



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INTERVENCION DEL LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PARA LA
IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO
QUE CAUSAN DAÑOS A LA SALUD EN LA
COMUNIDAD DE LA COLONIA CHINAMPAC
DE JUAREZ

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**
P R E S E N T A N
YEIMY HERNANDEZ CONTRERAS
HAYDEE HERRERA CHAVARRIA

ASESORA: MAESTRA JUANA BAROJA CRUZ



MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INTERVENCIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE
RIESGO QUE CAUSAN DAÑOS A LA SALUD EN LA
COMUNIDAD DE LA COLONIA CHINAMPAC DE JUÁREZ**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:**

**YEIMY HERNÁNDEZ CONTRERAS
HAYDEE HERRERA CHAVARRÍA**



ASESORA MAESTRA JUANA BAROJA CRUZ

MÉXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2004

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA	
1.1. JUSTIFICACIÓN	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.3. HIPÓTESIS	6
1.4. OBJETIVO	6
1.5. VARIABLES	7
1.6. INDICADORES DE VARIABLE DE ESTUDIO	7
1.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES	7
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. TIPO DE ESTUDIO	9
2.2. POBLACIÓN, UNIVERSO Y MUESTRA	10
2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	12
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	12
2.5. FUENTES DE INFORMACIÓN	12
2.6. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN	12
2.7. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	12
2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	13
2.9. PRUEVA PILOTO	13
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. RIESGO	14
3.1.1. FACTOR DE RIESGO	16
3.1.2. INDICADORES Y CAUSAS	16
3.1.3. ENFOQUE DE RIESGO	17
3.2. SALUD	18
3.2.1. DETERMINANTES DE SALUD	22
3.3. COMUNIDAD	24

3.3.1. ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD	28
3.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD	29
3.3.3. SALUD COMUNITARIA	31
3.4. ENFERMERÍA COMUNITARIA	35
3.4.1. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA.....	37
3.5. PROMOCIÓN DE LA SALUD	39
3.5.1. PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	40
3.5.2. ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	43
3.5.3. CAMPOS DE ACCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	44
3.6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	46
3.6.1. ORIENTACIONES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	48
3.7. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	51
3.7.1. EQUIPO DE SALUD	56
3.7.2. CENTRO DE SALUD	57
3.7.3. CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	57
3.7.4. TIPOS DE ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	59
3.7.5. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD.....	60
3.7.6. ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA.....	61
3.7.7. REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD	63
3.7.8. MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD	64
4. ESTUDIO DE COMUNIDAD DE LA COLONIA CHINAMPAC DE JUÁREZ.....	67

5. FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA COLONIA CHINAMPAC DE JUÁREZ	79
6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	80
7. PROPUESTA	
7.1. INTRODUCCIÓN	127
7.2. JUSTIFICACIÓN	129
7.3. OBJETIVOS	130
7.4. PROPUESTA	131
CONCLUSIONES	132
BIBLIOGRAFÍA	134
ANEXOS	137
ENCUESTA, CRONOGRAMA	

INTRODUCCIÓN

Una de las necesidades primordiales en la sociedad es la salud, y es la sociedad junto con los profesionales del área de salud quienes deben ser responsables de éste problema y de su solución; ya que uno de los principales factores condicionantes de la enfermedad o la salud esta dado principalmente por el sistema socioeconómico que existe en una comunidad.

El nivel de salud esta condicionado por la interacción de factores de muy diversa indole (social, económico, biológicos, políticos, educacionales y culturales); que intervienen en grado variable según la persona, el tiempo y el lugar en donde se desarrolla, otro de los factores que de igual modo interviene en el proceso salud – enfermedad de las familias es la organización del sistema de salud y los modelos de atención de la salud.

Cabe señalar que la salud y la enfermedad son un asunto de orden público y comunitario y que no se puede ver desde una perspectiva individual, sino colectiva; ya que están íntimamente relacionados con la calidad de vida y la manera como el ser humano se organiza para producir, consumir, reproducirse e interactuar con su medio ecológico y social.

Muchas de las enfermedades ya han sido controladas, pero otras tantas surgen con una fuerza impresionante y esto, debido a los factores de riesgo que existen en nuestra sociedad, por lo cual es importante detectar dichos factores y luchar para disminuirlos; nosotras como Licenciadas en Enfermería y Obstetricia tenemos la responsabilidad y el deber de detectar los factores de riesgo que condicionan la salud, por lo cual trabajamos con las familias de la colonia Chinampac de Juárez, detectando dichos factores: conjuntamente se conocerá el estado de salud de dicha comunidad con el propósito de aminorar los factores condicionantes de enfermedades, si esto es necesario y posible.

La presente investigación se realiza para detectar los factores de riesgo que causan daños a la salud en la comunidad de Chinampac de Juárez, para lo cual se compone de 5 capítulos, en el capítulo número I, encontramos la justificación del tema, en la cual ubicamos las causas de la presencia de enfermedad y los factores de riesgo que intervienen en dicho proceso., el planteamiento de problema, en el cual describimos la realidad de éste en relación con el medio dentro del cual aparece., hipótesis, objetivos, variables dependiente e independiente, indicadores de variable, y definición de variables las cuales son muy importantes para la realización del cuestionario. En el capítulo 2, encontraremos la metodología de dicha investigación, la que incluye en su contenido el tipo de estudio, que es descriptivo, observacional y transversal; la población y muestra, en el que se describe el número de habitantes de la colonia Chinampac de Juárez y el número de familias a estudiar para ésta investigación. También se incluyen los criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de investigación, las fuentes de información necesarias, métodos de recolección; recursos humanos, materiales y financieros; consideraciones éticas y los resultados de la prueba piloto.

En el capítulo número 3, en el que se encuentra el marco teórico que incluye temas indispensables para el desarrollo de dicha investigación como son riesgo, factor de riesgo, indicadores y causas de dichos riesgos, qué es enfoque de riesgo; salud, determinantes de salud; comunidad, elementos de la comunidad, características de una comunidad; salud comunitaria, enfermería comunitaria, ámbitos de actuación de la enfermería comunitaria; etc. El capítulo 4 incluye los factores de riesgo que detectamos después de la aplicación de una encuesta, en la colonia Chinampac de Juárez. Incluye también el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos con dicha encuesta.

El capítulo número 5 incluye una pequeña propuesta, para disminuir los factores de riesgo encontrados en la colonia Chinampac de Juárez. Y para finalizar la investigación encontraremos nuestras conclusiones, la bibliografía y los anexos.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

1.1. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad es un fenómeno biológico, psíquico, pero también social; debido a que en ella intervienen factores sociales que a su vez tienen consecuencias para el individuo.

La existencia de una enfermedad determinada en una sociedad no es una casualidad, tiene una figuración definida por la etiología, la incidencia, el predominio y la mortalidad; en su relación con la edad, el sexo, la clase social, la ocupación, el modo de vida y otros factores conectados de una u otra forma con la estructura, la cultura y la psicología de una sociedad.

Uno de los factores de riesgo más importantes que intervienen en el proceso salud – enfermedad es el económico, ya que afecta principalmente a las clases media y baja, el deterioro de las condiciones económicas tiene repercusiones directas en la desocupación real y eso se observa directamente en las condiciones nutricionales de la población en especial en los menores de cinco años; a su vez esto tiene repercusión directa en el incremento del índice de enfermedades infecto – contagiosas, además de que el incremento en la desocupación disminuye el nivel de vida y favorece la aparición de las patologías sociales y la violencia.

El gobierno, también contribuye al deterioro de la calidad de vida; ya que al incrementar las tarifas de los servicios públicos, afecta las medidas de higiene corporal, alimentaria y de vivienda. En realidad el estado de salud – enfermedad de una comunidad humana es el producto de toda la vida social y de las relaciones sociales; es decir, que no se puede concebir la salud de una comunidad si no se considera la realidad social en la que vive la población.

Puede decirse que la salud – enfermedad en las sociedades humanas es un proceso social e histórico; en otras palabras es el riesgo a que se expone el ser humano viviendo en una sociedad que él mismo ha producido artificialmente.

La salud – enfermedad es entonces el producto global de un complejo proceso de determinantes sociales con dimensiones y relaciones diferentes en cada caso y que pueden conducir según las circunstancias y las reacciones orgánicas individuales, a la salud, a la enfermedad, a estados intermedarios o a la muerte.

Esta situación dinámica en que nos encontramos es el producto del riesgo de vivir en sociedades o en comunidades cuyo ambiente es formado por la actividad del hombre y por consiguiente cargado de elementos que pueden ser tanto protectores como desfavorables para nuestra ecobiología.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad de pensar en el concepto de salud en la comunidad y el origen de nuestros problemas de salud – enfermedad que se han multiplicado cada vez más y la necesidad de reflexionar sobre los sistemas de salud que hasta el día de hoy utilizamos y en los cuales nos encontramos inmersos como prestadores de un servicio de salud es una de las tareas del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el primer nivel de atención; debido a que existen diversos factores de riesgo que pueden provocar dicho proceso, esto, aunado, a que la mayoría de las familias poseen poca o nula información para su autocuidado, son el resultado de un alto índice de enfermedades en nuestra actual sociedad; por lo cual es importante que como profesionales de la salud demos a conocer dichos factores de riesgo y fomentemos estilos de vida que permitan mejorar la salud de la población, así como disminuir la morbilidad y por ende la mortalidad, incluso evitar el ingreso desmesurado de personas a un segundo o tercer nivel de atención.

Ante las exigencias de la vida social, esto repercute sin duda en la comunidad sobre todo en la clase de bajos recursos económicos, ya que no cuenta con los medios para enfrentarse a dichos factores de riesgo lo cual contribuye a que se presente el estado patogénico.

La presente investigación se realiza para identificar los factores de riesgo económicos, educacionales y sociales que afectan a la comunidad para orientar y fomentar el cuidado de la salud y prolongación de la vida, ya que la salud permite bienestar, eficiencia y capacidad de desarrollar acciones útiles al individuo y a la sociedad.

Ante la situación planteada actualmente, se desea conocer si en la comunidad de Chinampac de Juárez; ¿Existen factores de riesgo (económicos, educacionales y sociales) que afecten a dicha comunidad?

1.3. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo que pueden provocar daños a la salud a la población de la colonia Chinampac de Juárez, están relacionados con la edad, escolaridad, ingreso económico, roles, hábitos higiénicos y alimentación; así como servicios con los que cuenta dicha comunidad.

1.4. OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo que causen daño a la salud en la comunidad de la colonia Chinampac de Juárez, en el año 2003, mediante la intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

1.5. VARIABLES

✦ *VARIABLE INDEPENDIENTE:* Los factores de riesgo que causan daños a la salud en la colonia Chinampac de Juárez

✦ *VARIABLE DEPENDIENTE:* Daños a la salud.

1.6. INDICADORES DE VARIABLE DE ESTUDIO

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Lugar de nacimiento
- No. De integrantes
- Padres trabajadores
- Tipo de trabajo
- Ingreso económico familiar
- Roles
- Hábitos higiénicos
- Tipo de alimentación
- Servicios con que cuenta
- Flora
- Fauna

1.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

- ④ **Edad de los integrantes:** Número de años cumplidos de cada integrante de la familia.
- ④ **Número de integrantes:** Número de los individuos que constituyen la familia, individualmente de los lazos consanguíneos.
- ④ **Padres trabajadores:** Progenitores que desempeñan una labor para obtener ingresos económicos para satisfacer las necesidades de la familia.
- ④ **Ingreso mensual:** Total de egresos percibidos por la familia en moneda nacional.
- ④ **Escolaridad:** Nivel académico de cada uno de los integrantes de la familia.
- ④ **Roles de los integrantes de la familia:** Funciones que desempeñan los integrantes de la familia.
- ④ **Hábitos higiénicos:** Actividades que desempeña la familia para eliminar agentes de fuentes de infección.
- ④ **Enfermedades que se presentan en su familia mas frecuente mente:** Padecimiento más comunes con respecto a su estado de salud en su familia
- ④ **Tipo de alimentación:** Variedad de productos que ingiere la familia con el fin de nutrirse.

- ④ **Servicios con que cuentan:** Beneficios de orden social con que cuenta la familia.
- ④ **Tipo de trabajo:** Actividad que desempeñan los integrantes en especial los padres (con el fin de ingreso económico).
- ④ **Flora:** Vida vegetal a diferencia de la animal que existe en un ambiente específico o se adapta para vivir en él.
- ④ **Fauna:** Todos los animales, incluyendo las formas microscópicas, en el área considerada.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

El estudio realizado es de tipo descriptivo, observacional y transversal.

Descriptivo: Por que pretende generar conocimientos relacionados con las intervenciones de enfermería en la promoción a la salud, con base en la valoración de factores de riesgo, con el fin de contribuir a la prevención.

Observacional: Por que la observación directa e indirecta de los factores de riesgo nos permitirá establecer las intervenciones que el personal de enfermería debe realizar para la prevención, así como la limitación de daños a la salud.

Transversal: Por que se realiza durante un solo corte de tiempo y en una situación dada, permitiendo sin embargo que sea retomado posteriormente para un mayor impacto.

2.2. POBLACIÓN, UNIVERSO Y MUESTRA

En ésta investigación no fue posible estudiar el universo en su totalidad, ya que éste es muy grande; los recursos con los que se cuenta son insuficientes, por lo que se utilizó como estrategia la selección de una muestra representativa y útil para los fines perseguidos, que nos permitió extrapolar los resultados obtenidos a la población estudiada. Lo importante no es el porcentaje de la población sino el número de ésta.

La población total de la comunidad es de 60029 habitantes; con un total de 12006 familias; como la población es muy grande se tomará un tamaño de muestra del 5 % para realizar encuestas a un representante de la familia equivalente a 300 encuestas.

2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ❖ Un representante de cada una de las familias que habiten en la colonia Chinampac de Juárez, presentes el día de la aplicación de la encuesta y que estén de acuerdo en responder dicha encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ Familias ausentes y renuentes a la aplicación de la encuesta.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.5. FUENTES DE INFORMACIÓN:

- ✓ Libros, direcciones electrónicas, artículos de revistas, tesis, estadísticas.

2.6. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN:

- ✓ Encuesta.

La encuesta para la valoración de los factores de riesgo se elaboró tomando en cuenta los diversos factores de riesgo relacionados con su estado de salud, esto constanding de preguntas abiertas y cerradas.

2.7. RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y FINANCIEROS

✓ **RECURSOS HUMANOS:**

Asesora de tesis: Maestra Juana Baroja Cruz.

Personal del Centro de Salud T – III Chinampac de Juárez.

Responsables de la investigación: Yeimy Hernández Contreras, Haydeé Herrera Cavaria.

