiere de estudios

especializados; no es el objeto de este estudio pero si es puntualizar que la inadecuada alimentación nos esta dando importantes problemas de salud que deben ser atendidos.

A pesar de la importancia que en los programas de salud se le confiere a la salud materno-infantil, en la población estudiada no se aprecia su impacto ya que más del 50% de las embarazadas no acuden a revisión médica de su embarazo por consiguiente menos del porcentaje citado recibe orientación sobre los eventos relacionados al embarazo, parto, puerperio y lactancia, que se minimiza porque actualmente el 70% de los partos según la población en estudio se realizó a nivel institucional ya sea público o privado; Sin embargo no dejan de presentarse complicaciones indeseables en los embarazos no controlados y en los partos atendidos en el domicilio, merece comentario aparte que a más del 60% de los niños menores de 5 años no se les realiza control de su crecimiento y desarrollo como lo marca el paquete básico de salud que actualmente se aplica en la Secretaría de Salud.

Como ya se mencionó en párrafos anteriores las prácticas preventivas y de diagnóstico oportuno son reducidos en la población estudiada, atreviéndonos a proyectar esta información al resto de la comunidad ya que el nivel económico, educativo y cultural es similar en la mayoría de los habitantes sólo el 9.67% de la muestra a acudido a revisión médica sin estar enfermo, el 35% se ha realizado exámenes de laboratorio, pero únicamente si el médico lo indica y por presentar alguna afección, solo el 20% de la población adulta se ha checado alguna vez la presión arterial, al igual, un mínimo porcentaje vigila su peso y menos del 50% de las mujeres se ha realizado el papanicolau, estamos concientes de la dificultad de realizar

mujeres se ha realizado el papanicolau, estamos concientes de la dificultad de realizar un examen médico incluyendo exámenes de diagnóstico, en primer lugar por el costo que ello significa, enseguida por el número de adultos que somos y en tercero porque el personal de salud está inmerso en lograr metas de los programas en ejecución que apenas le queda tiempo para atender la demanda de consulta por enfermedad en el sector oficial y en el privado casi nadie paga para que le digan que está bien.

Reiteramos que la población estudiada solo busca algún recurso de salud si se siente enferma y casi el 50% de la muestra al primer lugar que acude es a la farmacia, un 20% se espera a ver que pasa y solo si no mejora busca atención profesional mientras tanto en el periodo de transmisibilidad ya infectó a muchos y el cuadro clínico ya se agravó o surgen complicaciones, haciendo más difícil y costoso el tratamiento, es posible que esto se deba a que un porcentaje mínimo cuenta con seguridad social y el 73% tenga que costearse su consulta o en su caso acudir al centro de salud, pero aún tengan un recurso de seguridad social muchas veces prefieren atenderse en forma particular por el mal trato que reciben y las horas de espera que significa recibir una consulta en el sector oficial y si es el centro de salud de todas formas pagar su consulta y pagar sus medicamentos prescritos, por lo que al no tener alternativas si tienen dinero se curan si no, no.

La morbilidad que enfrenta la población en estudio es diversa con predominio de problemas respiratorios de vías altas y bajas pero los problemas agudos pierden importancia ante la magnitud de los problemas crónicos de las 300 familias encuestadas en casi el 50% se encontraron diferentes padecimientos crónicos, 59

casos de reumas y/o artritis, 35 hipertensos, 20 diabéticos, 4 de crisis epilépticas, retraso mental, parálisis, entre otros que de nada serviría comparar las tasas de incidencia cuando es evidente que la mitad de las familias enfrentan problemas serios, que en muchos casos carecen de apoyos oficiales y costear su enfermedad o simplemente atender al enfermo es titánico. ¿Quién debe hacerse cargo de esta atención?

El sector oficial no tiene tiempo, al sector privado no tienen con que pagarle y es obvio que no les alcance para pagar si más del 70% de las familias encuestadas subsisten con menos de dos salarios mínimos y tienen que atender sus necesidades de vestido, calzado, alimentación, educación entre otros y además enfrentar problemas sociales como alcoholismo, infidelidad, divorcio, abandono, etc. Todo en conjunto nos permite advertir a los trabajadores de la salud que tenemos que buscar las estrategias para aplicar medidas de atención primaria en los sectores que realmente lo necesitan.

4.4. PROPUESTAS

4.4.1. Es necesario que los trabajadores de la salud tomemos conciencia de la importancia que tiene atender el aspecto preventivo privilegiándolo del curativo si es que nos interesa brindar atención de calidad a nuestros usuarios y elevar su nivel de vida.

4.4.2. Estamos convencidos que los programas de atención de la salud en una comunidad deben emanar de la comunidad misma, en base a sus verdaderas necesidades y no en base a programas que marca la media nacional, porque se corre el riesgo como se comprobó en este modesto estudio de ser paradójicos y no negamos que benefician pero no resuelven.

4.4.3. Todo trabajador de la salud sea del sector oficial o del privado debe conocer el área o región geográfica en la que brinda sus servicios, que le permita identificar los problemas de salud (realizar el diagnóstico de salud-enfermedad) y estructurar un programa a los programas que se requieran para solucionarlos.

4.4.4. La única forma de cuidar la salud en forma integral es que los planes de salud que se realicen incluyan programas para atender la salud en todas las etapas de la vida y en todas las situaciones desde el punto de vista epidemiológico y en el lugar donde se necesitan, pero no solo diseñarlos sino aplicarlos y actualizarlos periódicamente.

4.4.5. Debería ser obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud conocer e interpretar adecuadamente la norma de atención primaria de salud de nuestro país y llevarla a la práctica inclusive en la consulta privada.

4.4.6. Es urgente que las autoridades competentes busquen y encuentren las estrategias económicas que permitan aplicar la cobertura de atención de la salud de los que menos tienen a través del sector privado con el fin de aligerar las cargas de trabajo del sector público buscando la eficiencia.

4.4.7. La enfermera y principalmente las licenciadas en enfermería debemos pugnar por ser el eje catalizador en el cuidado de la salud individual, familiar, colectivos y comunidades, sea en el sector privado u oficial, preferentemente como integrante de un equipo multidisciplinario; responsabilizándose de hacer llegar esos cuidados al hogar al sitio de trabajo etc, y no únicamente estar a la expectativa dentro de una institución.

4.4.8. Lograr una atención de calidad, calidez, eficiencia y equidad como lo plantean las políticas de salud, en la realidad es muy difícil, solo se lograría si interactuamos los trabajadores del sector oficial con los del sector privado, integrando una red de servicios única con los debidos canales de referencia, en cada comunidad o área geográfica determinada, bajo los principios, objetivos y estrategias de la atención primaria.

4.4.9. Un equipo de atención primaria para que cubra las necesidades básicas de salud requiere estar integrado por: médicos, enfermeras odontólogos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, apoyados de otras profesiones cuando sea necesario, y de auxiliares de diagnóstico con precios justos y accesibles en su ubicación.

4.4.10. Todos los servicios que brindemos deben cubrir los estándares de calidad que exige la secretaria de salud basándose en las normas de atención y reguladas en la ley General de Salud.

4.5. CONCLUSIONES

La elaboración del presente estudio nos permitió llegar a las siguientes conclusiones.

- ❑ Prácticamente el 50% de las familias estudiadas son numerosas, tienen de 5 a más integrantes lo cual es una limitante para el desarrollo de la misma y el cuidado de su salud siendo para ellos sinónimo de salud la funcionalidad en el cumplimiento de sus tareas y como consecuencia el empeoramiento de estados mórbidos que podrían ser fácilmente prevenibles.
- ❑ La morbilidad predominante referida por la población son las infecciones de vías respiratorias, gastro-intestinales, genito-urinarias, y dermatológicas que coinciden con los motivos de consulta en la unidad de salud y con el panorama estatal; lo que nos permite afirmar la deficiente prevención que de ellos existe en la comunidad obligándonos a diseñar planes de acción para el control de las mismas.
- ❑ El nivel socioeconómico de las familias estudiadas, valorado a través del empleo de los padres de los cuales el 80% de los papás realiza actividades en el sector primario y más del 80% de las madres no tiene un empleo formal que les reditúen ingresos decorosos, así como; que el 73% carezca de recursos de seguridad social, condiciona el mínimo porcentaje de acciones para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades, en consecuencia se busca atender la salud solo si se sienten enfermos.
- ❑ Deducimos desconocimiento sobre aspectos nutricionales y por ende deficiente alimentación dado los altos porcentajes de familias que desconocen el valor nutritivo de los alimentos, nunca han asistido a demostraciones para

la preparación de los alimentos, desconocen la forma correcta de alimentar a los niños menores de cinco años, jamás han sido beneficiarios en forma permanente de algún programa alimentario y el consumo de alimentos lo basan a su capacidad adquisitiva, días de fiesta y/o de mercado, traduciéndose en problemas nutricionales como síndromes anémicos, estados de inanición y desnutrición encontrados dentro de las diez principales causas de morbilidad y mortalidad en la población en los últimos cinco años (1995-2000).