✓ **RECURSOS MATERIALES:**

De papelería, computadora.

✓ ***RECURSOS FINANCIEROS:***

Solventados por las responsables de la investigación.

2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que en la presente investigación se trabaja con seres humanos, fue necesario establecer lineamientos éticos:

- ☉ Se respetará la decisión de las personas que no deseen participar tanto en la aplicación de la encuesta como en la presente investigación.
- ☉ La información proporcionada por las personas será confidencial y se encuentra bajo la responsabilidad de las titulares de la investigación.
- ☉ Los instrumentos aplicados a la comunidad serán destruidos tres meses después del término de la investigación.

2.9. PRUEBA PILOTO

Se utilizó para validar los instrumentos de recolección de datos, corregir errores, congruencia de los reactivos y agregar algunos datos.

Para ésta prueba se aplicó un cuestionario a 10 personas en la colonia de cada una de las responsables de la investigación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. RIESGO

En toda sociedad y comunidades, familias e individuos existe una probabilidad de enfermar, accidentarse o morir, a éstos grupos con dicha probabilidad se les llama "vulnerables."

La vulnerabilidad es especial, ya sea por la salud o por la enfermedad es el resultado de un número de características interactuantes; biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., las que reunidas confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano, o de sufrir una enfermedad en el futuro.

Es así como las mujeres embarazadas, los niños, los emigrantes, las personas de edad avanzada y los grupos con pocos recursos, son especialmente vulnerables, mientras que los opulentos y el grupo de adultos jóvenes son generalmente menos vulnerables.

El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos posean factores que determinen un "riesgo" especial de alteración de la salud, implica una serie de cadena o secuencia. Algunos de estos atributos pueden ser descritos con detalle, por ejemplo: Desnutrición, infancia, vejez y embarazo.

Existen también riesgos de una comunidad derivados, por ejemplo, la presencia de infecciones gastrointestinales en una región, la contaminación ambiental, el abastecimiento insuficiente de agua, la pobreza o deficiencias de los servicios de salud.

La identificación de un riesgo en estos casos es el descubrimiento de una necesidad, cuya cuantificación es un componente esencial en la determinación de prioridades, en la selección de intervenciones y en la distribución de recursos humanos, materiales y económicos.¹

¹ Tomado de OPS/OMS **El enfoque de riesgo en la atención a la salud**. Washington: OPS/OMS. Serie Paltext, No. 7, 1986, pp. 9-11

Al hablar de “*riesgo*” nos referimos por lo tanto a la probabilidad de sufrir un daño (enfermedad, muerte, discapacidad). La medición de dicha probabilidad es la base del enfoque de riesgo para determinar la necesidad de atención a la salud de las poblaciones, esto se expresa como tasas de incidencia o muerte.

La probabilidad de que se presente un suceso, es mayor cuando se presentan una o más características o factores que determinen dicho suceso.

El enfoque de riesgo considera el supuesto de que a mayor conocimiento de factores de riesgo que facilite la definición de intervenciones preventivas, la frecuencia de que se presente un daño a la salud es menor.²

² Tomado de OPS/OMS **El enfoque de riesgo en la atención a la salud**. Washington: OPS/OMS. Serie paltex, No. 7, 1986, pp. 9 - 11

3.1.1. FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es una característica o situación detectable en seres humanos o grupos, que se asocian con el aumento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser causa de daños o indicadores de riesgo, son características de un individuo, familia, comunidad o ambiente; que al combinarse incrementan la probabilidad de experimentar un daño; se han clasificado como biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, socioculturales y económicos.

Pueden ser específicos de un daño en especial o bien solo aumentar la posibilidad de diversos tipos de daño.³

3.1.2. INDICADORES Y CAUSAS.

El conocer y analizar las características de las personas que presentan un daño a la salud y la comparación de dichas características con las de las otras personas que no lo experimentan, facilita la identificación de factores de riesgo, que es parte de la información de riesgo. La información se maneja dependiendo de cómo se establece la característica como causa del daño o sólo como un indicador de éste.

Se considera indicador a la variable o condición que solo se asocia al daño aún no siendo la causa, permite reconocer un eslabón de la cadena causal de los daños. Se maneja que un factor de riesgo es causa de un daño a la salud cuando reúne los siguientes criterios: fuerza de asociación, gradiente biológico y credibilidad.⁴

³ Ibidem: p. p.10, 11

⁴ Ibidem: p. p. 13, 15

3.1.3. ENFOQUE DE RIESGO

Es la estrategia mediante la cual se toman decisiones respecto a la atención de los problemas de salud que aquejan a la población; considerando para ello la magnitud y trascendencia de los daños que ocasionan las enfermedades.

Con esta táctica para la toma de decisiones, se pretende hacer más eficiente el empleo selectivo de los recursos para la provisión de los servicios de salud, asignándolos de preferencia a los segmentos de la población más afectada. De esta manera, se asignan las prioridades de acción para el control, erradicación o prevención de las enfermedades, o para la atención médica o asistencial de los grupos de población más necesitados.⁵

3.1.4 USOS DEL ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo permite la toma de decisiones a nivel individual, familiar e interseccional, considera la asociación de aspectos sociales, económicos y ambientales en el proceso salud – enfermedad.

Al participar la comunidad en la identificación de factores de riesgo de manera individual y grupal, favorece el reconocimiento y concientización de los problemas de salud y los programas comunitarios.

El enfoque de riesgo es útil en los siguientes aspectos:

- ✿ Aumento de la cobertura.
- ✿ Modificación de los factores de riesgo.
- ✿ Adiestramiento del personal de salud.
- ✿ Autocuidado y atención a la familia.
- ✿ Atención comunitaria.⁶

⁵ Leopoldo Vega Franco. **La Salud en el Contexto de la Nueva Salud Pública**. Manual moderno 2000, p. p. 64

⁶ OPS, OSP, OMS, OP. Cit., p. p. 18 – 20.

3.2. SALUD

La salud para todos es el sueño tanto del profesional como del público en general; sin embargo, hay poco acuerdo acerca de en que consta la salud.

La definición a menudo mencionada de la Organización Mundial de la salud describe a ésta como *"un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo consiste en la ausencia de la enfermedad."*

Desde la publicación misma de ésta definición en 1945, no han cesado los esfuerzos para formular una definición de la salud que centre la atención en sus condiciones modernas y pueda servir eventualmente de base para el establecimiento de metas y la apreciación de programas en relación con la salud.⁷

El término de salud toma diferentes connotaciones según los autores; Goldberg clasifica la mayoría de las definiciones en las formas siguientes:

☼ Un enfoque perceptual que define la salud como una percepción de bienestar; la definición de la OMS. Presentando anteriormente dicha definición con éste concepto.

☼ Un enfoque funcional, que describe la salud, como la capacidad de funcionar o el estado de capacidad óptima de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para las que ha sido preparado.

☼ Un enfoque que utiliza el concepto de adaptación, entonces la salud es la adaptación acertada y permanente de un organismo en su entorno. La enfermedad corresponde entonces a un defecto de adaptación.⁸

⁷ Martínez Navarro, **Salud Pública**, Mc. Graw Hill Interamericana, 1998
p. p. 4

⁸ Raynald Pineault MD, Ph D., Carole Daveluy, MS **La Planificación Sanitaria, Conceptos – Métodos – estrategias**; Editorial Masson 2ª edición 1995.
p. p. 1 - 5

La definición dada por Blum reúne estas definiciones; para este autor la salud consiste en la capacidad del individuo:

- 1) Para mantener el estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales en el que este individuo esta razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones o incapacidad y,
- 2) De comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal.

La definición propuesta por Bownevie reúne éstas últimas; este autor estima que la salud resulta de una capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y sociales, para cumplir las funciones fundamentales que solo pueden serlo por un proceso de adaptación. La mayoría de las definiciones presentadas por los autores son poco prácticas para el planificador; a menudo ponen en el mismo nivel las características físicas y Psicológicas de un individuo, que son atributos individuales de la salud, y las condiciones sociales que pueden influir en la salud de los individuos; éstas últimas son determinantes de la salud.

La noción de la salud reviste un carácter multidimensional según los contextos sociales y culturales y según otras características de los individuos; particularmente su nivel socioeconómico y su proximidad al aparato sanitario.

La definición de la salud tiende a reflejar una definición profesional y médica de salud. Cuanto más se acerquen la cultura y el nivel socioeconómico de los individuos y profesionales, la definición de salud y de enfermedad hará mayor referencia a la morbilidad.⁹

⁹ Raynald Pineault MD. Ph. D., Carole Daveluy, MS. **La Planificación Sanitaria, Conceptos – Métodos – estrategias**; Editorial Masson 2ª edición 1995. p. p. 1 - 5

En este contexto la definición de los problemas de salud necesariamente debe tener en cuenta los diferentes códigos o dimensiones de salud y, a veces; la definición que se propone tiende a reflejar el punto de vista de los grupos más influyentes.

La definición de salud debe considerar los elementos culturales y sociales que caracterizan el medio sobre el que queremos intervenir; en este sentido el concepto es relativo y multidimensional.

Además, la salud, objeto de nuestro trabajo, es una característica del individuo, debemos distinguirla de los determinantes de la salud que están relacionados con el estilo de vida, la biología o el entorno.

La salud es, en éste sentido multifactorial, y los factores que la determinan según la importancia que le demos, definirán las acciones de planificación.⁷

En conclusión la salud ha sufrido una evolución al paso de los años, ya que al principio fue considerada con un estado de salud absolutamente biológica, posteriormente se enfocó a la teoría de la multicausalidad, y en la actualidad se considera que el hombre tiene salud cuando logra resolver sus problemas sociales, psicológicos y biológicos de acuerdo con sus necesidades y expectativas reales y no las impuestas por la sociedad.¹⁰

¹⁰ Ibidem; p. p. 1 - 5

En esto estamos de acuerdo, ya que la salud se da en cada persona según sus propios criterios sociales y culturales, de la actuación del hombre frente a los conflictos y a su solución y según las características físicas, mentales y biológicas de los individuos, así como también por su nivel socioeconómico y la oportunidad de recibir atención sanitaria, en el que también se incluiría la formación que tenga cada uno de los integrantes de un equipo multi e interdisciplinario de salud.¹¹

¹¹ *Ibidem*; p. 1 - 5

3.2.1. DETERMINANTES DE SALUD

La salud es multifactorial, es decir depende de muchos factores determinantes, el modelo que inspira este proceso lo encontramos en el inicio de un cambio importante a nivel de la política sanitaria.

Algunos lo definen como el modelo ecológico, en el marco de un sistema de salud en el que el sistema de cuidados es un componente importante, pero no único.

El modelo considera la salud como una variable dependiente influida por diferentes factores o determinantes:

- ⊗ Factores biológicos o endógenos.
- ⊗ Factores ligados al entorno.
- ⊗ Factores ligados al estilo de vida.
- ⊗ Factores ligados al sistema sanitario.

En relación a la historia natural de la enfermedad no pueden considerarse en un mismo plano los diferentes factores de producción de la salud.

En efecto el estado de salud de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos diferentes.¹²

¹² Ibidem; p. p. 4

Los factores biológicos y ambientales y los relacionados con el estilo de vida intervienen como condicionantes, probablemente en el mismo orden que han sido nombrados de forma que para un mismo individuo y una misma enfermedad el número de años que preceden a la aparición de la enfermedad varía de un factor a otro.

En una secuencia de factores determinantes hay que distinguir la influencia posible de ciertos factores biológicos o ambientales, sobre el comportamiento.

Por otra parte el sistema sanitario interviene más tarde como factor de restauración, después de la aparición de la enfermedad.¹³

¹³ Ibidem; p. 4

3.3. COMUNIDAD

La enfermería de salud pública o comunitaria tiene que dedicarse cada vez más a una variedad de actividades comunitarias que influyen en la salud de las personas y en sus capacidades funcionales óptimas. Independientemente del tipo de comunidad del que se trate, la enfermera debe conocer y aplicar las distintas técnicas epidemiológicas y de investigación social para conseguir el desarrollo de la comunidad.

Para entender la comunidad como categoría de análisis es necesario conocer el concepto de comunidad. Las definiciones aportadas por las ciencias sociales han sufrido la influencia de nuevos enfoques que enuncian los elementos más característicos.

La comunidad constituye una fuerza social dinámica, con características demográficas, instituciones, condiciones ambientales y recursos bien definidos que entre otras cosas promueven o impiden la salud y el bienestar de la población que aquella abarca.

La comunidad actúa para moldear el desarrollo, la forma de conducta y el modo de vida de sus miembros, los cuales a su vez, determinan la modalidad y las funciones de su comunidad.

La enfermera comunitaria se acerca y mantiene contactos regulares con los grupos sociales, en el hogar, en los centros de trabajo, en la escuela, en los centros recreativos y vecinales, ya que es allí donde estos grupos viven, trabajan o se relacionan, en definitiva, donde se ponen de manifiesto las necesidades reales o potenciales de salud y donde se encuentra la mayoría de los factores de riesgo que inciden negativamente sobre ella.¹⁴

¹⁴ Sánchez Moreno. **Enfermería Comunitaria, Concepto de salud Y Factores que la Condicionan**; MC. Graw Hill Interamericana, p. p.48, 49, 67

En la literatura sociológica clásica, la noción de comunidad se sitúa en oposición a la de sociedad. La comunidad remite a un universo de relaciones complejas y densas entre los individuos que establecen en ella marcos de sociabilidad, entendida como cooperación y reciprocidad. La sociedad se describe como un conjunto de individuos más o menos iguales en derechos y obligaciones, que establecen una relación contractual con el Estado, garante de los mismos.

Cuando en salud comunitaria hablamos de comunidad, estamos hablando de sociedad.¹⁵

La comunidad tiene una estructura que refleja, en general, la estructura (económica, social, etc.) de la sociedad a la que pertenece, por tanto los procesos sociales que ocurren en la comunidad existen, integradamente, en tres niveles simultáneos: general, particular, e individual. Estos niveles no son independientes ni autónomos, así que siempre existe una dialéctica entre lo social y lo individual.

Se entiende como comunidad al conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano o rural en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural.

Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables por características(étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes y / o intereses y aspiraciones que pueden ser comunes; la comunidad puede ser o no autosuficiente.¹⁶

¹⁵ Sánchez Moreno. **Enfermería Comunitaria, Concepto de salud Y Factores que la Condicionan**; MC. Graw Hill Interamericana, p. p.48, 49, 67

¹⁶ Hernán San Martín. **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; Salud y Enfermedad**; La prensa Médica Mexicana, 1998, p. p. 235 - 236

Analizando las definiciones y la noción de la comunidad según diversos autores (Murria Ross, MC Millan, C. Ware, H. San Martín) pueden extraerse algunas características comunes a las comunidades:

- ❖ Grupos de población organizados e interrelacionados.
- ❖ Coexistencia en una zona o región geográfica (urbana, rural o mixta) bien delimitada (comunidad geográfica).
- ❖ Un cierto grado de interacción producido a través de experiencias comunes y de actitudes y comportamientos sociales similares.
- ❖ Un cierto grado de conciencia de acción colectiva particularmente en los grupos.
- ❖ Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que se encuentran como importantes a nivel local, la educación, la salud, la justicia, la administración local, etc.

Las comunidades se han desarrollado históricamente; se pueden distinguir las llamadas “comunidades tradicionales” de las “comunidades modernas”, organizadas por motivaciones muy diversas, en particular por las etnias, la cultura, las actividades productivas.

Murria G. Ross distingue las comunidades “funcionales” de las “comunidades geográficas”; W. McMillan encuentra que la comunidad está señalada por límites políticos y gubernamentales tradicionales; desde el punto de vista antropológico es interesante resaltar que los grupos, conviviendo se adaptan a su hábitat y adoptan una conducta similar como norma social.

Por otro lado, las diferencias entre las comunidades, aún dentro de una misma sociedad se establecen por diversos motivos: grupo étnico, cultura o subculturas, hábitat, grado de desarrollo social y estructura de la comunidad.¹⁷

¹⁷ Hernán San Martín. **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; Salud y Enfermedad**; La prensa Médica Mexicana, 1998, p. p. 235 - 236

Las comunidades tradicionales han persistido más en los países menos desarrollados y en aquellos en los cuales las etnias se han mantenido separadas, coexistiendo en una región. Este tipo de comunidades tiene lazos de unidad mucho más fuertes que las comunidades de otros tipos y más recientes.

Las son dinámicas una vez en funcionamiento, se desarrollan en diversas direcciones y este desarrollo puede ser tanto espontáneo como planificado. Nosotros entendemos por organización y desarrollo de la comunidad, al proceso permanente de acción social planificado, con objetivos precisos, por el cual la población de una comunidad se organiza para realizar el desarrollo local social, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en la localidad. Esto implica identificar las necesidades y aspiraciones, así como los problemas y recursos existentes.¹⁸

¹⁸ Hernán San Martín. **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; Salud y Enfermedad**; La prensa Médica Mexicana, 1998, p. p. 235 - 236

3. 3.1 ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD

La comunidad se encuentra compuesta de los siguientes elementos:

✿ **Demográficos:** La comunidad es un agrupamiento humano particular, cuyo tamaño, crecimiento, composición por edades, por sexos, por intereses, definirán sus características, a los miembros de ésta los unen lazos ligeramente de parentesco e identidad de intereses políticos económicos etc.

✿ **Geográficos:** Requiere de un contorno territorial, límites físicos que le dan el ámbito del suelo y aire que requiere para su existencia el tipo territorial de la comunidad.

✿ **Históricos:** Participan de una misma tradición histórica, ya que siempre existe un pasado que nutre su forma de ser y proyecta el futuro de la comunidad.

✿ **Políticos:** Su forma de organización política y jurídica y también la forma de aplicación de la ley, de la fuerza pública. Se incluyen además en éste aspecto sus formas institucionalizadas, culturales religiosas, sindicales y políticas propiamente dichas, es decir son atributos de un cuerpo de instituciones y servicios.

✿ **Psicológico:** Las motivaciones, el comportamiento colectivo e individual así como la mentalidad predominante, la personalidad básica y las actitudes colectivas, también se considera la distribución de la autoridad moral del poder, los líderes y sus seguidores.¹⁹

¹⁹ Ma. Concepción López Luna; **Enfermería Sanitaria**, Editorial Interamericana: 1987. p. p. 40 - 42

3. 3. 2 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

Es importante que el personal de salud, como son las autoridades, la enfermera que trabaja con la comunidad, etc., conozcan e identifiquen algunas características de la comunidad o sector asignados a su cargo. Este conocimiento servirá como base para la instauración de programas sanitarios.

Algunas de las características de la comunidad son las siguientes:

- ✦ **Cohesión:** Hay conciencia de grupo; poseen el mismo status, interés y procedencia. La comunidad se va percatando de que la unión hace la fuerza.
- ✦ **Cohesión – organización:** Se da una forma de comunidad o sector politizado, ejerce ciertas formas de presión para la obtención de servicios básicos como luz, agua, drenaje, vigilancia policiaca. Se reúnen en asambleas con sus respectivos jefes de manzana y de sector, siendo el consenso de ésta quien determina la conducta a seguir.
- ✦ **Organización avanzada:** Al igual que las anteriores cuenta con jefes de manzana. Su capacidad económica es mayor; por ello, participan equitativamente en las mejoras de la colonia. Identifican problemas de la comunidad y participan en forma activa en su resolución asignando comisiones; este tipo de organización será aprovechado al máximo.²⁰

²⁰ Hernán San Martín. **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; Salud y Enfermedad;** La prensa Médica Mexicana, 1998, p. p. 237 – 244

✦ **Indiferencia:** La comunidad esta consciente de los problemas existentes y de que la unión de dos o tres familias no lograrán mejoras. Aún así, priva el individualismo. En la resolución de dificultades comunitarias se observa demora o agravamiento de las mismas; existe poca respuesta a la requerida. De la impresión de que consideran los programas sanitarios como una obligación de las autoridades respectivas.

✦ **Heterogeneidad:** Su status, procedencia e ingresos económicos son diferentes. En una misma comunidad se conjugan obreros, empleados, profesionales y subempleados; la heterogeneidad trae consigo carencia de conciencia de grupo. Finalmente, también en las comunidades rurales es factible observar características como la de organización en forma de cooperativas; tiene prioridad el que los habitantes consuman los productos que ahí se producen: Leche, carne, hortalizas; en segundo lugar, venden al exterior el remate de los productos.

También se han detectado comunidades rurales en las cuales los habitantes se muestran violentos. Con cierta frecuencia se producen riñas y hechos de sangre.

La apatía es un factor negativo que se observa en el medio rural. No hay interés por nada. Varias comunidades rurales han dejado escapar la oportunidad de que el gobierno establezca una casa de salud por la falta de participación e interés de sus habitantes.²¹

²¹ Hernán San Martín. **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; Salud y Enfermedad;** La prensa Médica Mexicana, 1998, p. p. 237 - 244

3. 3. 3. SALUD COMUNITARIA

Desde el punto de vista antropológico, es importante recalcar que los grupos de la comunidad tienen intereses comunes y generales, pero también tienen necesidades generales comunes; así mismo, los grupos que conviven, a pesar de que no necesariamente son homogéneos, se adaptan al hábitat común y adoptan comportamientos similares.

Una de las necesidades sociales que más preocupa e interesa a las comunidades humanas es la de su salud y la de su ambiente de vida. Esta situación no es casual ni responde a temores individuales; es producto de la causalidad social de los estados de salud y de enfermedad.

Pocos trabajadores de la salud entienden que la noción de *salud comunitaria* pasa, en primer lugar, por el estudio de la concepción que las gentes de la comunidad tienen su propia salud y de la calidad sanitaria, ecológica y social del ambiente en el que viven. El estado de salud global de una comunidad es en realidad, muy diferente de la suma de los estados de salud individuales, porque la salud del individuo o su enfermedad, no se genera de la nada sino en la red espesa y compleja de las relaciones sociales y de las relaciones de la población con su hábitat respectivo.

La concepción actual de salud comunitaria podría describirse como el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad; además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de salud en particular. Todo esto es el apoyo, al acuerdo y la participación activa de la comunidad.²²

²² *Ibidem*; p. p. 237 - 239

Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad local bien definida, geográficamente y con lazos de interrelación entre ellos, reflexionan con los integrantes de los equipos de salud, sobre los problemas de salud de la comunidad, las aspiraciones y necesidades de la población y participan activamente en la elaboración de un plan de desarrollo social comunal, orientado a mejorar el nivel de salud.

Lo más importante es cambiar favorablemente hábitos, creencias y actitudes de la población en materia de salud, para que los buenos preceptos sean incorporados a los medios de vida del grupo.

En el caso de la salud comunitaria se trata de aplicar la salud pública a nivel local y a comunidades organizadas o que desean organizarse, para el desarrollo social, local particularmente en salud.

La salud comunitaria es un proceso auto organizativo de la población para enfrentarse a los problemas socioeconómicos, sanitarios, epidemiológicos, de la comunidad, vivienda, nutrición, condiciones laborales y ecológicas, democracia, manipulación consumista, morbilidad.

La comunidad tiene una estructura; refleja en general la estructura (económica, social, etc.) de la sociedad a la cual pertenece, de aquí que los procesos sociales que ocurren en la comunidad existan integradamente, en tres niveles simultáneos: lo general, lo particular, lo individual.

Estos niveles no son independientes ni autónomos de tal modo que existe siempre una dialéctica entre lo social y lo individual; el individuo como personificación de los procesos sociales, su carácter representativo de interés y de relaciones sociales de clases de grupos sociales viviendo en condiciones diferentes dentro de la misma comunidad.²³

²³ Ibidem; p. p. 237 - 239

Por lo siguiente, el estudio del estado de salud en el individuo es muy diferente al estudio del nivel de salud de una comunidad; en realidad cuando se mide el estado de salud de una comunidad, lo que se trata de representar son los procesos sociales relacionados directa o indirectamente con la salud – enfermedad como son:

- ☒ La duración de la vida en la comunidad (vida media y esperanzas de vida en cada edad).
- ☒ El tiempo de vida vivido en buena salud y bienestar.
- ☒ La calidad sociológica del ambiente social de vida de la comunidad (medido por las relaciones sociales, por las condiciones sanitarias y por los riesgos existentes en el ambiente.)
- ☒ El origen y distribución social de la salud – enfermedad – invalidez y muerte.
- ☒ Las desigualdades sociales existentes y los riesgos en cada grupo o clase social.
- ☒ La existencia o no de un sistema de protección de la salud y de prevención y eliminación de los riesgos (política de salud preventiva).²⁴

²⁴ Ibidem; p. p. 237 - 239

Ahora se puede comprender que el “estudio de la salud de la comunidad” es al mismo tiempo un “estudio epidemiológico” de los problemas de salud y riesgos presentes en la comunidad; un “estudio sociológico” de las necesidades de salud sentidas por los mismos miembros de la comunidad, y un estudio económico de las condiciones de vida de la gente.

El motivo central del desarrollo de la comunidad es la organización para la acción, por parte de la hipótesis básica de que los cambios deseados por la comunidad, puede obtenerse a través del esfuerzo conciente de la gente misma, cualquiera que sea su condición o cultura.²⁵

²⁵ Ibidem; p. p. 237 - 239

3.4. ENFERMERÍA COMUNITARIA

Un elemento clave para el cambio hacia un modelo de salud basado en la atención primaria es el personal de enfermería, por construir el mayor potencial de recursos humanos en los servicios de salud. En este sentido la OMS, en 1974, y la OPS, en 1976, plantearon la necesidad de esclarecer la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud de las comunidades, y definir las funciones y actividades que la enfermería realiza dentro de la salud pública, así como su papel en el grupo sanitario.

Igualmente, manifestaron que la enseñanza y los servicios de enfermería requerían cambios esenciales, tanto en la concepción de la profesión como en la reforma de los planes de estudio. Éstos debían estar dirigidos a formar profesionales de enfermería capaces de conjugar los adelantos técnicos y científicos con las necesidades de servicios de cada país, y enfocarse hacia la consecución de la salud, exponiendo precozmente al estudiante a la interacción con la comunidad como un todo.

Del análisis de éstos conceptos se establecen los ámbitos de actuación y los principios inspiradores del modelo profesional de la enfermería comunitaria.

La denominación de *enfermería comunitaria* tiene como objeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo.

En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública y de las de enfermería para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad.²⁶

²⁶ Sánchez Moreno. **Enfermería Comunitaria, Concepto de Salud Y Factores que la Condicionan**; Mc. Graw Hill Interamericana, 1992. p. p. 47 y 48

Utiliza el método epidemiológico en sus actividades con la comunidad con el fin de contribuir a la identificación de las necesidades de salud y vigilar su tendencia en las poblaciones. Identifica, por medio del diagnóstico, grupos y conjunto de grupos de individuos que están expuestos a los mismos factores de riesgo y comparten necesidades de salud.

Determina las necesidades existentes y previstas en la planificación de servicios y evalúa su eficacia. Asimismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores niveles de salud.

Busca conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población. Por último, evalúa el impacto de sus acciones sobre el objeto de atención.²⁷

²⁷ *Ibidem*; p. p. 47 - 48

3.4.1. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Tres son los ámbitos de actuación de la enfermería comunitaria:

- ❖ La comunidad.
- ❖ La familia.
- ❖ La persona.

Las actividades que realizará el personal de enfermería en su práctica profesional irán encaminadas a identificar las necesidades y problemas; el objetivo de su trabajo será lograr involucrar a las personas, como miembros que se forman en una familia y pertenecen a una comunidad, en el desarrollo de proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población.²⁸

²⁸ *Ibidem*; p. p. 47 - 48

3.5 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La salud está profundamente influida por variables sociales; por tanto no nos debe extrañar que sea un producto del cambio social. La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y sus características sociales y no sólo a la biológico, que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo.

No se trata, pues, de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la promoción de la salud como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. El impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción de la salud.

Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitario.

Se pretende poner en marcha procesos de cambio social que involucren a las personas para cambiar los entornos en que viven; esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político.

La evaluación de iniciativas de promoción de la salud tiene sentido cuando permite comprender mejor el programa y su contexto, y sirve para mejorarlo atendiendo a criterios de utilidad, factibilidad, propiedad y precisión.²⁹

²⁹ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez – Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 27, 33 – 36

En 1984 comenzó el primer programa de promoción de la salud de la OMS en su oficina europea. La promoción de la salud se definió como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo.

La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”.

3.5.1 PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS son:

- ✘ Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- ✘ Se centra en la acción sobre las causas para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- ✘ Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo, comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- ✘ Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de proporcionar la salud de sus comunidades.³¹

³¹ Ibidem; p. p. 27, 33- 36

✘ Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad de ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

AREAS DE ACTUACIÓN EN PROMOCIÓN A LA SALUD

Las áreas de actuación en promoción de la salud establecidas en la carta de Ottawa son:

- ✦ Construir políticas públicas saludables. Crear ambientes que favorezcan la salud.
- ✦ Desarrollar habilidades personales.
- ✦ Reforzar la acción comunitaria.
- ✦ Reorientar los servicios de salud.