- El aspecto alimentario como indicador de los niveles de vida en la conservación de la salud requiere de estudios específicos en los diferentes grupos de edad que nos permita valorar en forma precisa el estado nutricional del zaachilense, sin embargo es deseable que con los datos obtenidos en la encuesta se inicien acciones que coadyuven a minimizar el panorama expuesto.

- Confirmamos la baja cobertura de la atención materno-infantil ya que menos del 50% de las madres ha acudido a revisión de su embarazo y no han recibido orientación relacionada con el embarazo, parto, puerperio y lactancia así también más del 60% de los niños no son llevados a algún servicio de salud para vigilar su crecimiento y desarrollo como lo marca las normas de atención al menor de 5 años, se hace casual y esporádicamente. Por otro lado aunque más del 70% de los partos son atendidos en forma institucional por personal profesional ya sea oficial o privado, lo que significa un avance importante; se descuida el entorno que puede tener factores de riesgo para el binomio madre-

hijo, por lo que es urgente iniciar el cuidado de este binomio como lo marcan las normas de atención.

- ❑ El 72.65% de los encuestados refirió no haber participado en pláticas de salud lo que corrobora la mínima educación para la salud existente en la población, cuando ésta es una actividad prioritaria dentro de la atención primaria.

- ❑ Existen en las familias encuestadas problemas crónico-degenerativos de importancia como son Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Reumas y Artritis, entre varios más de difícil o nula recuperación que no son atendidos rutinariamente en la mayoría de los casos, y cuando se atiende se considera el síntoma aisladamente, olvidando que la enfermedad es resultado de la interacción de varios factores lo que nos permite decir que hay falta de atención y vigilancia para éstos problemas y por consiguiente los servicios curativos son deficientes y la rehabilitación inexistente.

- ❑ Importante atención ha recibido el estado vacunal en los menores de 5 años, se encontró que un 97.22% han sido vacunados y se tiene seguimiento en sus esquemas, no así en otros grupos de edad por lo que sería conveniente revisar las normas de atención en este rubro y precisar, los motivos que han llevado al incumplimiento; sería deseable que por lo menos el grupo de adolescentes y adultos fueran cubiertos con toxoide tetánico dada las características de la población y el riesgo inminente en que se encuentra de sufrir accidentes la población económicamente activa.

- ❑ La provisión de agua para los habitantes de Zaachila no es problema en este momento, debemos poner atención en la conservación de los mantos acuíferos para el futuro, y es de suma importancia hacer consciente a la población sobre la purificación del agua y enseñarle los métodos existentes ya que el 68% consume el agua directamente del pozo o tubería exponiéndose a adquirir enfermedades que se transmiten por este medio y que son frecuentes en la comunidad.

- ❑ Es improrrogable la elaboración de un programa de saneamiento básico tendiente a optimizar la utilización de la red de drenaje, y que el 69% de la población estudiada no la utiliza o en su caso que conserven su letrina en condiciones de higiene que proteja su salud, así mismo es indispensable que el programa incluya acciones que mejoren la disposición final de basuras pues si bien es cierto que la eliminan a través del carro recolector, el basurero se encuentra a solo 7 kilómetros de la población y su influencia negativa la alcanza. También es necesario el control de la fauna nociva ya que es preocupante su magnitud al existir en mas del 90% de los hogares estudiados algún tipo de fauna.

- ❑ Los objetivos personales y del trabajo fueron alcanzados, lográndose la aplicación de 300 encuestas que significó el 88% de la meta planeada limitando su número la escasez de recursos económicos.

- ❑ El profesional de enfermería cualquiera que sea su ámbito de acción debe conocer, entender y aplicar acciones de atención primaria, ya que es la única forma de contribuir al fomento y conservación de la salud y alcanzar algún día “La Salud Para Todos”.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Huacuja. Enrique M.C. La corresponsabilidad operativa en la Atención Primaria a la Salud. Ensayo. Salud Pública de México. Marzo-Abril de 1994. volumen 36 No. 2
- Alcauter Zavala Andrés. Atención Primaria a la Salud Información de Internet. Alcauter.Html. Facultad de estudios superiores, Zaragoza. Humanidades #153. pág. 2 de 2.
- Antón Nardiz Ma. Victoria. Enfermería y Atención Primaria de Salud. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid España. 1989.
- Aranda Regules José Manuel. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una Revisión de la Aplicación de los principios de Alma-Ata. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid España. 1994.
- Espadas Ancona Uuc-Kib, Reyes Domínguez Guadalupe, Vallado Fajardo Ivan. Estructura Socioeconómica de México. Compañía Editorial Nueva Imagen S.A. de C.V. 3ª. Edición. 1997.
- Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. Ediciones Científicas. La prensa Médica Mexicana S.A. 4ª. Edición. Reimpresión 1984.
- Hernán San Martín. Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. Edición Actualizada. Reimpresión 2000.
- INTERNET. http://www.mct.gov.br/clima/ espan/comunic_old/agendo6. Capítulo 6. protección y fomento de la salud humana

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Cuaderno Estadístico Municipal, Villa de Zaachila. Estado de Oaxaca. Edición 1996.
- INEGI. XII Censo de General de Población y Vivienda 2000. Resultados Preliminares.
- Kroeger Axel. Atención Primaria de Salud. Compiladores. Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de la Universidad de Heidelberg. 2ª. Edición. Enero de 1992. O.P.S.
- Mesa Lago Carmelo. Atención a la salud de los pobres en América latina y el Caribe. Copublicación. Organización Panamericana de la salud fundación interamericana. Publicación científica número 539.
- Organización mundial de la salud. Alma Ata. 1978. Atención primaria de salud. Ginebra, serie salud para todos número 1-1978.
- Organización Panamericana de la Salud (O.P.S). Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria. Washington D.C. documento oficial número 156-1978.
- Organización Panamericana de la salud. Salud para todos en el año 2000. estrategias. Parte II. Estrategias regionales de salud para todos en el año 2000. documento complementario al C D 27/34.A
- Orozco Linares Fernando. Gobernantes de México Panorama editorial. Edición Actualizada. Tercera edición octava reimpresión 1997.
- Poder Ejecutivo Federal. Programa de reforma del sector salud 1995-2000.
- Salud Mundial. Revista de la Organización Mundial de la Salud. Las Nuevas Enfermeras. Septiembre- octubre de 1992.

Salud Pública de México. La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Conferencia magistral. 3 autores. Septiembre-octubre de 1995 volumen 37 número 5.

Secretaria de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prestación de Servicios de atención primaria de salud. NOM-012-SSA2-1994.

Turabian José Luis. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Ediciones Díaz de Santos S.A Madrid España 1992.

Vega Franco Leopoldo, García Manzanero Héctor. Bases esenciales de la salud publica. Editorial, La Prensa Medica Mexicana segunda reimpresión 1979 México, DF.

VI. ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Encuesta de necesidades de atención primaria

Objetivo: Identificar necesidades de atención primaria a la salud en la Villa de Zaachila, Oax.

Instrucciones: Contestar con lápiz en la forma que se solicita en cada pregunta.

Datos Generales

Familia _____ Domicilio _____

No. De integrantes _____ Edad del informante _____

Ocupación del padre _____ Ocupación de la madre _____

Datos específicos

1.- ¿Qué edad tienen las personas que integran esta familia?

2.- ¿De esta familia quienes se han vacunado?

Embarazadas	<input type="checkbox"/>	15 a 44 años	<input type="checkbox"/>
menores de 5 años	<input type="checkbox"/>	45 a 59 años	<input type="checkbox"/>
De 5 a 14 años	<input type="checkbox"/>	Mayores de 60 años	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Qué tipo de vacuna han recibido?

Esquema básico

Hepatitis B

Tifoidea

Antigripales

Toxoide Tetánico

Tuberculosis

Para alergias

Ninguna.

4.- ¿Los niños de 1 a 5 años tienen completo su esquema de vacunación?