La promoción de salud se dirige a la población en su conjunto, y no sólo a grupos de enfermos o de riesgo. Su objetivo es capacitarlos para que puedan controlar su salud y su enfermedad y sean más autónomos e independientes de los servicios profesionales. Puesto que los determinantes de la salud son diversos y no todos dependen del individuo, se plantea modificar el ambiente con la participación de las personas cuya salud se pretende promocionar, perdiendo protagonismo y poder los profesionales a favor de la comunidad, y exigiéndose compromiso político para el cambio social.

La promoción de la salud es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y comunitarios, e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos, uno de los cuales es la educación para la salud.³²

³² Ibidem: p. p. 27, 33- 36

Existen distintos **modelos de actuación**, que normalmente vienen determinados por las características profesionales de quienes la practican:

- ❖ *Orientados hacia la prevención médica de las enfermedades:* Su objetivo es reducir la morbilidad o la mortalidad prematura. Las actividades que se realizan suelen ser intervenciones médicas como la detección precoz de enfermedades e inmunizaciones.
- ❖ *Orientados al cambio de conductas:* Pretenden que los individuos adopten conductas saludables, considerando que éstas son la clave para mejorar su salud. Parten de la concepción de la salud como algo propio de las personas, y consideran a éstas con capacidad para influir sobre ella.
- ❖ *Orientados hacia el empoderamiento:* Los que trabajan con esta orientación tratan de ayudar a las personas a identificar sus necesidades y adquirir las habilidades y confianza en sí mismas que necesitan para actuar de manera efectiva en la promoción de su salud. Tienen como peculiaridad que surgen y construyen desde las propias necesidades; los principales protagonistas son las personas y las comunidades, y los profesionales son meros facilitadores del proceso.
- ❖ *Orientados hacia el cambio social:* Reconocen la importancia del entorno socioeconómico en la salud, y se centran en el ámbito político o ambiental. Pretenden conseguir cambios en los aspectos económicos, sociales y del medio ambiente físico, por lo que algunos lo han considerado un planteamiento radical.³³

³³ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez - Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 33 - 36

3.5.2 ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las estrategias que se planteen dependerán en gran medida de la orientación o modelo de promoción de la salud en que se desarrollen. Podemos basarnos en dos criterios:

- Quién decide y lidera la intervención:
 - Los profesionales: se trata de un planteamiento vertical o autoritario.
 - Las personas: Será una intervención participativa y negociada.

- A quien se dirige la intervención:
 - A los individuos.
 - Al entorno en que viven.

Según la combinación de estas variables, podemos establecer cuatro estrategias básicas de promoción de la salud:

✳ **Educación sanitaria:** Se corresponde con actuaciones dirigidas por profesionales para modificar las conductas de las personas.

✳ **Medidas legislativas:** Son actuaciones dirigidas a proteger las comunidades pero dirigidas por profesionales o políticos.

✳ **Empoderamiento:** Tratan de conseguir el desarrollo personal de los individuos para que sean capaces de llevar una vida saludable. Parten de las necesidades de las personas involucradas, que son los protagonistas de las acciones. Los profesionales actúan como facilitadores y prestan apoyo.

✳ **Desarrollo comunitario:** Se dirige a la comunidad en su conjunto, directamente o a través de sus líderes, para aumentar sus conocimientos sobre salud y sus habilidades sociales para participar en el control de los factores que le afectan. Los profesionales actúan como facilitadores, igual que en el caso anterior.³⁴

³⁴ Ibidem: p. p. 33- 36

Las orientaciones y estrategias que se adoptan en la práctica de la promoción de la salud o están exentas de determinantes relacionados con las diferentes perspectivas ideológicas.³⁵

3.5.3 CAMPOS DE ACCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se propusieron cinco campos de acción para el desarrollo de la promoción de la salud:

✦ **Establecer una política saludable:** La salud es la responsabilidad de todas las personas que elaboran la política, en todos los niveles y a todos los sectores; es decir, la salud debe ocupar un lugar prioritario en las políticas de los gobiernos. Este campo fue desarrollado en la conferencia sobre Promoción de la Salud, celebrada en Adelaida (Australia) en 1988, cuyo planteamiento señala que la principal meta de una política es pública es crear que permitan llevar a la población a una vida sana y en donde las opciones saludables sean posibles y fáciles.

✦ **Crear ambientes favorables:** Se debe conservar el medio ambiente y los recursos naturales, pero sin olvidar el medio ambiente artificial en el que vivimos los hombres y que se compone de aspectos sociales, económicos, políticos, etc. Por ello, tanto el trabajo como el ocio deberían ser una fuente de salud. Es imprescindible evaluar periódicamente la repercusión que tiene el entorno en la salud, para intervenir en consecuencia y garantizar la salud.

✦ **Reforzar la acción comunitaria:** Sin la participación de las personas es imposible conseguir los objetivos propuestos; por tanto se debe contar con las comunidades para establecer sus prioridades de salud, tomar decisiones, plantear estrategias y llevarlas a cabo, con unos acuerdos basados en el consenso multisectorial.³⁶

³⁵ *Ibidem*; p. p. 33- 36

³⁶ *Ibidem*; p. p. 33- 36

✦ **Desarrollar las habilidades personales:** Se intenta que los individuos comprendan los factores que influyen en la salud y sepan actuar sobre ellos buscando ayuda cuando lo precisen, en cualquier ambiente y en cualquier etapa de su desarrollo.

✦ **Reorientar los servicios de salud:** Se destaca el importante papel de la promoción dentro del sistema de salud, que debe modificar su organización y orientación para satisfacer la totalidad de las necesidades del individuo considerado en su globalidad.³⁷

³⁷ Alfonso Roca María Teresa. **Enfermería Comunitaria**. T.1. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1992. p. p. 38, 39

3.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud (ES) es una de las actividades de la salud pública y de la medicina preventiva que despierta expectativas entre profesionales y la población. Si bien existen múltiples definiciones, de forma ecléctica puede definirse como un proceso multidimensional (de comunicación y de intervención social y educativa) que tiene como finalidad la capacitación y responsabilización de las personas en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Dependiendo de la metodología utilizada, la ideología subyacente y los objetivos que se persigan, pueden diferenciarse tres grandes formas de orientar las actividades de ES: la perspectiva, la radical y la orientada hacia la capacitación de personas y grupos.

Como proceso de comunicación la ES, implica la transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor. Los elementos clave de este proceso de comunicación son el educador (toda aquella persona que contribuye de forma conciente o inconsciente a que los individuos adopten una conducta en beneficio de la salud), el mensaje y las personas o grupos a los que éste se dirige.

Dependiendo de las personas o grupos a quienes están dirigidas, las actividades de ES se realizan en servicios de salud, lugares de trabajo y el medio escolar. Por otra parte, y aunque su efectividad ha sido cuestionada, los medios de comunicación pueden ser un recurso útil en relación con los fines de la ES. La marcada influencia que ejercen factores sociales, culturales y antropológicos (tales como la opinión pública, moda, publicidad, valores, creencias, costumbres, etc.) justifica la consideración de la ES como proceso de intervención social, así como el análisis de los citados factores en la planificación de las actividades de ES.³⁸

³⁸ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez - Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 61

Finalmente, como proceso educativo, la ES requiere objetivos pedagógicos explícitos adecuados a las características de las personas a las que se dirige, así como la utilización de recursos didácticos que promuevan la participación de éstas en el proceso de aprendizaje.³⁹

La educación para la salud 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 en su salud, como con la de su familia y comunidad.

El objetivo fundamental de la educación para la salud es por tanto es incrementar en la población la cultura de la salud.

Los individuos, los grupos, las comunidades, tienen desde su nacimiento y condicionados por su situación económica, social, política, geográfica, un determinado saber acerca de la salud.

Este saber está compuesto de conceptos teóricos acerca de la salud y de la enfermedad, hábitos para promoverla y para mantenerla, unas determinadas prácticas para recuperarla, una valoración propia de la vida, la enfermedad, la muerte, la subnormalidad, la locura.

Este saber acerca de la salud va creciendo a lo largo de la vida por distintas vías: la familia, la escuela, los medios de difusión, etc., que a su vez están condicionados por el desarrollo social, político y económico del país al que pertenecen.⁴⁰

³⁹ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez - Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 61

⁴⁰ Ma. Victoria Antón Nardiz. **Enfermería y Atención Primaria de Salud.**
Ed. Díaz de santos 1989 p. p. 65

3.6.1 ORIENTACIONES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ORIENTACIÓN PERSPECTIVA.

Se trata de la forma más convencional de orientar las actividades educativas en relación con la salud. Se corresponde con el llamado modelo preventivo y se basa en los siguientes principios:

- ❖ La prevención siempre es mejor que la curación y, que la conducta desempeña un papel significativo en la etiología de las enfermedades más comunes, deben realizarse esfuerzos dirigidos a que las personas adopten conductas saludables.
- ❖ Aunque la realidad socioeconómica y cultural constituye un determinante importante de los problemas de salud, es difícilmente modificable, por tanto, las actividades de ES deben seguirse a los individuos, incrementando su responsabilidad en el cuidado de la salud personal y colectiva.
- ❖ A pesar de que las personas están preocupadas por su salud, no poseen los conocimientos necesarios para protegerse de los factores de riesgo. No obstante, están predispuestas a aceptar y cumplir con precisión las indicaciones de los profesionales de salud.
- ❖ Los profesionales de la salud son quienes mejor conocen los hábitos y comportamientos que mejoran la salud; por tanto, son quienes deben aconsejarlos o prescribirlos. La es deber realizarse desde los servicios de salud sanitarios, y tanto la capacidad pedagógica como la comunicación deben formar parte de los conocimientos y habilidades que debe poseer un profesional de la salud.⁴¹

⁴¹ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez – Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 63 y 64

ORIENTACIÓN RADICAL.

Para los que entienden la ES desde esta perspectiva, la realidad social, económica y cultural es la raíz de los problemas de la salud de la población. Por tanto los esfuerzos educativos deben dirigirse a concienciar a las personas sobre la necesidad de transformar dicha realidad.

ORIENTACIÓN HACIA LA CAPACITACIÓN

Basada en dos objetivos: conseguir la capacitación de las personas para hacerlas autosuficientes en la toma de decisiones en relación con la salud y lograr su implicación y participación en el proceso educativo.

Los principios más destacables de esta forma de orientar las actividades de ES son los siguientes:

- ✓ Considera la estructura socioeconómica como un determinante de la salud, planteando la capacitación de las personas para su análisis.
- ✓ Diferencia claramente entre adoctrinar o prescribir las reglas y preceptos (para que las personas adopten determinadas actitudes y comportamientos) y educar (entendiendo que educación consiste en ayudar a las personas en su desarrollo individual y su autonomía).
- ✓ El papel de los educadores se centra en ayudar a la población en el proceso de adquisición de conocimientos y análisis de situaciones, proporcionándoles una información verídica, completa y sin tintes dramáticos que les facilite una elección informada. De este modo, las personas aparecen como verdaderos protagonistas de un complejo proceso dirigidos hacia su capacitación.⁴²

⁴² Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez - Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 63 y 64

- ✓ Con esta orientación, los profesionales que desarrollan las actividades de ES encuentran de gran utilidad los conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con el trabajo en equipo, las técnicas de consenso y la comunicación asertiva.
- ✓ En cuanto a los aspectos técnicos y en relación con las orientaciones anteriores, deben destacarse la utilización de las técnicas de diagnóstico de salud y de técnicas cualitativas para el consenso de actividades, el empleo de métodos bidireccionales de comunicación y la interdisciplinariedad en el desarrollo de actividades.

Por último debe mencionarse que si bien, las tres orientaciones cuentan con valedores y detractores, ventajas y dificultades, en la práctica todas ellas coexisten y presentan elementos útiles y aprovechables.⁴³

⁴³ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez – Dardet Díaz.
Promoción de la Salud y Cambio Social. Ed. Masson 2001
p. p. 63 y 64

3.7 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, aún lo tienen hoy, la enfermedad y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.

Desde hace algunos años, esta situación ha comenzado a revisarse amplia y profundamente. Los sistemas sanitarios han comenzado a girar la brújula de sus objetivos fundamentales desde el norte de la enfermedad al de la salud. Todos, profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos somos conscientes de que la función primordial de un sistema sanitario no radica en exclusiva en garantizar el derecho del enfermo a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino también a procurar que no enferme, que se mantenga sano; en definitiva, asegurar su derecho a la salud, asimilando en cierta medida la enfermedad como un fracaso en el logro de este objetivo.

La salud es un derecho fundamental de la persona que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales.

Entre ellos, el sistema de salud tiene un papel relevante pero ha de contar siempre con las aportaciones de otros como, por ejemplo, educación, vivienda, comunicación y agricultura.⁴⁴

⁴⁴ A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez, **Atención Primaria, Conceptos Organización y Práctica clínica, Vol. 1**; Harcourt 1999; p. 3, 5, 6 y 7

La conferencia de la OMS – UNICEF de Alma – Ata definió la Atención Primaria de salud (APS) como: “ La asistencia 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 aun coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del 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, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

Esta larga y densa definición de APS contiene de forma genérica todos los elementos que la caracterizan y sitúan como la pieza fundamental del sistema sanitario para alcanzar un nivel adecuado de salud de la población, en el seno de la estrategia general de la OMS definida en el lema “Salud para todos en el año 2000” y contenida en sus 38 objetivos.

La atención médica primaria, aunque no en todos los países, es entendida como la asistencia de primer contacto que prestan a la población los médicos y otros profesionales sanitarios.⁴⁵

De acuerdo con las afirmaciones contenidas en el documento *Primary Care: delivering de future*, presentado al parlamento inglés en diciembre de 1996, la atención primaria del futuro debería contemplar como aspectos prioritarios los siguientes: flexibilidad para responder a las diferentes necesidades y circunstancias; priorización del desarrollo profesional y del trabajo en equipo, aceptación plena del papel cada vez más importante de la información y de sus tecnologías, fundamentación en

⁴⁵ Ibidem. p. p. 3,5,6 y 7

la evidencia, de los procesos de toma de decisiones y capacidad para gestionar los recursos en los diferentes niveles y estructuras del sistema.⁴⁶

Las principales características de la Atención Primaria de salud son:

- Promoción de la salud.
- Incremento de las acciones preventivas.
- Atención a los padecimientos más frecuentes y a los endémicos.
- Suministro de alimentos y medicamentos.
- Salud materno – infantil y planificación familiar.
- Adiestramiento y capacitación del personal.
- Trabajo en equipo y participación activa de la comunidad.
- Tecnología adecuada y de bajo costo.
- Ampliación de la cobertura e integración de servicios de salud.
- Saneamiento ambiental básico.

Más recientemente se puntualizaron los ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud, a continuación se precisan algunos de sus elementos:

- ◆ Educación referente a los problemas de salud prevalentes y a los medios para corregirlos.
- ◆ Promoción y suministro de alimentos y de adecuada nutrición.⁴⁷

⁴⁶ Ibidem. p. p. 3,5,6 y 7

⁴⁷ Dr. Rafael Álvarez Alba. **Salud Pública y Medicina Preventiva**, Manual Moderno S.A. de C. V. 1991; P. P. 67 Y 68

- ◆ Provisión y adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico
- ◆ Salud materno – infantil, incluyendo planificación familiar (Salud reproductiva).
- ◆ Inmunización contra las enfermedades infecciosas más importantes.
- ◆ Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- ◆ Tratamiento adecuado de las enfermedades comunes y lesiones.
- ◆ Provisión de medicamentos esenciales.⁴⁸

⁴⁸ Dr. Rafael Álvarez Alba. **Salud Pública y Medicina Preventiva**,
Manual Moderno S.A. de C. V. 1991; P. P. 67 Y 68

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

☐ **Integral:** Considera al ser humano desde una perspectiva desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, Psicológica y social no son independientes o tangenciales sino que se interseccionan en las personas y sus problemas de salud.

☐ **Integrada:** Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

☐ **Continuada y permanente:** A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).

☐ **Activa:** Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas; han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud aunque éstas no sean expresadas, con referencia especial a los campos de la promoción y la prevención.

☐ **Accesible:** Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios. La accesibilidad no debe ser entendida exclusivamente con un criterio geográfico, ya que éste muchas veces tiene menor relevancia que los económicos, burocráticos y discriminativos.

☐ **Basada en el trabajo en equipo:** Equipos de salud o de atención primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.⁴⁹

⁴⁹ A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez, **Atención Primaria, Conceptos Organización y Práctica clínica, Vol. 1;** Harcourt 1999; p. 7 – 9.

☐ **Comunitaria y participativa:** Proporciona atención de los problemas de salud colectivos y no sólo individuales, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y la medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación programación y puesta en práctica de las actuaciones.

☐ **Programada y evaluable:** Con actuaciones basadas en programas de salud con objetos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

☐ **Docente e investigadora:** Desarrolla actividades de docencia pre y posgraduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación y aplicada en las materias propias de su ámbito.

3.7.1 EQUIPO DE SALUD

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de APS es el trabajo en equipos multidisciplinares. El equipo de salud de atención primaria es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada.

La constitución de un verdadero equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman unos objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten el desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.⁵⁰

⁵⁰ A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez, **Atención Primaria, Conceptos Organización y Práctica clínica, Vol. 1;** Harcourt 1999; p. 7 - 9.

3.7.2 CENTRO DE SALUD

El centro de salud (de Atención Primaria) es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él.

El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográficamente y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

3.7.3 CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Idealmente la APS ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autoresponsabilidad y la participación comunitaria.

Siguiendo a Vuõri, se pueden analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes:

- ✿ Como un conjunto de actividades.
- ✿ Como un nivel de asistencia.
- ✿ Como una estrategia.
- ✿ Como una filosofía.⁵¹

⁵¹ Ibidem. p. p. 7 - 9

La APS entendida como un *conjunto de actividades* requiere para poder ser definida como tal inclusión de las siguientes premisas: Actividades de la atención primaria de salud.

- 🌿 Educación sanitaria.
- 🌿 Provisión de alimentos.
- 🌿 Nutrición adecuada.
- 🌿 Salubridad del agua.
- 🌿 Saneamiento básico.
- 🌿 Cuidados materno – infantiles.
- 🌿 Inmunización.
- 🌿 Prevención y control de enfermedades endémicas.
- 🌿 Tratamiento básico.
- 🌿 Abastecimiento de fármacos.

La APS entendida como un *nivel de asistencia* implica la consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, con independencia de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en el.

La APS como *estrategia de organización de los servicios sanitarios*, hace referencia a la necesidad de que éstos estén proyectados y coordinados para poder atender a toda la población y no solo a una parte de ella, ser accesible y proporcionar todos los cuidados propios de la atención primaria. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada coste – beneficio en sus actuaciones y resultados y estar abiertos a la colaboración intersectorial.

La APS como *filosofía* implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.⁵²

⁵² *Ibidem*, p. p. 7 - 9

3.7.4 TIPOS DE ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los cambios que han experimentado los problemas de salud de las poblaciones y la evolución de los sistemas sanitarios han llevado inevitablemente a una transformación de los servicios de salud propios de la atención primaria. Para identificar los grupos de actividad básicos que estos servicios deberían realizar, se consideran cuatro aspectos:

- En primer lugar los cambios demográficos y epidemiológicos.
- En segundo lugar, la tendencia al incremento de la utilización de los servicios de salud.
- En tercer lugar el crecimiento del gasto sanitario por encima de los incrementos anuales de los productos interiores brutos.
- Por último la evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios.

El análisis de las necesidades y situaciones con las que han de enfrentarse actualmente la atención primaria permite identificar los grupos de funciones y actividades básicas que deben desarrollar:

- ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- ☐ Actividades de prevención y promoción en las consultas
- ☐ Atención continuada
- ☐ Atención domiciliaria
- ☐ Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad.⁵³

⁵² Ibidem. p. p. 40, 41

☒ Vigilancia epidemiológica.

☒ Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias.

3.7.5 ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

La orientación comunitaria de la atención primaria es uno de sus elementos definitorios clásicos y supone un cambio cualitativo esencial en los objetivos, las funciones y la organización de los equipos de salud. La atención individual y la comunitaria no son contradictorias ni excluyentes sino complementarias.

El modelo de atención sanitaria que fue definido por Kark como Atención Primaria de Orientación Comunitaria (*APOC*) centra su actuación en la comunidad y sus subgrupos. Para que los profesionales sanitarios puedan desenvolverse adecuadamente en este campo es necesario que tengan unos conocimientos de epidemiología aplicada, que proyecten sus actividades según programas y que asuman la necesidad de la participación de la comunidad en el proceso de atención.

El proceso de desarrollo de la APOC implica una serie de etapas, sistematizadas según Abramson en un círculo secuencial y continuo de retroalimentación positiva:

⊕ **Examen preliminar:** Punto de partida del proceso y en el que la finalidad esencial es la recogida de la información precisa para el análisis de la situación de salud de la comunidad y la identificación de sus principales necesidades.⁵⁴

⁵⁴ Ibidem. p. p. 48, 49

⊕ **Diagnóstico comunitario:** Que permita determinar las necesidades y los tipos de intervención a realizar mediante el análisis completo de la comunidad en su conjunto y de los grupos de problemas prioritarios.

⊕ **Planificación del programa:** Que permita poner de acuerdo las prioridades establecidas con las posibilidades de actuación con el fin de garantizar la viabilidad del programa.

⊕ **Vigilancia del desarrollo del programa:** Es evidente que es necesario monitorizar adecuadamente el desarrollo de las actividades propuestas en el programa para conocer y corregir las posibles desviaciones que se hayan podido introducir en los objetivos.

⊕ **Evaluación:** Esta etapa junto con la de reexamen, será la que marque la decisión sobre la continuidad y las modificaciones a introducir en el programa, de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos prefijados, el impacto que haya tenido sobre el estado de salud de la comunidad y el análisis comparativo con la situación de partida.

3.7.6 ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Las actuaciones de salud a realizar sobre la comunidad deben complementar las desarrolladas en el nivel individual. Hay que tener siempre en cuenta que el análisis de los elementos y servicios que influyen sobre el estado de salud de una comunidad demuestra que los recursos y actuaciones sanitarias no son el único ni a veces el principal, factor determinante de aquel y que además, la mayor parte de las competencias en materia sanitaria están fuera del ámbito del centro y el equipo de salud, lo que obliga a colaborar con los elementos ajenos al sistema si se quieren alcanzar los objetivos.⁵⁵

⁵⁵ Ibidem. p. p. 48 - 50

Todas estas consideraciones conducen a valorar la necesidad de enfocar muchas de las actuaciones sanitarias en un contexto multisectorial, en el que los profesionales de la salud no deben pretender asumir el rol principal o protagonista. Esta multi o intersectorialidad permitirá desarrollar una nueva forma de plantear las actividades, planificándolas para subgrupos concretos de población clasificados en razón de su edad, sexo, grado de interacción social, lugar de trabajo, etc.

En la actualidad la gran mayoría de las actividades de orientación comunitaria que se están desarrollando desde la atención primaria de salud se dirigen a campos como la salud infantil y escolar, planificación familiar, quimioprofilaxis y atención a diversas enfermedades crónicas y a las personas ancianas. Las características favorables de accesibilidad de la población escolar y el hecho de que se sitúe en unos intervalos de edad estrechos y comparta factores de riesgo comunes, incentiva el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud en éste ámbito, con énfasis especial en las de educación sanitaria y en las centradas en temas como accidentes infantiles, salud bucodental, educación sexual, hábitos alimentarios, vacunaciones y prevención y consumo de tabaco y alcohol.

La emergencia de problemas como el SIDA y las drogodependencias, con marcadas repercusiones sanitarias y sociales, ha puesto en evidencia la necesidad de emprender acciones específicas en estos campos desde la atención primaria. Los centros de salud deben actuar coordinadamente con otros recursos más especializados (centros de atención a las drogodependencias, salud mental, etc.) y dirigir sus acciones tanto a la prevención del riesgo como a la detección de casos y a su seguimiento y reinserción social.

Dentro de los grupos de población, el de las mujeres es objeto de atención comunitaria a través de la aplicación de diversos programas dirigidos a la prevención de los tumores de mama y cerviz y control de embarazo.⁵⁶

⁵⁶ *Ibidem*, p. p. 48 - 50

3.7.7 REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

- Debe existir una práctica continua de atención primaria formando la base para el desarrollo de la APOC. Esta atención debe ser fácilmente accesible, global, coordinada con otros servicios de salud relevantes, proporcionar continuidad en la asistencia sanitaria, y ser responsable de los pacientes individuales y de las familias en la comunidad.
- Los profesionales deben tener intereses en ampliar su ejercicio clínico primario a la práctica de la APOC.
- Debe existir una localización sobre la comunidad en su globalidad y sus grupos cuando se valoren sus necesidades, se planifican y proveen los servicios, y se evalúan los efectos de la atención prestada. Esto requiere la definición de la comunidad y de sus diversas características.⁵⁷

⁵⁷ Kark L. Sydney. Emili Kark. **Atención Primaria Orientada a la Comunidad**. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1994. p. p. 13

3.7.8 MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD

La salud es una condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades y potencialidades individuales y colectivas, por lo que garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos, es un compromiso constitucional reconocido por el Estado Mexicano. Para dar contenido real a éste derecho se requiere del desarrollo de políticas públicas para la salud, que tiendan a elevar la calidad de vida (entendida como la satisfacción cuantitativa y cualitativa de las necesidades humanas) y de una política sectorial que frene el deterioro de las instituciones públicas de salud, revierta su fragmentación y posibilite la construcción de un sistema universal de salud.

En la política sectorial se plantea avanzar de manera paralela en:

- ✦ Propuestas para la emergencia en salud, que incluyan respuestas rápidas y coordinadas.
- ✦ Propuestas para la emergencia en salud estructural en donde se consideren acciones intensivas y fondos compensatorios dirigidos hacia los espacios – población más vulnerables.
- ✦ Propuestas para el rescate de las instituciones públicas de salud, que frenen su desfinanciamiento y su fragmentación.
- ✦ Un plan estratégico para el mediano y largo plazo, que reforme el sistema de salud bajo los principios de equidad y ciudadanía, financiando esencialmente con recursos fiscales, que garantice la atención integral a la población y cuya orientación básica sea la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, manteniendo también un alto grado de capacidad resolutive en el terreno de la curación y la rehabilitación.⁵⁸

⁵⁸ Dra. Olivia López Arellano. **MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD.** SSDF – DGPCS
Jurisdicción sanitaria Iztapalapa.

FUNCIONES:

- Rectoría del sistema de salud del D. F.
- Coordinación interinstitucional.
- Coordinación sectorial.
- Seguridad sanitaria.
- Prestación de servicios médicos directos.

Los objetivos de la política de salud son:

- ✦ Garantizar el derecho a la protección de la salud de la población.
- ✦ Contribuir a elevar la calidad de vida de los capitalinos.
- ✦ Mejorar las condiciones de salud y disminuir la desigualdad ante la enfermedad y la muerte.
- ✦ Cumplir con las funciones de rectoría del sector salud.
- ✦ Promover una política nacional de defensa del derecho a la salud.

DESAFIOS:

- ❖ Mejorar las condiciones generales de salud.
- ❖ Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas.
- ❖ Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad.
- ❖ Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido.
- ❖ Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad.
- ❖ Instrumentar mecanismos de financiamiento, estable, suficiente, equitativo y solidario.⁵⁹

⁵⁹ Ibidem, p.p 1 - 16

CARACTERÍSTICAS DE LA POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO:

En México se conforma una política de salud que redefine las funciones del Estado en la regulación, el financiamiento y la producción de servicios de salud; debilita las instituciones públicas de salud, fragmenta y reduce sus funciones, fortalece los mercados de la salud. Entre sus características están:

- Conformación de paquetes básicos, con limitadas intervenciones clínicas y de salud pública.
- Focalización de las acciones en salud.
- Selección de poblaciones acreditadas como pobres.
- Subfinanciamiento del gasto público en salud.
- Introducción de la lógica mercantil al sistema público.

En la política sectorial se plantea avanzar de manera paralela en:

- Propuestas para la emergencia en salud, que incluyan respuestas rápidas y coordinadas.
- Propuestas para la emergencia estructural en donde se consideren acciones intensivas y fondos compensatorios dirigidos hacia los espacios – población más vulnerables.
- Propuestas para el rescate de las instituciones públicas de salud, que frenen su desfinanciamiento y su fragmentación.
- Un plan estratégico para el mediano y largo plazo, que reforme el sistema de salud bajo los principios de equidad y ciudadanía, financiado esencialmente con recursos fiscales, que garantice la atención integral a la población y cuya orientación básica sea la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, manteniendo también un alto grado de capacidad resolutive en el terreno de la curación y la rehabilitación.⁶⁰

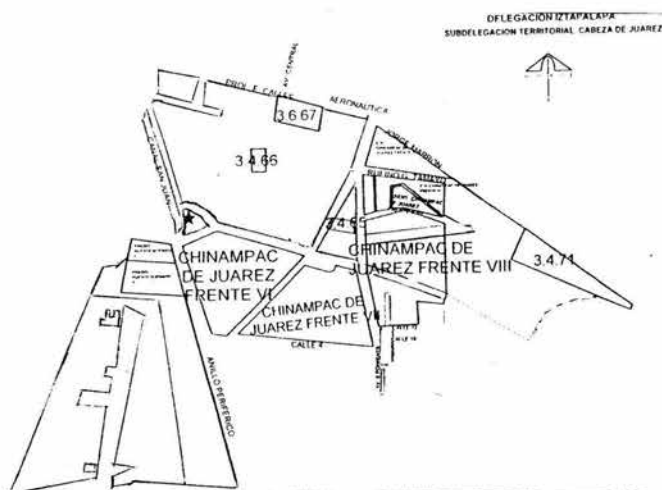
⁶⁰ Dra. Olivia López Arellano. **MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD.** SSDF – DGPCS
Jurisdicción sanitaria Iztapalapa. P. p. 1- 16

4. BREVE ESTUDIO DE COMUNIDAD DE LA COLONIA CHINAMPAC DE JUÁREZ

UBICACIÓN : La comunidad de Chinampac de Juárez se encuentra ubicada en la parte oriente de la ciudad de México, perteneciente a la delegación Iztapalapa.