Si

No

No. _____ anotar _____ la
causa _____

5.- ¿Qué acciones realiza la familia para la conservación de la salud?

Aseo de las manos

Después de ir al baño

Antes de comer alimentos

Baño

Diario

Cada tercer día

2 - 3 veces por semana

Cepillado de dientes

una vez al día

2 - 3 veces al día

De vez en cuando

Cambio de ropa

Diario

Cada tercer día

Cada semana

Utilización de calzado Hule
 Piel
 Tenis
 No usa

Consumo agua hervida
 Hervida
 Purificada
 De la llave

Consumo alimentos que se Si No
 Expenden en la calle

Practica algún deporte Si No

Camina por lo menos 3 Si No
 veces por semana

Duerme de 6 a 8 horas Si No
 diarias.

Acude al medico sin estar Si No
 enfermo

Acude con periodicidad al Si No
 dentista.

6.- ¿Ha asistido alguna vez a pláticas sobre temas de salud?

Si No Nunca la han invitado

En caso afirmativo ¿Sobre que temas?

Alimentación y nutrición

Higiene personal

Saneamiento Ambiental

- Higiene de los alimentos
- Planificación familiar
- Alcoholismo
- Fármaco dependencia
- Desarrollo y crecimiento del niño
- Diabetes
- Hipertensión Arterial

Otras (especificar) _____

Institución que la proporcionó _____

7.- ¿Conoce usted el valor nutritivo de los alimentos que consume ?

Si No

8.- ¿Ha asistido alguna vez a demostraciones para la preparación de alimentos?

Si No

9.- ¿Le han enseñado como deben ser alimentados sus niños menores de 5 años?

Si No

10.- Actualmente cuantas veces consume a la semana:

Carne _____	Leche _____	Queso _____	Huevos _____
Visceras _____	Leguminosas _____	Cereales _____	Frutas _____
Verduras _____	Legumbres _____	Pastas _____	Tortillas _____
Pan _____	_____	_____	_____

11.- ¿Recibe apoyo de algún programa alimentario ?

Si No

12.- Cuando ha estado embarazada ¿acude a algún servicio de salud ?

Si No

13.- Ha recibido información sobre los cuidados específicos durante:

El embarazo Si No Partos Si No
Puerperios Si No Lactancia Si No

14.- Lugar donde se han atendido sus partos:

IMSS Si No Centro de Salud Si No Hospital Si No
ISSSTE Si No Clínica Privada Si No Domicilio Si No

Nunca ha tenido niños

15.- Personal que le ha atendido sus partos :

Medico Enfermera
Partera Empírica Familiares

16.- ¿Lleva a sus niños menores de 5 años a vigilancia de su crecimiento y desarrollo ?

Si No

Si ¿a donde?

Centro de salud

Medico particular

Seguridad social

17.- ¿Acude usted y su familia al médico aún sin sentirse enfermo?

Si

No

18.- ¿Se ha realizado algún examen para saber su estado de salud ?

Si

No

En caso afirmativo ¿Cuál ?

Sangre

Radiografías

Cultivos

19.- ¿Se ha checado su presión arterial ?

Si

No

20.- ¿Las mujeres de la familia se han realizado su papanicolau ?

Si

No

21.- A los primeros síntomas de enfermedad ¿que hace ?

Va al médico

Va a la farmacia

Espera a ver si le pasa

Guarda reposo

Continúa trabajando

22.- ¿Vigila usted que su peso sea adecuado a su talla ?

Si _____

No _____

Se observa:

Obesidad _____

Desnutrición _____

23.- Datos de Saneamiento.

Casa		No. De habitaciones		Agua	
Propia	<input type="checkbox"/>	1 - 2	<input type="checkbox"/>	Entubada	<input type="checkbox"/>
Rentada	<input type="checkbox"/>	3 - 4	<input type="checkbox"/>	Pozo	<input type="checkbox"/>
Prestada	<input type="checkbox"/>	5 y +	<input type="checkbox"/>	Extra domiciliaria	<input type="checkbox"/>
Disposición de excretas			Disposición de basuras		
Drenaje	<input type="checkbox"/>			Carro recolector	<input type="checkbox"/>
Letrina	<input type="checkbox"/>			Basurero público	<input type="checkbox"/>
Fosa séptica	<input type="checkbox"/>			Incineración	<input type="checkbox"/>
Terrestre	<input type="checkbox"/>			Amontonamiento	<input type="checkbox"/>
Fauna Nociva			Animales Domésticos		
Moscas	<input type="checkbox"/>			Perros	<input type="checkbox"/>
Ratas	<input type="checkbox"/>			Gatos	<input type="checkbox"/>
Cucarachas	<input type="checkbox"/>				
Otros	<input type="checkbox"/>			Aves de corral	<input type="checkbox"/>
Servicios públicos			Ganado ovino, porcino, vacuno y otros. <input type="checkbox"/>		
Calles pavimentadas	<input type="checkbox"/>			Cocina sus alimentos con:	
Luz eléctrica	<input type="checkbox"/>			Gas	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>			Leña	<input type="checkbox"/>
				Carbón	<input type="checkbox"/>
				Petróleo	<input type="checkbox"/>

24.- ¿Cuenta con algún sistema de seguridad social ?

IMSS	<input type="checkbox"/>	ISSSTE	<input type="checkbox"/>	Marina	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	PEMEX	<input type="checkbox"/>

25.- Cuando se enferma acude a:

IMSS	<input type="checkbox"/>	Farmacia	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>	Remedios caseros	<input type="checkbox"/>
Centro de Salud	<input type="checkbox"/>	Medicina tradicional	<input type="checkbox"/>
Médico particular	<input type="checkbox"/>	Otros _____	

especificar

26.- ¿De que se enferman con mayor frecuencia ?

Problemas Buco dentales	<input type="checkbox"/>	Bronquios	<input type="checkbox"/>
Vía Respiratoria	<input type="checkbox"/>	Parásitos	<input type="checkbox"/>
Gripe	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>
Vía Digestiva	<input type="checkbox"/>		
Diarrea	<input type="checkbox"/>		
Gastritis	<input type="checkbox"/>		
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	y del Sistema Urinario (mal de orina)	<input type="checkbox"/>
Problemas Músculo esquelético	<input type="checkbox"/>		

Otros _____

27.- Existe alguien con problemas de:

Retraso Mental	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Dawn	<input type="checkbox"/>
Parálisis Parcial	<input type="checkbox"/>	Parálisis total	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>

- Secuelas de accidentes
- Problemas Reumáticos o artríticos
- Tos crónica
- Problemas Cardiovasculares
- Secuelas de A. V. C.

Recibe atención médica:

Si No

28.- ¿Qué promedio de ingreso familiar tiene mensualmente ?

- Menos de 1000
- 1001 – 2000
- 2001 – 3000
- 3001 – 4000
- 4001 – 5000
- 5001 y +

29.- ¿Qué promedio de gasto familiar tiene mensualmente ?

30.- ¿Tienes problemas familiares ?

- | | | | | |
|---------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Adeudos | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Divorcio / Abandono | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Madre soltera | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Infidelidad | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Alcoholismo	Si		No	
Drogadicción	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Delincuencia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Vandalismo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Prostitución	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Nombre y Firma del encuestador

ANEXO II

B. INSTRUCTIVO

La presente encuesta tiene el propósito de identificar necesidades de atención primaria a la salud en la villa de Zaachila, Oax; está integrada por 36 preguntas las primeras 8 se refieren a datos generales las 30 siguientes a datos específicos relativos a las diferentes necesidades de atención de una familia las cuales se contestan como se indica a continuación.

Pregunta No. 1.- Contestar con lápiz y número arábigo la edad en años cumplidos al día de la encuesta de cada uno de los integrantes de la familia.

2.- Anotar dentro del cuadro una en caso de afirmativo en caso de negativo dejar en blanco.

3.- Anotar dentro del cuadro una dependiendo del tipo de vacuna que haya recibido, entendiendo como esquema básico las vacunas consideradas en la cartilla nacional de vacunación.

4.- Anotar dentro del cuadro una dependiendo de la respuesta, preferentemente revisar la cartilla. En caso negativo anotar la causa englobando en: no lo cree necesario, por enfermedad, viajes frecuentes no tiene tiempo.

5.- Marca el cuadro con sólo si la respuesta es positiva, en caso de ser negativa dejar el cuadro en blanco, si no tiene las 2 opciones.

6.- Marca con El cuadro correspondiente. Si la respuesta es afirmativa marque todos los cuadros necesarios.

7, 8 y 9.- Marcar el cuadro con según la respuesta.