LÍMITES: La colonia Chinampac de Juárez limita al norte con la colonia Ejercito Constitucionalista, al sur con la colonia Purisima, al este con la colonia cabeza de Juárez, al oeste con la colonia Leyes de reforma.⁶¹

PLANO DE UBICACIÓN



⁶¹ DELEGACIÓN IZTAPALAPA, SUBDELEGACIÓN TERRITORIAL CABEZA DE JUÁREZ. 2004.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La colonia Chinampac de Juárez se encuentra ubicada en la parte oriente de la Ciudad de México, perteneciente a la Delegación Iztapalapa; es una colonia relativamente nueva. Se fue poblando a partir de los años 1985, 1986, debido a los derrumbes de viviendas sufridas por el terremoto de dicho año (1985); ésta colonia era hasta entonces un poblado abandonado, sin habitante, lo comenzaron a poblar personas de la zona de Tepito, y del centro de la ciudad principalmente de forma no legal, es decir como paracaidistas.

Posteriormente, comenzaron a surgir organizaciones sociales entre los miembros de ésta colonia, de donde surgen los campamentos, y los líderes de éstos han sido los encargados de dialogar con las autoridades para que se les otorgue la autorización para la construcción de sus viviendas y unidades habitacionales.

Es así como la colonia va creciendo hasta llegar a ser lo que es hoy; ésta colonia se encuentra constituida por varias secciones, que son unidades habitacionales, llamadas Frentes. Existen 5 frentes, que van desde el Frente # 6, hasta el frente #10. La colonia Chinampac de Juárez aún se encuentra formada por varios campamentos en los cuales no se cuenta con alumbrado, drenaje dentro de éstos, pavimentación, agua potable, y servicios de comunicación; ésta viviendas están construidas de madera y lámina, y en la mayoría de ellas existe el hacinamiento, debido a que son muy pequeñas para el número de integrantes que las habita.

Debido al tipo de personas que conforman ésta comunidad es conocida como de alto riesgo para que exista delincuencia, drogadicción y en general, la colonia Chinampac de Juárez es una colonia muy problemática y peligrosa.⁶²

⁶² Ibidem

INFRAESTRUCTURA.

La colonia Chinampac de Juárez, no cuenta con una infraestructura propia; sin embargo dentro de la delegación Iztapalapa, la infraestructura industrial, de comercio y de servicio es una de las más grandes del Distrito Federal; ya que en ella se ubican:

- **LA CENTRAL DE ABASTO:** Considerada como el punto de encuentro entre productores, mayoristas, minoristas y consumidores de todo el país, al que acuden más de 250 mil personas diariamente para satisfacer los requerimientos de más de 20 millones de habitantes de la Zona Metropolitana. La diversidad de frutas y verduras, flores, hortalizas, abarrotes y carnes frías hacen de la Central de abasto el más importante centro de comercialización.
- **MERCADO DE PESCADOS Y MARISCOS LANUEVA VIGA:** Cuenta con 202 bodegas de mayoreo y 165 locales de tianguis. La Nueva Viga comercializa cerca de 60% de la producción nacional de pescados con escama y un 60% de moluscos y crustáceos, así como otras especies de procedencia extranjera.
- **PARQUE INDUSTRIAL ECOLÓGICO FINSA:** El parque estableció la infraestructura necesaria para ofrecer servicios de calidad a empresas no contaminantes y con baja utilización de agua potable, tratamiento de aguas residuales, energía eléctrica, ingeniería de campo y vigilancia las 24 horas.
- **TERMINAL CENTRAL DE CARGA ORIENTE:** Este Megaproyecto tiene contemplado un conjunto de bodegas y servicios en una superficie de 2 hectáreas, para dar cabida a 81 empresas transportistas. El estacionamiento de descarga se extiende en una superficie de 12,490 metros cuadrados; la sección de servicios cuenta con una caseta de control, servicio de lavado y engrasado, rampas, gasolinera, talleres y refaccionarias para proporcionar los servicios necesarios a los transportista.⁶³

⁶³ Ibidem

DATOS GEOGRÁFICOS.

✦ **CLIMA:** Templado. La temperatura promedio varía entre los 12 – 20 °C, dependiendo de la estación del año en la que se encuentre.

✦ **FLORA:** Variada.

✦ **FAUNA:** Se encontraron perros, gatos, moscas, cucarachas y ratones principalmente.

✦ **VÍAS DE ACCESO:** La comunidad de Chinampac de Juárez cuenta con importantes vías de comunicación como son la calzada Ignacio Zaragoza, Eje 5 sur, Periférico Oriente, Avenida Telecomunicaciones, Avenida Gelatao., Avenida Luis Méndez.

✦ **DEMOGRAFÍA:** La población total de la comunidad de Chinampac de Juárez es de 60029 habitantes y un total de 12006 familias. El número de viviendas por frentes es: Frente VI-618, Frente VII – 1074, Frente VIII – 1322, Frente IX – 450, Frente IX^{1/2} – 700, Frente X- 1322.⁶⁴

⁶⁴ Ibidem

✦ **INFORMACIÓN POLÍTICA E INSTITUCIONAL:** En la unidad territorial Chinampac de Juárez existe 1 sección electoral (2218), comprende 4 zonas (Col. Puente Quemado, U. H. Frente 8 de la sección 15 a la 19 y una parte de la Colonia Renovación); tiene 1 comité vecinal, en el cual el coordinador es el Sr. José Guadalupe López Ramón, miembro activo. 2 centros de recreación (Centros sociales, comunitarios y/ o módulos deportivos)

DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
❖ MÓDULO DEPORTIVO	CAMELLÓN DE PERIFÉRICO CASI ESQUINA CON EJE 5 SUR
❖ MÓDULO DEPORTIVO	CADENA AZUL ENTRE EL FRENTE 7 Y EL FRENTE 8

1 lechería (20 – 0101), ubicada en calle s /n 3entre radiofonia y la lateral de eje vial 5 sur, Chinampac de Juárez. Planteles educativos: (1) preescolar, (1) primaria.

NOMBRE	UBICACIÓN	TELEFONO
Dr. ATL	Cda. Av. 4 Pte. Y 6 Pte.	56931627
PRIMARIA TLALOC	Av. 4 Y CALLE 2 S /N ⁶⁵	56902940

⁶⁵ Ibidem

3 grupos sociales:

DIRIGENTE	ORGANIZACIÓN
PROF. PEDRO ALVAREZ MARTÍNEZ PROFA. ADRIANA GORDOLLO OCHOA PROFA CRISTINA.	ANTORCHA POPULAR
PILAR QUINTERO	UPREZ
DIPUTADA ELBA GARFÍAS MALDONADO	NUEVA IZQUIERDA

En la colonia no existen: sector religioso, sector de la SSP, juzgados o ministerios públicos, clínicas u hospitales, solo hay un centro de salud (Ubicado en Av. Telecomunicaciones s/ n, casi esquina eje 5 sur, frente a la U. H. Frente 8).

UNIDAD TERRITORIAL U. H. FRENTE 6 Y 7

En la unidad territorial U. H. Frente 6 y 7 existen 6 secciones electorales (2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2066); comprende 3 zonas (U. H. Hacienda de las Flores, Campamento Zeltzin, Campamento Ciudad refugio). Planteles educativos: preescolar 1, primaria 1, secundaria 1 educación especial 2.⁶⁶

⁶⁶ Ibidem

PREESCOLAR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
JULIÁN CARRILLO	PERIFÉRICO Y EJE 5 SUR FRENTE 6 Y 7	56941417
PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
S/N MIGUEL LERDO DE TEJADA	FRENTE 6 Y 7	56003863
SECUNDARIA	DIRECCIÓN	TELEFONO
FRANCISCO LARROLLO	FRENTE 6 y 7 Y EJE 5 SUR	56006801
EDUCACIÓN ESPECIAL	DIRECCIÓN	TELEFONO
ALEXANDER GRAHAM BELL	RADIODIFUSIÓN S/N	
ESCUELA DE INVIDENTES	TELECOMUNICACIONES S/N	

MERCADOS O CONCENTRACIONES: 1

NOMBRE	DIRECCIÓN
CONCENTRACIÓN MANUEL AGUILERA GÓMEZ	RADIODIFUSIÓN CASI ESQUINA PERIFÉRICO ORIENTE, FTE. VI

Cuenta Con 1 Lechería en calle s/n entre Radiofonia y lateral de eje vial 5 sur, cuenta con 1 comité vecinal en el cual el coordinador de dicho comité es Alejandro Saucedo. Tiene 5 grupos sociales, 4 centros de recreación (centros sociales, comunitarios y módulos deportivos, 3 empresas; en la colonia no existen centros para la realización de cultos religiosos, sector de la SSP, juzgados o ministerios públicos, clínicas u hospitales.⁶⁷

⁶⁷ Ibidem

GRUPOS SOCIALES:

ORGANIZACIÓN	DIRIGENTE
MUJERES DE FUERZA Y UNIDAD A. C.	IMELDA GARCÍA UREÑA
ZELTZIN YAOZIHATL. A. C.	MARTHA VELÁZQUEZ MUÑIZ
C.C.A.T. - UCAJ	JOSEFINA SANCHEZ JIMENEZ
FRENTE POPULAR FRANCISCO VILLA INDEPENDIENTE CAMPAMENTO CIUDAD REFUGIO	JUAN HERNÁNDEZ ORTIZ ELI HOMERO AGUILAR RAMÍREZ
NUEVA IZQUIERDA	DIPUTADA ELBA GARFIAS MALDONADO

CENTROS DE RECREACIÓN:

DEDESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
MÓDULO DEPORTIVO	AMPLIACIÓN PLUTARCO ELIAS CALLES Y AV. TELECOMUNICACIONES
MÓDULO DEPORTIVO	FRENTE 7 SECC. M, N y L EN LA EXPLANADA
MÓDULO DEPORTIVO	PERIFERICO ORIENTE Y EJE 5 SUR, U. H. HACIENDA DE LAS FLORES.
MÓDULO DEPORTIVO	CALLE S/N, FRENTE A LA ESC. PRIM. LERDO DE TEJADA (ÁREA DEL ESTACIONAMIENTO) ⁶⁸

⁶⁸ Ibidem

EMPRESAS:

DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
BODEGA AURRERA	PERIFÉRICO ORIENTE, ESQ. EJE 5 SUR
ORGANIZACIÓN FYE S. A. DE C. V. CANCHAS UBICADAS A UN COSTADO DE LA TERRITORIAL	EJE 5 SUR CASI ESQUINA CON PERIFÉRICO
CINEMEX IZTAPALAPA	PERIFÉRICO ARCO ORIENTE # 2141

UNIDAD TERRITORIAL U. H. FRENTE 8

En la Unidad Territorial U. H. Frente 8 existen 3 secciones electorales (2328, 2329, 2330), 1 comité vecinal del cual el Sr. Velasco Trujano Benito es coordinador, 2 grupos sociales, 1 centro de recreación. En la colonia no existen centros para la realización de cultos religiosos, lechería, mercado, planteles educativos, sector de la SSP, juzgados o ministerios públicos, clínicas u hospitales.

GRUPOS SOCIALES:

DIRIGENTE	ORGANIZACIÓN
PROF. CUAUHTEMOC SOLANO	FRENTE COMÚN
DIPUTADA ELBA GARFIAS MALDONADO	NUEVA IZQUIERDA

CENTROS DE RECREACIÓN:

DESCRIPCIÓN	DIRECCIÓN
MÓDULO DEPORTIVO	CADENA AZUL ESQUINA CON HUMBERTO G. TAMAYO ⁶⁹

⁶⁹ Ibidem

UNIDAD TERRITORIAL U. H. FRENTE 9

E la Unidad Territorial U. H. Frente 9 existen 3 secciones electorales (2336, 2327, 2337), comprende 2 zonas (Frente 9^{1/2} y Lomas del Seminario). Cuenta con 1 comité vecinal del cual es coordinador la Sra. Espinosa Vázquez Alejandra, 6 grupos sociales y 2 centros recreativos. En la colonia no existen centros para la realización de cultos religiosos, lechería, mercado, planteles educativos, sector de la SSP, juzgados o ministerios públicos, clínicas u hospitales.

GRUPOS SOCIALES:

ORGANIZACIÓN	DIRIGENTE
FRENTE POPULAR FRANCISCO VILLA INDEPENDIENTE	ELI HOMERO AGUILAR RAMÍREZ
COOPERATIVA DE VIVIENDA MÉXICO IZAPAN A. C.	MANUEL RAMOS Y JUAN RAMOS
FRENTE POPULAR FRANCISCO VILLA INDEPENDIENTE CAMPAMENTO CIUDAD REFUGIO	JUAN HERNÁNDEZ ORTIZ
SOCIEDAD COOPERATIVA CADENA AZUL	ANANAY CASTRO RAMOS
COOPERATIVA DE VIVIENDA FRENTE Gelatao S. C. L.	ARMANDO CHICALOTE CALDERÓN
LOCATARIOS DE COMERCIANTES FRENTE GUELATAO	FELIPE NERY GÓMEZ CRUZ CECILIA ⁷⁰

⁷⁰ Ibidem

CENTROS RECREATIVOS:

DESCRIPCIÓN	DIRECCIÓN
MÓDULO DEPORTIVO	CADENA AZUL ESQUINA CON HUMBERTO G. TAMAYO
MÓDULO DEPORTIVO	MODULO ENTRE PROL. PLUTARCO ELÍAS CALLES Y HUMBERTO G. TAMAYO.

UNIDAD TERRITORIAL U. H. FRENTE 10

En la unidad territorial U. H. Frente 10 existe 1 sección electoral (2207), comprende 5 zonas (Torres Frente X, U. H. GEO Villas, U. H. 12 de Octubre, U. H. 6 de Octubre, U. H. Frente 11), 3 planteles educativos (1 preescolar, 1 primaria y 1 medio superior), cuenta con 1 centro recreativo, 1 comité vecinal del cual es coordinadora la Sra. González García Sofia y 5 grupos sociales. En la colonia no existen centros para la realización de cultos religiosos, lechería mercado, planteles educativos, sector de la SSP, juzgados o ministerios públicos, clínicas u hospitales.

PLANTELES EDUCATIVOS:

PREESCOLAR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BLAS GALINDO	TELECOMUNICACIONES FRENTE 10	57732729
PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CARLOS E. NERI GUZMAN	AV. TELECOMUNICACIONES S/N FRENTE 8,9 Y 10	57459526
MEDIO SUPERIOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
C.C. H. ORIENTE	CANAL DE SAN JUAN ESQUINA AV. UNIVERSIDAD ⁷¹	

⁷¹ Ibidem

CENTROS RECREATIVOS

DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
MODULO DEPORTIVO	AMPL.. PLUTARCO ELÍAS CALLES ESQ. CON AV. TELECOMUNICACIONES

GRUPOS SOCIALES

DIRIGENTE	ORGANIZACIÓN
CARMEN BUSTAMANTE	MOVIMIENTO VECINO
ISIDRO SILVA SEVERIANO	MOVIMIENTO HABITACIONAL FRENTE 10 A. C
LUCIA IBARRA	ASOCIACIÓN FRENTE RENOVACIÓN A.C.
DIPUTADA ELBA GARFIAS MALDONADO	NUEVA IZQUIERDA
DIPUTADO ALFREDO HERNÁNDEZ RAIGOSA	CID ⁷²

Este breve estudio de comunidad será completado con los resultados del instrumento, que fue aplicado a las familias de la comunidad de Chinampac de Juárez.

⁷² Ibidem

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

3. FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA COLONIA CHINAMPAC DE JUÁREZ

Los factores de riesgo detectados en la colonia Chinampac de Juárez, por medio de la aplicación de una encuesta fueron los siguientes: Sociales, económicos, biológicos educacionales y culturales.

- La edad
- El bajo nivel educativo
- Percepción de bajos salarios
- Hacinamiento
- Tipo material utilizado para la construcción de vivienda como cartón, lámina y madera.
- Falta de agua intradomiciliaria
- Nivel socioeconómico bajo
- Basurero a cielo abierto
- Contaminación de suelo, aire y agua
- Hábitos higiénicos deficientes
- Convivencia con jóvenes drogadictos, delincuentes o alcohólicos
- Convivencia con animales domésticos y fauna nociva

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Mediante la aplicación de una encuesta directa (*ANEXO 1*) realizada en la comunidad de Chinampac de Juárez, la cual se encuentra ubicada en Avenida Telecomunicaciones S/N casi esquina eje 5: con una muestra de 300 familias y 1138 personas; la cual se realizó en el mes de Agosto del 2003, se recabo la siguiente información comprendida en el periodo de Septiembre - Diciembre del 2003.

CUADRO No. 1

Habitantes de la comunidad de Chinampac de Juárez, agrupados por sexo y edad.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	579	51
FEMENINO	559	49
TOTAL	1138	100

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
0 - 10 Años	214	19
10 - 20 Años	233	20
20 - 30 Años	212	19
30 - 40 Años	222	20
Más de 40 años	257	22
TOTAL	1138	100

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de Licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, Iztapalapa Julio 2003.

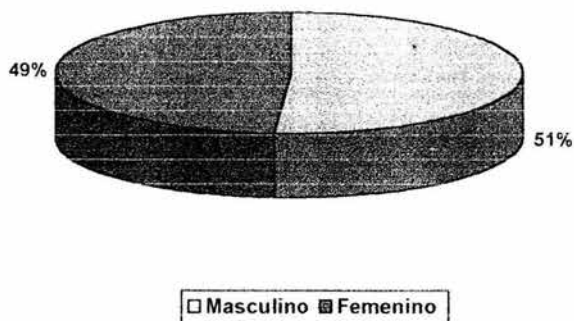
En el cuadro No. 1 encontramos con un número de 579 personas y el 51% al sexo masculino y 559 con un 49% al sexo femenino dando un total de 1138 personas.

De acuerdo a las edades se observó que el grupo de 0 a 10 años, con un número de 214 corresponde al 19%; el grupo de 10 – 20 años con un número de 233 con un 20%, el grupo de 20 – 30 años con un 19 %; el grupo de 30 a 40 años con un número de 222 con un 20% y el grupo correspondiente a las personas mayores de 40 años con un número total de 257 y un 22% es el que se encontró con mayor cantidad en comparación con los demás grupos de edades.

Analizando el cuadro 1 podemos identificar que el mayor porcentaje está dado por personas del sexo masculino, aunque en una diferencia mínima respecto de las mujeres, en un 39% de la población con una edad de 20 a 40 años, lo que implica que es población en edad reproductiva, dato que cruzaremos con la ocupación para valorar la existencia de algún tipo de daño a su salud. Otro factor de riesgo importante que ubicamos en este cuadro es que un 19% se encuentra ocupado por los menores de edad, etapa en donde surgen las enfermedades propias de la infancia como son el sarampión, la varicela, etc., Si a esto agregamos la forma de vida de la población observada durante la aplicación de las encuestas, la susceptibilidad se incrementa.

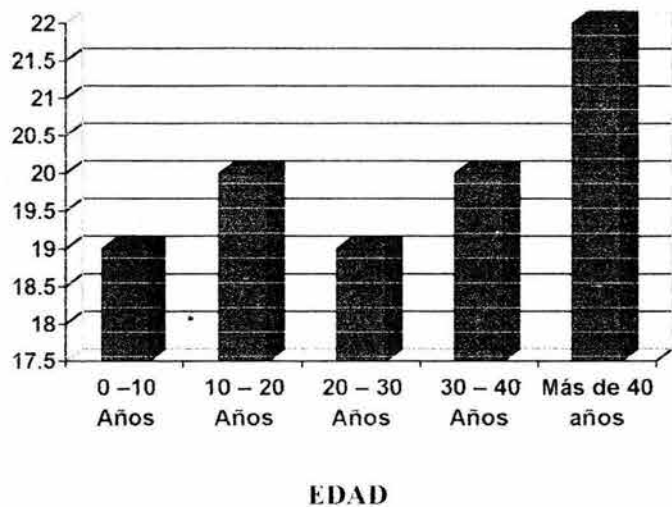
GRÁFICA 1

SEXO



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de Licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, Iztapalapa Julio 2003

GRAFICA 1



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 2

Escolaridad de los habitantes de la colonia de Chinampac de Juárez.

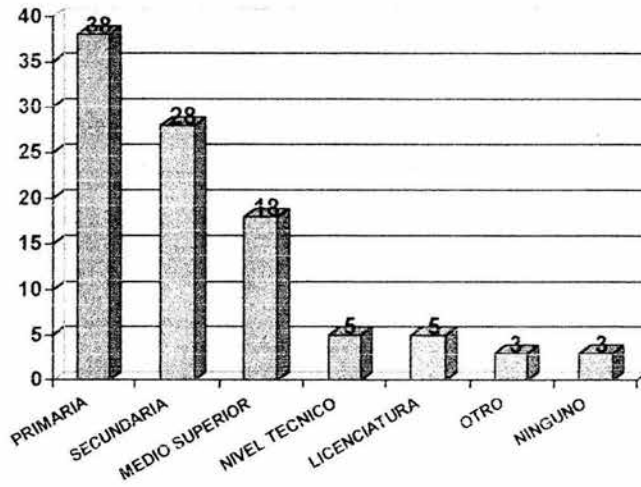
ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
PRIMARIA	434	38
SECUNDARIA	322	28
MEDIO SUPERIOR	201	18
NIVEL TÉCNICO	57	5
LICENCIATURA	55	5
OTRO	34	3
NINGUNO	35	3
TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

De acuerdo a la escolaridad mencionada en el cuadro No. 2, encontramos 434 casos con un 38% de primaria, 322 casos con un 28% de secundaria, 201 con un 18% de nivel medio superior, 57 casos con un 5% de nivel técnico, 55 casos con un 5% de nivel licenciatura, 34 casos con un 3% refieren otra opción fuera de las mencionadas y 35 casos con un 3% que no refieren ninguna.

Podemos observar que en el cuadro número 2 relacionado con la escolaridad; ésta se ha incrementado, como se puede ver el mayor porcentaje (66%) corresponde a la preparación básica solamente, lo que puede indicar que la población de Chinampac de Juárez opta por concluir la educación básica, ya que es la requerida legalmente para obtener un empleo o bien que se intenta seguir con los estudios. Por lo anterior debemos recordar que la escolaridad es un factor fundamental para apoyar el desarrollo personal y social de la población, particularmente la asistencia a la educación básica, la cual comprende preescolar, primaria, secundaria

GRÁFICA 2



ESCOLARIDAD

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 3

Ocupación de los habitantes de la comunidad de Chinampac de Juárez.

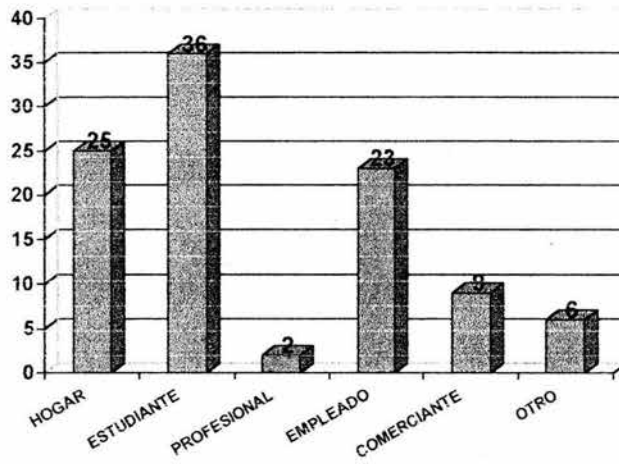
OCUPACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
HOGAR	289	25
ESTUDIANTE	409	36
PROFESIONAL	25	2
EMPLEADO	248	22
COMERCIANTE	96	9
OTRO	71	6
TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

En el cuadro # 3 relacionado con la ocupación de la comunidad encontramos, encontramos con un número de 289 correspondiente al 25% que estas personas se dedican al hogar, 409 casos con un 36% son estudiantes, 25 casos con un 2% profesionistas, 248 casos con un 22% empleados, 96 casos con un 9% de ocupación comerciante y 71 casos con un 6% que refieren tener otra ocupación. La ocupación profesionista es uno de los menores porcentajes en relación con los demás grupos.

El 39% del total de la población, entre comerciantes, profesionistas, empleados y otros conforman la parte remunerativa, mientras que el 61% conforman la parte no remunerativa, como lo es la población estudiantil, esto nos indica que la mayoría de la población es joven y aún no se incorporan al mercado laboral. Dentro de este encontramos también el trabajo dentro del hogar el cual sigue siendo una actividad importante que puede deberse a varias razones: falta de preparación para encontrar un empleo remunerado, existencia de hijos pequeños sin asistencia de tipo social para dejarlos ahí, o bien que aún existe la costumbre de que las mujeres se dediquen a cuidar de los hijos y el hombre a llevar el sustento.

GRAFICA 3



OCUPACIÓN

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 4

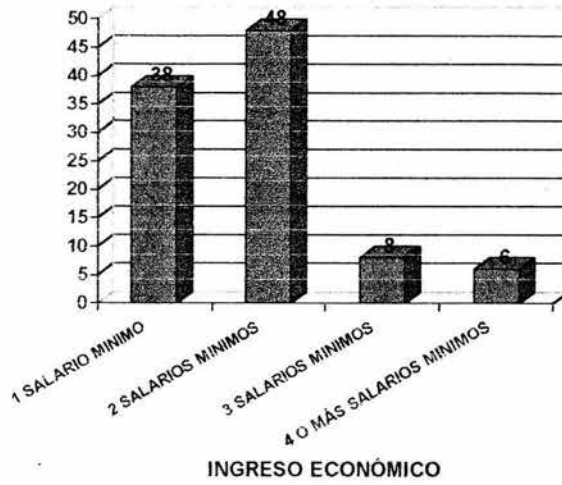
Ingreso económico de las personas que habitan en la comunidad de Chinampac de Guátez.

INGRESO ECONÓMICO	NÚMERO	PORCENTAJE
1 SALARIO MÍNIMO	171	38
2 SALARIOS MÍNIMOS	215	48
3 SALARIOS MÍNIMOS	38	8
4 Ó MÁS SALARIOS MIN.	25	6
TOTAL	449	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

De acuerdo al cuadro No.4 referente a los ingresos económicos se obtuvo con un número de 171 casos y un 38% de la población encuestada que ganan un salario mínimo; 215 casos con un 48 % con 2 salarios mínimos, 38 casos con un 8 % en tres salarios mínimos, con 25 y un porcentaje de 6 % cuatro salarios mínimos o más. Aquí observamos que el 76% de los que tienen vida laboral remunerada perciben menos de 2 salarios mínimos. De acuerdo a lo anterior podemos decir que en estas personas existe un factor de riesgo para poder sustentar las necesidades básicas de los seres humanos, sobre todo por que la mayoría de las familias están integradas por más de 4 personas; esto puede traer como consecuencia la integración de los diferentes miembros de la familia al mercado laboral a una edad temprana con la posibilidad de tener un empleo inestable o mal pagado. Vale la pena destacar que se desconoce el número de integrantes de la familia que trabajan, en este caso se da mayor importancia al ingreso por familia.

GRAFICA 4



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 5

Número de personas que habitan en el domicilio de las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

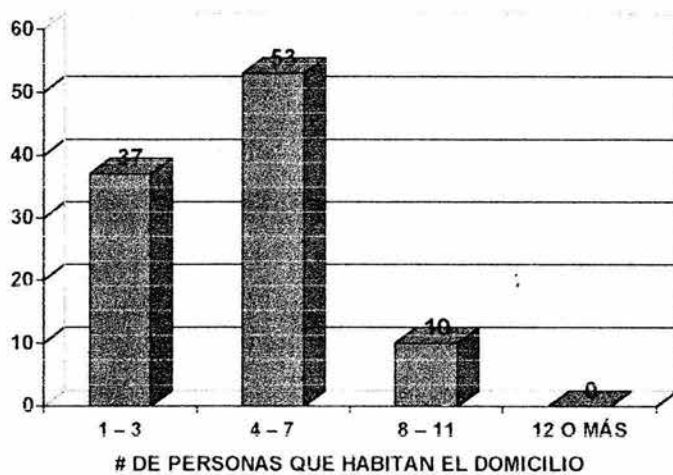
# PERSONAS QUE HABITAN EL DOMICILIO	NÚMERO	PORCENTAJE
1 - 3	415	37
4 - 7	600	53
8 - 11	123	10
12 Ó MAS	0	0
TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

En relación al cuadro No. 5 con relación al número de personas que habitan en el domicilio se obtuvieron 415 casos representando el 37% en donde habitan de una a tres personas, 600 casos con un 53 % donde habitan de 4 a 7 personas, y 123 casos con un 10 % en donde habitan de 8 a 11 personas.