10.- Contestar con número arábigo el No. Veces que se consume el producto alimenticio contando como unidad cada día (2:3 etc) hasta siete.

11 a la 28 Marcar el cuadro con dependiendo de la respuesta si se pide especificar u otro, ser lo más concreto posible tomando literalmente la respuesta del entrevistado.

29.- Anotar con número arábigo la respuesta concreta del entrevistado expresado en pesos.

30.- Marcar el cuadro con dependiendo de la respuesta.

Por último agradecer al informante el tiempo y la disponibilidad con que fuimos atendidos.

Observaciones: Procurar poner atención a la limpieza del hogar, existencia de algún enfermo que deseen ocultar y realizar las anotaciones fuera del domicilio.

ANEXO III

LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA.

La conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración:

I

La conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige al intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los Gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud.

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y

- se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
 3. Comprende cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.
 4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
 5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización y el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.
 6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
 7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que

practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una realización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflicto militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar al desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

* * *

La conferencia internacional sobre atención primaria de salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los Gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y al letra de la presente Declaración.

ANEXO IV

SECRETARÍA DE SALUD

PROYECTO de norma oficial mexicana NOM-012-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención primaria de salud.

**PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA2-1994,
“PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD”**

FOR THE REFORM OF SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE.

La dirección general de regulación de los servicios de salud, por acuerdo del comité consultivo Nacional de Normalización de los servicios de Salud de la Secretaria de Salud, con fundamento en lo expuesto en los artículos 39 fracciones VI y VIII de la Ley Orgánica de la administración Pública federal, 3º fracciones I, II, VI, VII: 13 inciso a fracción I; 27 fracciones de la I a la IX: 32, 33 fracciones I, II, III, 45: 57:58 fracciones de la I a la VIII, 118 fracción IV: 167 y 168 de la Ley General de Salud, 1º y 2º fracción II, 38 fracción II, 40, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4º, 7º, 8º, 10º, 35 fracciones I y II del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica; y 24 del reglamento, interior de la secretaria de salud, expide el siguiente proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Atención Primaria a la Salud.

El presente proyecto de Norma Oficial Mexicana fue aprobado por unanimidad por el comité consultivo nacional de normalización de servicios de salud, de la secretaria de salud, en sesión celebrada el 26 de abril de 1994 de conformidad con el artículo 47 fracción I de la ley federal sobre metrología y normalización, el proyecto de norma oficial mexicana NOM-012-SSA2-1994, se expide para consulta pública a efecto de

que, en los siguientes 90 días naturales, los interesados presenten sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los servicios de salud para que, en los términos de la Ley, se consideren en el seno del Comité que lo propuso.

El análisis al que se refiere el artículo 45 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización puede ser consultado gratuitamente en Insurgentes Sur 1397, 4º piso Col. Insurgentes Mixcoac, en los módulos instalados en la dirección de Área de Atención Primaria y Medicina Familiar.

ÍNDICE

PREFACIO

INTRODUCCIÓN

- 1. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN**
- 2. REFERENCIAS**
- 3. DEFINICIONES**
- 4. DISPOSICIONES GENERALES**
- 5. ATENCIÓN MEDICA**
- 6. SALUD PÚBLICA**
- 7. ASISTENCIA SOCIAL**
- 8. PARTICIPACIÓN SOCIAL**
- 9. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL**

SECTORIAL E INTERSECTORIAL.

- 10.- CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO,
INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO**
- 11.- INFORMACIÓN**
- 12.- CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES**
- 13.- OBSERVANCIA**
- 14.- BIBLIOGRAFÍA**

PREFACIO

En la elaboración de la Norma participaron:

- SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SSA
- DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD DE LA SSA
- DIRECCIÓN GENERAL D FOMENTO DE LA SALUD DE LA SSA
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, INFORMÁTICA Y EVALUACIÓN DE LA SSA
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
- PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD
- SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
- DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
- SECRETARIA DE MARINA
- SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
- INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE COLEGIOS MÉDICOS ESTATALES
- PETRÓLEOS MEXICANOS
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA

INTRODUCCIÓN

La salud se sustenta en las interacciones biológicas, económicas, sociales y culturales y es con ellas, un componente sinérgico del bienestar social. Así, la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia, la igualdad y la equidad sociales, es un derecho esencial de todos.

La política marcada por el Programa Nacional de Salud 1990-1994, Salud, Asistencia y Seguridad Social persigue impulsar la protección y el desarrollo de la salud de todos los mexicanos, al brindar servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente el mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con la participación de las comunidades y de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios, con prioridad para la atención a la población en las zonas de menor desarrollo socioeconómico ubicadas en áreas rurales y urbanas, con énfasis en la atención primaria a la salud.

El contenido de ésta Norma resalta la importancia de las medidas preventivas, la orientación adecuada, la atención temprana y la atención oportuna de los problemas de salud para evitar daños y secuelas en la población. Tiene la finalidad de dar la respuesta del Sector a la problemática de salud dentro del derecho constitucional a la protección de la salud.

La norma pretende convertirse en el sustento o “paraguas” para otras normas y su aplicación en los servicios de salud; sin embargo, se ha manifestado que la atención primaria a la salud tiene muchos aspectos y consecuencias, se exceden en gran medida los aspectos técnicos. En consecuencia, se requieren estrategias nacionales que tengan en cuenta todos los factores, tanto políticos, sociales y económicos como técnicos, que contribuyan a la superación de los problemas.

La norma, aunque perfectible, busca integrar los elementos y las actividades de la estrategia que permitan su pleno desarrollo y aplicación en la prestación de los servicios de salud en el sistema nacional de salud.

1.- OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

- 1.1. Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios y las actividades de operación del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de la prestación de servicios de salud a los individuos, la familia y la comunidad, con base en la estrategia de atención primaria a la salud.
- 1.2. Esta norma es de observancia obligatoria para todas las unidades de salud de los sectores público, sociales y privado del país.

2.- REFERENCIAS

Para la aplicación correcta de esta Norma es necesario consultar:

- 2.1. Norma Oficial Mexicana 007 SSA2 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- 2.2. Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica.
- 2.3. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación.
- 2.4. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales.
- 2.5. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus.
- 2.6. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

3.- DEFINICIONES

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

3.1. asamblea: reunión de habitantes de la comunidad que de acuerdo con los patrones culturales locales, tienen la facultad de intervenir en reuniones donde se toman decisiones y establecen compromisos colectivos. Es por ende, un foro importante en el que se analizan los principales motivos de enfermedad y muerte en la localidad y se establecen compromisos para actuar sobre sus causas.

3.2 AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: Voluntarios propuestos por la comunidad para ser capacitados por las instituciones en: 1. La formación de comités de Salud y Promotores Voluntarios; 2. La promoción de acciones de saneamiento básico mejoramiento de la vivienda, producción de alimentos y control de la fauna nociva; 3. El diagnóstico y tratamiento de enfermedades de baja complejidad; y 4. La derivación a unidades medicas de los casos para los cuales no fueron capacitados.

3.3. ASISTENCIA SOCIAL: Conjunto de acciones cuyo propósito es evitar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como proporcionar protección física, mental y social a personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

3.4. ATENCIÓN A LA SALUD: Conjunto de actividades integrales destinadas a asegurar condicione de bienestar físico, mental y social a los individuos, las familias y las comunidades: comprenden las de atención medica y otras relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.

3.5. ATENCIÓN MÉDICA: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

3.6. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud, lo que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de salud al llevar más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

3.7 COMITÉ LOCAL DE SALUD: Agrupación de individuos representantes de grupos organizados e instituciones que trabajan colectivamente con los problemas de bienestar y salud de la localidad. Está formado por representantes de grupos, organizaciones sociales gremiales, étnicas y privadas, de autoridades locales y de instituciones públicas de la localidad y se encarga de planear, ejecutar, dirigir y evaluar actividades relacionadas con la salud y el bienestar de la comunidad.

3.8. COMITÉ MUNICIPAL DE SALUD: Agrupación de individuos, grupos e instituciones que representan a la población para emprender con ellas acciones y programas en materia de salud. Está integrado por autoridades del ayuntamiento, líderes, directivos o representantes de instituciones públicas, directivos de organizaciones no gubernamentales y otros. Por tanto es responsable y encargado de organizar, dirigir y apoyar actividades de los programas de salud dentro de un espacio geográfico y político, como el municipio.

3.9 COMITÉ DE PLANEACIÓN DE DESARROLLO ESTATAL (COPLADE): Organismo público con personalidad jurídica y patrimonio propio encargado de mover y coadyuvar a la formulación, actualización, instrumentación y evaluación de los planes estatales de desarrollo; busca la compatibilidad local de los esfuerzos que

realicen los gobiernos federal, estatal y municipal tanto en proceso de planeación, programación, evaluación e información, como en la ejecución de obras y la prestación de servicios públicos. En él participan los tres niveles de gobierno así como los sectores social y privado.

3.10. **COMUNIDAD:** Grupo de individuos reunidos o dispersos que comparten su morada, fija o migratoria; que pueden presentar diversos grados y forma de organización y cohesión social, y que comparten distintos rasgos culturales, socioeconómicos y sociopolíticos así como intereses, aspiraciones y problemas comunes, incluso los de salud.

3.11. **COORDINACIÓN INSTITUCIONAL:** Integración de funciones y responsabilidades de los ámbitos: federal, estatal y municipal para determinar campos de acción y señalar facultades en materia de salud para cada uno de los tres niveles de gobierno, a fin de no obstaculizar acciones ni duplicar funciones.

3.12. **COORDINACIÓN SECTORIAL:** Proceso de integración de acciones técnicas y administrativas de una o varias instituciones del Sector Salud, que tiene como finalidad obtener de las distintas áreas de trabajo la unidad de acción necesaria para contribuir al mejor logro de los objetivos así como armonizar la actuación de las partes en tiempo, espacio, uso de recursos y producción de bienes y servicios para lograr conjuntamente las metas preestablecidas.

3.13. **COORDINACIÓN INTERSECTORIAL:** Una de las estrategias instrumentales del programa de mediano plazo del sector salud para vincular el propósito fundamental y los objetivos del Sector Salud con los correspondientes a los demás sectores, producto de la necesidad de extender la acción coordinada del Sector para realización, consulta y apoyo recíprocos con dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que se ubican en otros sectores de actividades.

Referida al ámbito de la planeación nacional, la coordinación intersectorial es la articulación entre dos o más sectores de la Administración Pública Federal con el

objeto de producir un cambio en la calidad de vida de la comunidad así como asegurar la compatibilidad entre los aspectos regionales y los planes estatales de desarrollo.

3.14. DIAGNOSTICO DE SALUD: Estudio descriptivo d la situación de salud de una comunidad, que se determina mediante la recopilación, la sistematización y el análisis de información básica que incluye indicadores de bienestar social y los factores de riesgo sociales, económicos biológicos y ambientales prevalentes, así como determinación y caracterización de los recursos que la comunidad dispone para resolver sus problemas y acontecimientos socioeconómicos y demográficos que identifican la realidad de salud sobre la cual se pretende planear.

3.15 EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Proceso organizado y sistemático con el cual se busca orientar a las personas a reforzar, modificar o sustituir conductas por aquellas que son saludables en lo individual, familiar y colectivo y en su relación con el ambiente.

3.16 FACTOR DE RIESGO: Característica o circunstancia relacionada con un aumento de la probabilidad de experimentar un daño a la salud en individuos, familias y comunidad. Los factores de riesgo pueden ser, tanto indicadores de riesgo, como causas de daño a la salud.

3.17 FAMILIA: Grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio, adopción u otra naturaleza.

3.18 FOMENTO DE LA SALUD: Proceso que promueve la autorresponsabilidad social en el cuidado de la salud y el ambiente, por medio de políticas sanas y la reorientación de los estilos de vida, con plena participación de la población, sus instrucciones y autoridades.

3.19 MEDICINA TRADICIONAL: Sistema de conocimientos empíricos, creencias y prácticas de transmisión oral destinadas a la prevención y curación de la enfermedad

como resultado de un complejo proceso histórico en el que persisten conocimientos indígenas ancestrales y que ejercen terapeutas socialmente reconocidos.

3.20 NIVELES DE ATENCIÓN: Organización del Sistema de Servicios de Salud que permite atender los problemas de salud de la población con base en la educación de los recursos de orden de complejidad creciente, de acuerdo con la tecnología disponible, para resolverlos en orden de frecuencia y complejidad de manera simultánea; se clasifican como sigue:

3.20.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Constituye la puerta de entrada a los servicios de salud y comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente; los servicios están enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia, epidemiología, saneamiento básico y protección específica así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso de padecimientos que se presentan con frecuencia cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

3.20.2 SEGURO NIVEL DE ATENCIÓN: Otorga servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del Primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médicoquirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Además; efectúan acciones de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario de apoyo a las realizadas en el primer nivel.

3.20.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: Desarrolla actividades de restitución de la salud y rehabilitación a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad doméstica y de tratamiento. En este nivel se realizan las funciones de apoyo especializado a la vigilancia epidemiológica, regulación y fomento sanitario mediante los laboratorios regionales de salud pública.

3.21 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA SALUD: Proceso mediante el cual se relacionan y organizan entre sí individuos, grupos, instituciones y autoridades para identificar problemas de salud, elaborar programas de trabajo y coordinar su ejecución, gestión de recursos y control y seguimiento de las acciones.

3.22 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD: Quehacer de un grupo o sector definido de la población para alcanzar algún propósito o expresar una posición específica en salud.

3.23 PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD: Acciones de la comunidad a favor de la elevación de la salud y la calidad de vida que se realizan en dos etapas: en la primera, se tiene que desarrollar un proceso de capacitación con el objeto de explicar y hacer consciente a la población acerca de las condiciones que propician daños a la salud. En la segunda, se busca que los habitantes efectúen actividades prioritarias y complementarias para prevenir riesgos a la salud.

3.24 PROMOTOR DE SALUD: Integrante institucional del equipo de salud, que participa en la promoción de los programas y promueve y apoya la constitución de grupos, asociaciones y demás estructuras que tengan como objetivo el mejoramiento de la salud individual y colectiva.

3.25 PROMOTORES VOLUNTARIOS: Personas de la misma comunidad motivadas e involucradas con el equipo y comité de salud para participar en acciones de diagnóstico de salud comunitario, detección y derivación de individuos y familias en riesgo y promoción a la salud, e incluso su propia familia.

3.26 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: Procedimiento de coordinación de las unidades operativas de los tres niveles de atención médica que facilita el envío, la atención, la recepción y el control de paciente entre aquellas con el propósito de brindar atención médica oportuna y de calidad idónea e integrar la prestación de servicios de salud en beneficio de la población, cuyo objetivo principal es lograr una atención médica eficiente y oportuna de los pacientes canalizados entre los diferentes

niveles de atención y regular el flujo de ambos sentidos, con optimización del uso racional de los recursos de salud.

3.27 REHABILITACIÓN: Aplicación coordinada de un conjunto de medidas físicas, psicológicas, educacionales y vocacionales para preparar, readaptar al individuo discapacitado, con el objeto de alcanzar la máxima capacidad funcional, social productiva de que puede ser capaz.

3.28 RIESGO: Medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, que se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

3.29 TERAPIA FÍSICA SIMPLIFICADA: Conjunto de actividades sencillas, de bajo costo y de escasa complejidad técnica destinadas a la restitución de las capacidades físicas perdidas o disminuidas por la enfermedad y en el caso sus secuelas.

3.30 TERAPIA OCUPACIONAL: cualquier actividad física o mental, perfectamente preescrita y guiada con el propósito de contribuir a la más rápida contribución de las enfermedades o lesiones.

3.31 SALUD: estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

3.32 Salud pública: Disciplina que conjuga conocimientos, técnicas, actividades y estrategias de diversas ciencias medicinales administrativas, esta orientada a la prevención de enfermedades así como el fomento y a la protección de salud y contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las colectividades humanas. Para su aplicación se parte de la identificación del estado de salud y de la jerarquización de problemas. Su enfoque es la resolución de los problemas prioritarios. Representan así, un esfuerzo coordinado y unificado de voluntades y recursos de las Instituciones del

Sistema Nacional de Salud, de los sectores público y privado y, particularmente, de comunidad.

3.33 Saneamiento básico: Conjunto de actividades mínimas esenciales para preservar un ambiente que no constituya un riesgo para la salud por medio del mejoramiento de la vivienda, potabilización de agua para consumo humano, disposición de excretas, basura y desechos, así como el control de la fauna nociva y transmisora.

3.34 Servicios de salud: Acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad.

3.35 Vigilancia epidemiológica: Estudio de la enfermedad que comprende la dinámica del proceso, el sustrato ecológico, el agente, el huésped, los transmisores y los reservorios, así como los complejos mecanismos responsables de la infección, entre los que debe considerarse la situación misma de la población.

4. Disposiciones generales

4.1 La vigilancia de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

4.2 Los procedimientos técnicos para la operación y ejecución de las acciones de atención primaria estarán destinados a:

- ✓ Afrontar las causas de la pérdida de la salud, así como sus consecuencias.
- ✓ Proporcionar atención médica integral, adecuada, continua y que sea aceptada por la comunidad, a un costo factible de cubrir por el país.
- ✓ Disponer de mecanismos de información y evaluación permanente a nivel de jurisdicciones sanitarias, Estado y nacional, que permitan conocer su impacto en la salud de la población.

4.3 La atención primaria a la salud se debe fomentar y generar fundamentalmente en las unidades médicas del sistema nacional de salud junto con el individuo, la familia y la comunidad, con actividades que se basan en el diagnóstico de salud de las localidades de su área de influencia.

4.4 Los servicios de atención primaria están representados por:

- Individuos, familia y comunidad.
- Sistemas locales de salud
- Unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención.
- Laboratorios de salud pública.
- Sectores y campos de actividades conexas al desarrollo nacional.

4.5 Los servicios de salud con base en la estrategias de atención primaria a la salud comprenden las acciones siguientes:

- Atención médica,
- Salud pública, y
- Asistencia social.

5. atención médica

5.1 La atención médica se imparte de manera integral, dirigida al individuo, la familia y la comunidad y comprende las actividades siguientes:

- Preventivas
- Curativas y
- De rehabilitación.

5.2 Las actividades preventivas son las siguientes:

- ❖ De promoción, atención materno-infantil,
- ❖ Consulta a sanos,
- ❖ Detección oportuna de enfermos,
- ❖ Aplicación de vacunas y productos biológicos,
- ❖ Prevención de accidentes,
- ❖ Salud mental,
- ❖ Salud bucal, y
- ❖ Estudio de contactos.

5.2.1 Las actividades de promoción deberán estar dirigidas a identificar riesgos y prevenir el daño en función de los estilos de vida que coincidan las principales causas de morbilidad y mortalidad, comprenden:

- Educación individual y familiar para el auto cuidado de la salud.
- Orientación general a la población, sobre los riesgos y daños a la salud en los procedimientos más frecuentes.
- Educación a la población sobre hábito higiénico-dietéticos con relación a la salud.
- Capacitación para la participación social.
- Promoción de procesos de participación social que conlleven a capacitar a los integrantes de la comunidad para conseguir su participación en la planeación, ejecución y evaluación de acciones y programas de salud.

5.2.2 La atención materno- infantil se llevara a cabo como lo indiquen las normas oficiales mexicanas específicas y comprende:

- Diagnostico y control del embarazo,
- Atención de parto y vigilancia del puerperio,
- Atención del recién nacido,

- Toxoide tetánico (TT)
- Toxoide tetánico diftérico (Td) adultos.
- Toxoide diftérico tetánico (DT) niños.
- Productos biológicos no incluidos en el programa de vacunación univesal.
- Antihepatitis B,
- Antiparotiditis,
- Antirubeola,
- Antitoxinas, y
- Otras vacunas.

5.2.6 La prevención de accidentes comprende las siguientes actividades:

- Enseñanza y aplicación de los primeros auxilios para prevenir complicaciones secundarias a un accidente.
- Promoción: integración y capacitación de grupos que desarrollan tareas comunitarias en la prevención, atención y control de daños a la salud en caso de accidentes.
- Educación: información respecto al problema de salud pública que representan los accidentes y su prevención.

5.2.7 La prestación de servicios de salud mental se proporciona a toda persona que lo requiera y comprende las siguientes actividades:

- Preventivas.
- Curativas y,
- De rehabilitación psicosocial.

5.2.8 Las acciones de salud bucal se realizarán haciendo énfasis en los grupos prioritarios menores de 14 años, embarazadas y enfermos crónicos y comprende las acciones siguientes:

- Educación para la salud.

- Control de placa dentobacteriana.
- Profilaxis, y
- Aplicación tópica de fluor.

5.2.9 El estudio de contactos comprende parte de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, y es el estudio de toda persona que haya tenido asociación con el caso, el fallecido y la fuente de infección o su ambiente durante el periodo de transmisibilidad del padecimiento. Su registro y notificación se efectuarán como lo indique la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica.

5.2.10 Las actividades preventivas se realizan en los lugares siguientes:

- unidad médica.
- Domicilio.
- Escuela,
- Centro laboral,
- Unidades aplicativas de asistencia social,
- Comunidad, y
- Otros.

5.2.11 Los personajes del equipo de salud que llevan a cabo estas acciones según corresponda son:

- Epidemiólogo,
- Médico
- Odontólogo,
- Enfermera,
- Promotor institucional,
- Trabajador social,
- Nutricionista,
- Pasante en servicio social, y
- Promotor voluntario.

5.3 Actividades curativas. Se realizan en función de la capacidad resolutoria de los niveles de atención de manera integral y como uso de la referencia y contrarreferencia según complejidad del problema de salud.

Las actividades curativas son las siguientes:

- Consulta de enfermos;
- curaciones, y
- Atención de urgencias.

5.3.1 La consulta a enfermos se proporcionan a toda persona que lo solicite y comprende las siguientes acciones:

- Apertura de expediente clínico familiar,
- Interrogatorio y exploración física,
- Exámenes de laboratorio y gabinete,
- Diagnóstico y tratamiento del padecimiento
- Diagnóstico y tratamiento integral paciente,
- Información al paciente.
- Tratamiento del núcleo familiar,
- Manejo multidisciplinario,
- Cita a consulta subsecuente,
- Educación para la salud del individuo,
- Transferencia oportuna a otro nivel atención en caso necesario y
- Transferencia a la unidad para seguimiento y control.

5.3.2 Las curaciones se realizan en pacientes de lesiones leves, los pacientes con lesiones graves se transfieren a una unidad de salud de mayor complejidad.

5.3.3 La atención de urgencias se proporcionan de manera inmediata y para el manejo del momento o estado crítico; si es necesario se refiere paciente a una unidad de mayor complejidad.

5.3.4 Las actividades curativas se realizan los lugares siguientes:

- Unidad médica,
- Domicilio
- Escuelas,
- Centros de trabajo, y
- En el lugar que se requiera (atención de urgencias)

5.3.5 El personal del equipo de salud que lleva a cabo las acciones curativas es:

- Médico
- Odontólogo
- Enfermera
- Trabajadora social
- Nutricionista, y otros.

5.4 Actividades de rehabilitación.

5.4.1 Las actividades de rehabilitación son las siguientes:

- Identificación y detección de casos,
- Terapia física simplificada
- Terapia ocupacional
- Terapia de apoyo individual y familiar y
- Rehabilitación ocupacional, social y mental.

5.4.2 La identificación y detección de casos se lleva a cabo por medio del diagnóstico de deficiencia, discapacidad e invalidez mediante la participación comunitaria, la consulta médica y la visita domiciliaria.

5.4.3 La terapia física simplificada se efectúa en pacientes con lesiones leves del aparato locomotor y los pacientes graves se refieren a una unidad de mayor complejidad.

5.4.4 La terapia ocupacional debe orientarse a toda la población susceptible.

5.4.5 La terapia de apoyo individual y familiar se proporciona mediante la integración de escuelas, padres y grupos.

5.4.6 La rehabilitación ocupacional, social y mental a la población que lo requiere debe programarse por medio de la coordinación interinstitucional existente.

5.4.7 Las actividades de rehabilitación se realizan en los lugares siguientes:

- Unidad médica
- Unidades de rehabilitación
- Consultorio
- Domicilio y
- Otros

5.4.8 Las actividades de rehabilitación podrán ser efectuadas por:

- Médico
- Psicólogo
- Trabajador social
- Paramédico
- Promotor
- Terapeuta físico y terapeuta ocupacional.
- Médicos tradicionales o recursos comunitarios de salud,
- Paciente y
- Familiares.

6. Salud pública

6.1 La salud pública está enfocada a la comunidad y comprende las actividades siguientes:

- Fomento a la salud y
- Protección a la salud.

6.2 Las actividades de fomento a la salud son las siguientes:

- Promoción de la participación social, y
- Educación para la salud a la comunidad.

6.2.1 La promoción de la participación social se lleva a cabo a través de las siguientes etapas.

6.2.1.1 Planeación participativa: consiste en involucrar a la sociedad en la definición de problemas de salud y en las alternativas de solución por medio de grupos organizados y comités locales y municipales de salud.

6.2.1.2 Concentración y coordinación: se refiere a la conjunción de esfuerzos y recursos del gobierno local, instituciones de salud, organismos privados, asociaciones y clubes de servicios a favor de la salud individual, familiar, colectiva y ambiental.

6.2.1.3 Capacitación: a fin de proporcionar elementos teórico prácticos que permitan a todos los factores sociales involucrados participar en la promoción, cuidado y control de la salud.

6.2.1.4 Liderazgo: función que tienen las instituciones de salud como elementos dinamizadores a las organizaciones, sociales y del Gobierno, para estimular su participación en la definición, ejecución, supervisión y seguimiento de los problemas de salud.

6.2.1.5 Comunicación educativa: difusión de mensajes a favor de la salud, la utilización de los servicios y la promoción de la participación social.

6.2.2 Educación para la salud de la comunidad: permite que la población capacitada se convierte su vez en promotora-educadora y se efectúa mediante las siguientes acciones:

- ▣ Identificar las necesidades de educación para la salud.
- ▣ Identificar los grupos sujetos a la educación para la salud.

- ❧ Planear los contenidos educativos.
- ❧ Establecer las estrategias educativas.
- ❧ Definir los lugares y ejecutores de las actividades de educación para la salud,
y
- ❧ Establecer estrategias de seguimiento para las actividades de educación para la salud.

6.2.3 La educación para la salud de la comunidad se realiza con base en las normas oficiales mexicanas específicas que emita la Secretaría de Salud.

6.3 Las actividades de protección a la salud son las siguientes:

- ❑ Conocimiento del estado de salud de las comunidades.
- ❑ Identificación y jerarquización de los problemas de salud, de sus factores causales y condiciones de riesgo.
- ❑ Vigilancia epidemiológica.
- ❑ Prevención de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.
- ❑ Vacunación a población susceptible.
- ❑ Capacitación a la población para casos de desastres.
- ❑ Prevención de accidentes y enfermedades de trabajo.
- ❑ Prevención de adicciones.
- ❑ Prevención de accidentes en el hogar y en la vía pública.
- ❑ Prevención de caries y parodontopatías.
- ❑ Prevención de trastornos de personalidad de enfermedades ocasionadas por la privación de cuidados y atención de los padres y/o sociopatías.
- ❑ Control sanitario de alimentos.
- ❑ Control sanitario internacional.
- ❑ Salud pública veterinaria, y
- ❑ Saneamiento básico.

6.3.1 El conocimiento del estado de salud de comunidades habrá de realizarse y actualizarse al ámbito de responsabilidad de cada institución de salud, en los niveles

nacional, estatal y municipal integrarse, de ser posible con el de instituciones en dichos niveles. Es indispensable la participación conjunta y activa entre al equipo de salud y la población en esta actividad.

Para la obtención, el registro y la explotación de los datos del diagnóstico de salud de las comunidades se utilizarán los formatos simplificados o emitidos por la Secretaría de Salud y podrá adaptarse en cada institución según necesidades.

6.3.2 La identificación y jerarquización de problemas de salud, de sus factores causales y las condiciones de riesgo, actividad lógica consecuente del punto anterior; optimiza recursos, esfuerzos en la resolución de problemas frecuentes, trascendentes y vulnerables; asimismo incide en los principales factores que originan aparición y permanencia, se lleva a cabo de manera coordinada en los tres niveles de gobierno instituciones de salud y se utilizan los criterios y métodos normados por la Secretaría de Salud.

6.3.3 La vigilancia epidemiológica es la estrategia por medio de la cual se detecta oportunamente las variaciones en la aparición y distribución de las diferentes enfermedades sujetos a control según las normas emitidas por la Secretaría de Salud. Se lleva a cabo en los niveles de gobierno y en cada institución de salud.

Sus pilares fundamentales son el nivel local y la notificación oportuna, para la atención adecuada. Sus funciones, actividades, acciones, técnicas y procedimientos en general y específicos para cada enfermedad sujeta a control, se efectúan según las normas oficiales mexicanas emitidas por la secretaria de salud.

6.3.4 La prevención de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas se realiza de acuerdo con las normas oficiales mexicanas correspondientes, emitidas por la secretaria de salud y su campo de acción son los tres niveles de gobierno y las áreas de responsabilidad de las diversas instituciones de salud.

6.3.5. La vacunación a grupos, la capacitación a población en caso de desastre, la prevención de accidentes y enfermedades del trabajo, la de adicciones, la de

accidentes en el hogar y en la vía pública, la de caries y parodontopatías, la de trastornos de la personalidad, de las enfermedades ocasionadas por la privación de los cuidados y atención de los padres y otras sociopatías, el control sanitario de los alimentos, el control sanitario internacional y la salud pública veterinaria se llevan a cabo como se indica en las normas oficiales mexicanas específicas emitidas por la Secretaría de Salud.

6.3.6. El saneamiento básico comprende la promoción de las acciones siguientes:

- Mejoramiento de la vivienda,
- Vigilancia de la potabilización del agua y adecuado manejo de alimentos para consumo humano,
- Disposición sanitaria de excretas y basuras, y
- Control de fauna nociva y transmisora.

6.3.7. Las actividades de salud pública se llevan a cabo por el personal de salud en los lugares siguientes:

- Unidad médica,
- Hogares, escuelas y sitios de reunión,
- Centros laborales
- Unidades que prestan asistencia social,
- Comunidad, y
- Otros.

6.3.8 Las actividades de salud públicas las efectúa personal del equipo de salud.

- Médico,
- Epidemiólogo,
- Promotor,
- Trabajadora social,
- Enfermera,
- Técnicos, y
- Otros.

7. ASISTENCIA SOCIAL

7.1 La asistencia social es un servicio de salud que debe prestarse a toda persona que se encuentre transitoria o permanentemente en estado de desprotección física, mental, económica o social, para contribuir a su bienestar e incorporarla a una vida social satisfactoria.

7.2. La asistencia social comprende las acciones siguientes:

- Identificación y detección de casos con desprotección social, y
- Referencia a una unidad de asistencia social.

7.3. La identificación y detección de casos de desprotección social se lleva a cabo mediante la verificación de estados de abandono o desamparo tal como se indique en las normas oficiales mexicanas específicas emitidas por la secretaria de salud.

7.4. La referencia de casos con desprotección social se efectúa hacia una unidad de asistencia social.

7.5. La identificación y detección de casos de desprotección social se lleva a cabo en los lugares siguientes:

- Unidad médica,
- Domicilio,
- Escuela,
- Vía pública,
- Otros.

7.6. Las actividades de asistencia social podrán ser efectuadas por:

- Médico,
- Trabajadora social.

- Enfermera,
- Promotor de salud,
- Grupo voluntario, y
- Otros.

8. PARTICIPACIÓN SOCIAL

8.1. Se promoverán tanto la participación de agrupaciones sociales en la orientación y difusión de los beneficios y alcances de la atención primaria como la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud.

8.2. Para que la Atención Primaria a la Salud sea socialmente aceptable por individuos y grupos se respetaran en todo caso los grupos sociales constituidos; ellos deberán definir con claridad el grado y tipo de su participación.

8.3. Participación Social: la comunidad tiene importancia por ser el ámbito donde se concretan los programas del Sistema Nacional de Salud con la participación de instituciones, organizaciones y autoridades de gobierno y donde se logra efectivamente el objetivo de fomentar y fortalecer una nueva cultura de salud y de autorresponsabilidad en el cuidado de la misma. Por ello.

8.4. La participación de la comunidad deberá vincular las actividades de salud institucionales con las de organizaciones comunitarias, desde realizar acciones o facilitar el financiamiento, hasta la evaluación de programas.

8.5. Se establecerán los mecanismos necesarios para la supervisión y evaluación de los servicios y de sus prestadores de acuerdo con los lineamientos establecidos por en nivel nacional al estatal y de éste a las jurisdicciones y sus ámbitos locales.

8.6. Será promovida por diferentes medios la participación voluntaria para estímulo de la población.

8.7. Se obtendrá la colaboración del personal empírico local (parteras tradicionales, médicos indígenas y curanderos), así como la inclusión de la medicina alternativa (homeópatas, herbolarios, acupunturistas, quiroprácticos) y del voluntariado, para la atención a la salud.

9.COORDINACIÓN INSTITUCIONAL, SECTORIAL E INTERSECTORIAL

9.1 Para fines de la aplicación de esta NO deberá entenderse que la coordinación propuesta de carácter funcional, respetando en todo momento las políticas internas de las instituciones organismos u organizaciones sociales participantes.

9.2. Esta coordinación debe realizarse en ámbitos nacional, estatal y municipal por medio de los comités o consejos que para tal efecto se establezcan.

9.3. La coordinación sectorial tiene como objetivo que las instituciones que configuran el sector cumplan con las disposiciones, funciones y actividades que componen la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

9.4. La coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud tiene como objeto facilitar el acceso a los servicios con equidad y calidad.

9.5. Entendida a la atención a la salud como indicador fundamental del bienestar social, debe establecerse la coordinación y conseguir la participación de otros sectores e instituciones vinculadas al desarrollo social y económico de la población en sus ámbitos de responsabilidad.

9.6. Para tal caso y de acuerdo con lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y estrategia de Atención Primaria, debe recurrirse los COPLADES (Comités de Planeación Desarrollo) estatales y municipales.

9.7. Se considera necesario establecer coordinación institucional a fin de promover, difundir y establecer las actividades de la Estrategia en Atención Primaria a la Salud en los diferentes niveles operativos de las instancias participantes.

9.8. Se precisa fortalecer los Sistemas Locales de Salud, para otorgar servicios integrales que modifiquen los riesgos y mejoren la calidad de vida de la población, de acuerdo con los recursos de instituciones.

10. CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO

10.1. La capacitación del recurso humano para la salud debe ser impartida por personal calificado de preferencia con experiencia operativa en los Sistema Locales de Salud, reforzando conceptos de Atención Primaria a la Salud y se debe enfocar a:

- Identificación y análisis de las necesidades de capacitación,
- Determinación de los grupos capacitar,
- Elaboración de los programas de capacitación y adiestramiento con enfoques multidisciplinario y de trabajo de equipo,
- Realización de eventos de capacitación,
- Utilización del adiestramiento en servicio,
- Utilización de técnicas de auto-enseñanza,
- Seguimiento y evaluación de los procesos educativos.

11. INFORMACIÓN

El riesgo y la información de las actividades y acciones que se realizan en las unidades del Sistema Nacional de Salud se llevaran a cabo conforme a los métodos de información institucionales.

12. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES

A la fecha de elaboración de esta Norma no se encontró concordancia con alguna Norma internacional.

13. OBSERVANCIA DE LA NORMA

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud y su vigilancia corresponde a la Secretaría de Salud, a los gobiernos de los estados y a las instituciones del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de sus respectivas competencias.

14. BIBLIOGRAFÍA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 4º y 123.

Ley General de Salud: Título Primero,

Disposiciones Generales, Título Segundo, Sistema Nacional de Salud, Título Tercero, Prestación de los servicios de salud; Séptimo, promoción de la Salud; y, Título octavo, Prevención y control de enfermedades y accidentes.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Art. 24.

Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.

Programa Nacional de Salud 1990-1994.

Alma-Ata 1978: Atención Primaria a la Salud; Organización Mundial de la Salud; Ginegra 1978.

OPS. La crisis de la Salud Pública; Reflexiones para el debate. Publicación científica No.590 Washinton, 1992.280 pp.

SSA. DGFS. Programa de Fomento de la Salud. México, 1990.

SPP. Glosario para el proceso de planeación México, julio, 1985. 125 pp.

Manual sobre el enfoque de riesgo en le Atención Materno Infantil, serie Paltex, para ejecutores de programas de salud; capítulos II Y III México, 1986.

“ La Salud Pública, Campo del Conocimiento y Ambito para la Acción” Frenk J; Revista de Salud Publica de México, 1988, 30;246-254.

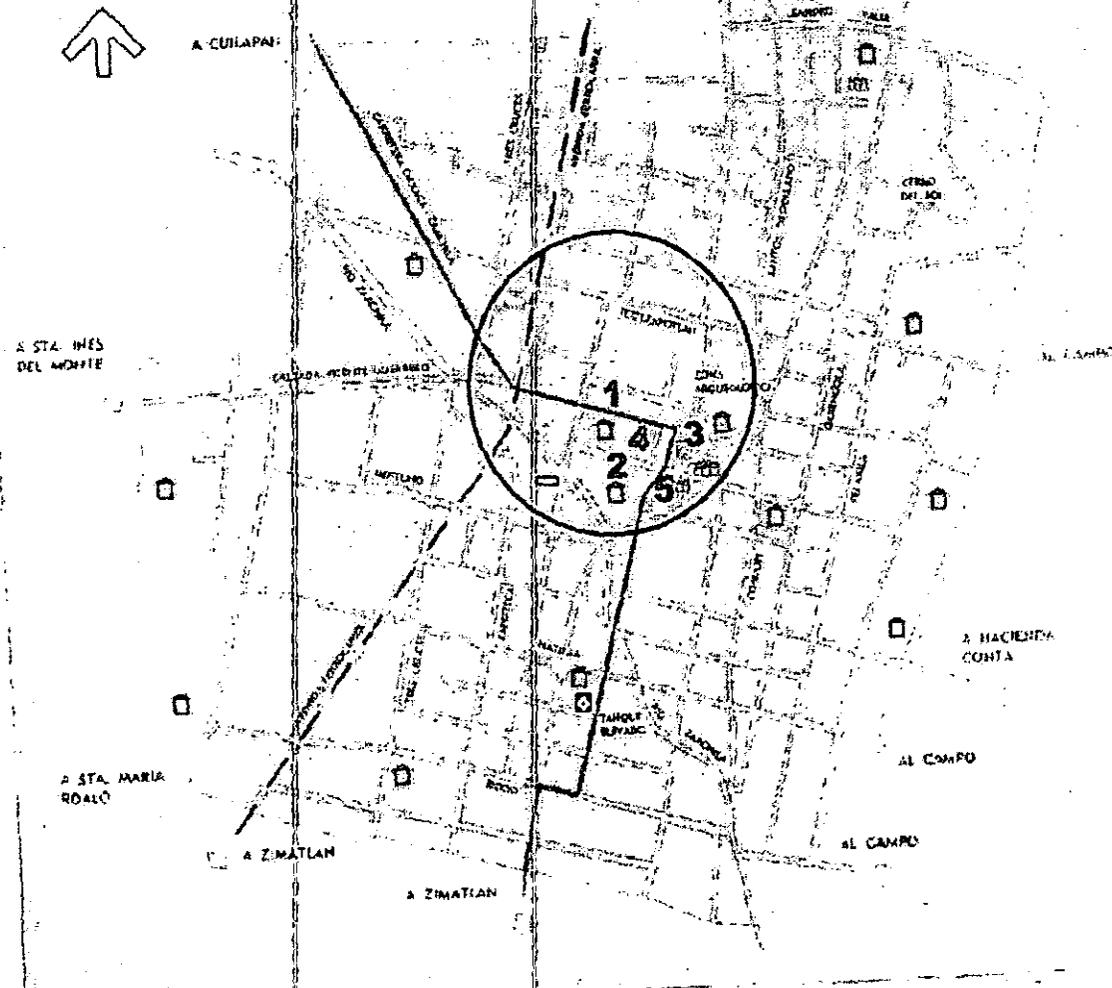
Bases de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol.113, Nos.5 y 6, Noviembre y Diciembre, 1992;
Pág. 549.

Sistemas Locales de Salud; Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo; Junio 1990, pp. 147 y 149.

Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes;
Secretaria de Salud, Subsecretaria de Servicios de Salud; México, 1988; pág. 11.

México, D.F., a 30 de marzo de 1994.- El Director General de Regulación de los Servicios de Salud, Eduardo de Gortari Gorostiza.-Rúbrica.

PLANO. VILLA DE ZAACHILA, OAXACA.



LAS CIUDADES DE OAXACA
 ESTE PLANO Y PLANOS ANEXOS
 SON DE LOS DISEÑOS DE LOS
 INGENIEROS

ESTABLECIMIENTO

- PALACIO
- ESCUELA
- DEPORTE
- ZOOLOGICO
- MERCADO
- UNIDAD MEDICA
- ESTACION DE FERROCARRIL
- FERRIS

PARQUE INFANTIL

PREDIO

- 1-PIEP
- 2-INEA
- 3-CASA DEL PUEBLO
- 4-DIF
- 5-BIBLIOTECA MUNICIPAL

VILLA DE ZAACHILA
 OAXACA

0 100 METROS

PLAN DE DESARROLLO

P-1