En este cuadro nos podemos dar cuenta que un alto porcentaje de familias se encuentra integrado por un elevado número de personas (de 4 - 7) que viven dentro del mismo domicilio, esto podría ser consecuencia de los bajos ingresos económicos de las familias, lo que causa condiciones desfavorables para vivir, como lo es el hacinamiento que es un factor de riesgo para producir el contagio de enfermedades con mayor facilidad y, llegar a tener conflictos familiares. No se sabe con esta investigación si los integrantes de la familia corresponden a una familia nuclear (padre, madre, hijos) o a una familia compuesta en donde se agregan suegros, yernos, tíos, etc; sin embargo rescatamos el dato de que las familias cuentan en su mayoría (53%) con 4 y hasta 7 integrantes.

GRAFICA 5



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 6

Rol que desempeña cada una de las personas que integran las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

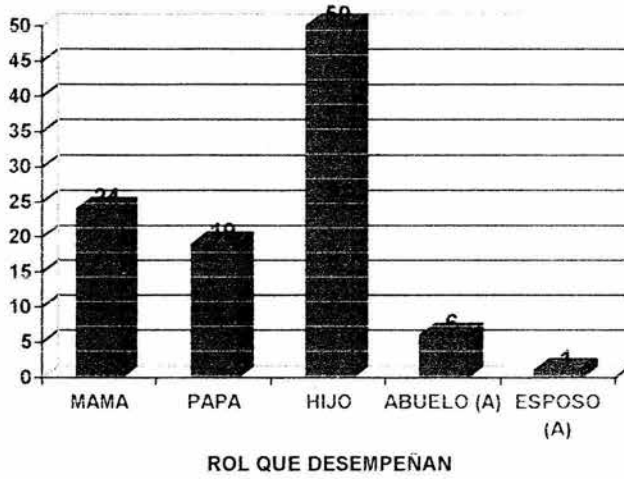
ROL QUE DESEMPEÑAN	NÚMERO	PORCENTAJE
MAMÁ	250	24
PAPÁ	215	19
HIJO	564	50
ABUELO (A)	71	6
ESPOSO (A)	8	1
TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

Analizando el cuadro No. 6 se observan 280 casos representando un 24% de personas que desempeñan el rol de madre, 215 casos con un 19% el rol de padre, 564 casos representando un 55% que representan el rol de hijos; 71 casos con un 6% desempeñando el rol de abuelos y por último, 8 casos con el 1% desempeñando el rol de esposos o parejas.

Un alto porcentaje de la población se dedica a tener el rol de padre o madre (43%), esto aunado con el índice tan grande de hijos, podría ser factor de riesgo para la estabilidad económica de la familia, lo que repercute en la disminución del nivel de vida y en la posibilidad de adquirir una formación profesional, por consiguiente la familia puede llegar a buscar el sustento durante largas jornadas de trabajo lo que en ocasiones provoca la inestabilidad de los roles familiares.

GRAFICA 6



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 7

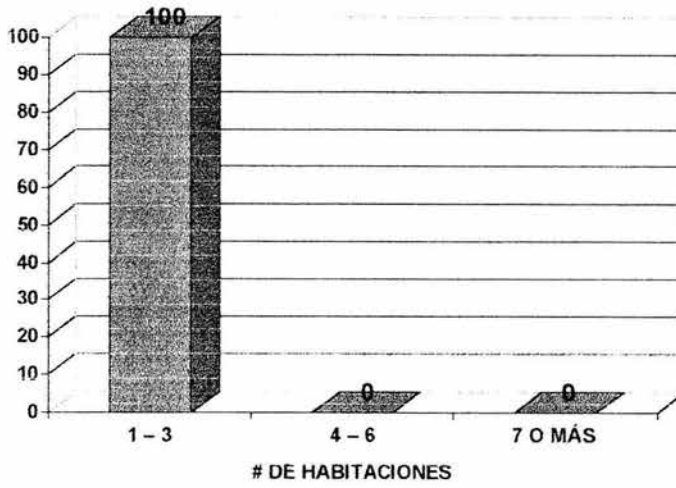
Número de habitaciones con las que cuenta el domicilio de las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

# HABITACIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
1-3	300	100
4-6	0	0
7 Ó MAS	0	0
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

Con relación al cuadro No. 7 referente al número de habitaciones por domicilio con que cuentan las familias encuestadas, considerando tanto casas propias como rentadas, se encontró que 300 casos representando el 100% tienen de 1 a 3 habitaciones por domicilio. Si tomamos en cuenta que la población de la comunidad de Chinampac de Juárez supera en ocasiones los 7 u 8 integrantes de la familia viviendo en habitaciones de 1 - 3, como lo es comúnmente en los campamentos que existen en la colonia en donde muchas veces solo se cuenta con 1 habitación como dormitorio, es un factor de riesgo para que exista el hacinamiento, la disminución del nivel de vida, enfermedades y conflictos interpersonales por la falta de privacidad que pueden llegar a ocasionar patologías sociales.

GRAFICA 7



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 8

Material utilizado para la construcción de las viviendas de las familias que habitan en la colonia Chinampac de Quátex.

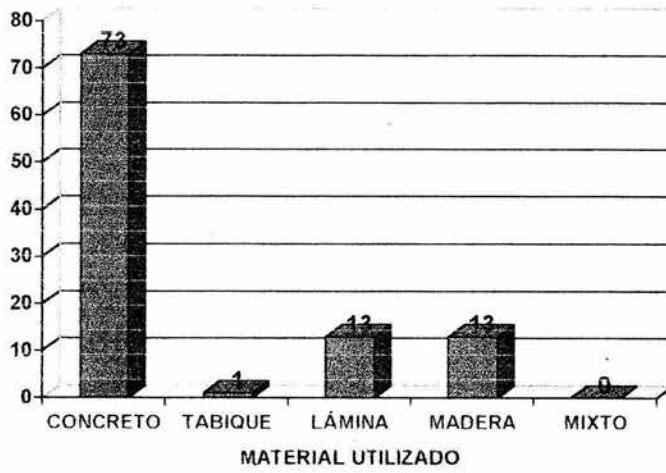
MATERIAL UTILIZADO	NÚMERO	PORCENTAJE
CONCRETO	217	73
TABIQUE	3	1
LÁMINA	40	13
MADERA	40	13
MIXTO	0	0
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

Con base a las encuestas aplicadas a la comunidad, se encuentra en el cuadro No. 8 que el material que utilizan las familias para la construcción de su vivienda es en 217 casos con un 73% concreto, 3 casos con el 1% utiliza tabique, 40 casos con un 13% utiliza lámina y 40 casos con un 3% madera. El material utilizado para la construcción de las viviendas es en la mayoría de los casos el concreto; sin embargo la mayoría de las viviendas de esta colonia son departamentos en los cuales se puede observar están construidos con un material de regular calidad lo cual puede llegar a producir en un futuro accidentes en el hogar al cuartearse las paredes o pisos.

El 23% de las personas construyen sus casas con lámina y madera lo cual es también un factor de riesgo para causar enfermedades de diversa índole y alojar con mayor facilidad a fauna nociva, además de estar expuestos a una mayor probabilidad de sufrir accidentes en el hogar como incendios, cortadas con material oxidado, etc.

GRAFICA 8



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 9

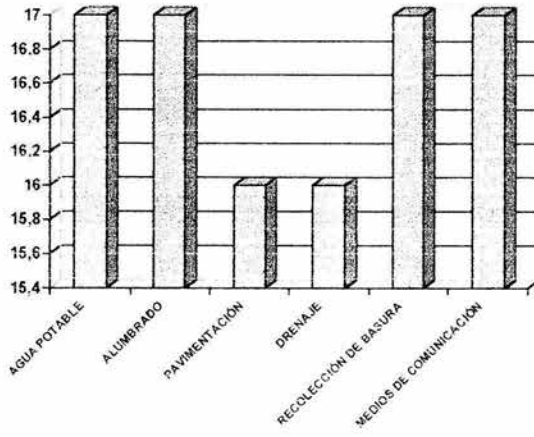
Servicios con los que cuenta la comunidad de la colonia Chinampac de Juárez.

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA COMUNIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
AGUA POTABLE	300	17
ALUMBRADO	300	17
PAVIMENTACIÓN	300	16
DRENAJE	300	16
RECOLECCIÓN DE BASURA	300	17
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	300	17

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

Con relación a los servicios con los que cuenta la comunidad mencionados en el cuadro No. 9, se obtuvo un número de 300 casos con un 100% en donde se hace mención que la comunidad cuenta con todos los servicios públicos. Según lo anterior la población refiere contar con todos los servicios; sin embargo se observa al realizar la aplicación de encuestas a dicha población, que existe demasiada contaminación externa al domicilio lo cual no indica que no existe el servicio continuo de recolección de basura. Al visitar los campamentos notamos la falta de agua potable en el interior de los domicilios, ya que los habitantes de estos tienen la necesidad de acarrear el agua de las tomas externas a los campamentos; también existe la falta de alumbrado y pavimentación dentro de dichos campamentos; esto pudiera traer como consecuencia accidentes.

GRAFICA 9



SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA COMUNIDAD

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 10

Número de comidas que realizan al día cada uno de los integrantes de las familias en la colonia Chinampac de Juárez.

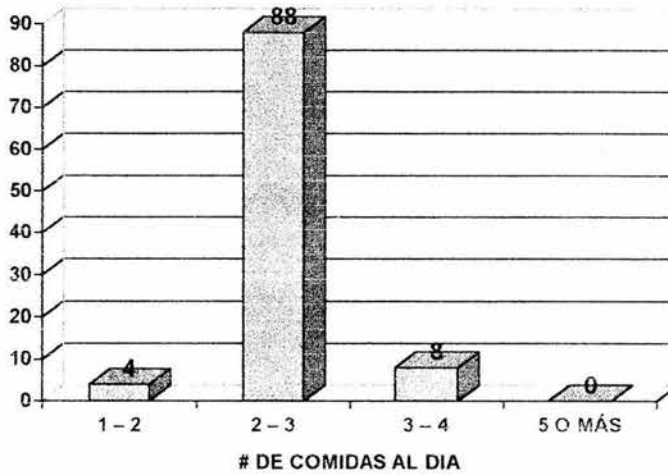
# DE COMIDAS AL DÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
1 - 2	46	4
2 - 3	998	88
3 - 4	94	8
5 O MAS	0	0
TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

Se encuentra en el cuadro No. 10 el cual nos habla del número de comidas que realizan las familias al día: se obtienen 46 casos con un 4% de las familias que realizan de 1 a 2 comidas al día; 998 casos con un 88% en el grupo de 2 a 3 comidas diarias y 94 casos con un 8% en el grupo de familias que comen de 3 a 4 veces al día.

Con relación al número de comidas que los habitantes de la colonia Chinampac de Juárez realizan al día, notamos que el mayor porcentaje refiere consumir sus alimentos tres veces al día lo que es correcto; sin embargo no podemos afirmar que exista una buena calidad de alimentos o que estas personas tengan buenos o malos hábitos alimenticios.

GRAFICA 10



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No.11

Frecuencia del consumo de alimentos que ingieren las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR SEMANA		NÚMERO	PORCENTAJE
POLLO	1/7 DÍAS	121	41
	2/7 DÍAS	92	31
	3/7 DÍAS	79	26
	4/7 DÍAS	5	2
	TOTAL	300	100
PESCADO	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	0/7 DÍAS	62	20
	1/7 DÍAS	102	34
	2/7 DÍAS	12	4
	3/7 DÍAS	1	3
	1/15 DÍAS	62	20
	1/20 DÍAS	32	10
	1/30 DÍAS	29	9
TOTAL	300	100	

CARNE	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	1/7 DÍAS	99	34
	2/7 DÍAS	99	34
	3/7 DÍAS	38	12
	4/7 DÍAS	23	7
	5/7 DÍAS	12	4
	6/7 DÍAS	4	1
	7/7 DÍAS	24	8
	TOTAL	300	100

FRUTAS	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	1/7 DÍAS	47	15
	2/7 DÍAS	92	31
	3/7 DÍAS	51	17
	4/7 DÍAS	24	8
	5/7 DÍAS	17	5
	6/7 DÍAS	19	7
	7/7 DÍAS	45	15
	1/15 DÍAS	5	1
TOTAL	300	100	

	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
VERDURAS	1/7 DÍAS	55	18
	2/7 DÍAS	66	22
	3/7 DÍAS	58	20
	4/7 DÍAS	15	5
	5/7 DÍAS	14	4
	6/7 DÍAS	2	1
	7/7 DÍAS	90	30
	TOTAL	300	100

CEREALES	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	0/7 DÍAS	98	32
	1/7 DÍAS	76	25
	2/7 DÍAS	68	22
	3/7 DÍAS	29	10
	4/7 DÍAS	11	4
	5/7 DÍAS	5	2
	6/7 DÍAS	0	0
	7/7 DÍAS	11	4
	1/15 DÍAS	2	1
	TOTAL	300	100
EMBUTIDOS	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	0/7 DÍAS	75	25
	1/7 DÍAS	84	28
	2/7 DÍAS	85	28
	3/7 DÍAS	38	13
	4/7 DÍAS	8	3
	5/7 DÍAS	10	3
	6/7 DÍAS	0	0
	7/7 DÍAS	0	0
	1/15 DÍAS	0	0
	TOTAL	300	100

	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
AGUA	1/7 DÍAS	5	2
	2/7 DÍAS	14	4
	3/7 DÍAS	39	13
	4/7 DÍAS	10	4
	5/7 DÍAS	17	6
	6/7 DÍAS	63	21
	7/7 DÍAS	152	50
	TOTAL	300	100

	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
LEGUMINOSAS	0/7 DÍAS	7	3
	1/7 DÍAS	90	30
	2/7 DÍAS	63	20
	3/7 DÍAS	56	19
	4/7 DÍAS	17	6
	5/7 DÍAS	7	2
	6/7 DÍAS	0	0
	7/7 DÍAS	60	20
	TOTAL	300	100

PAN	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	0/7 DÍAS	20	7
	1/7 DÍAS	5	1
	2/7 DÍAS	36	12
	3/7 DÍAS	29	10
	4/7 DÍAS	9	3
	5/7 DÍAS	11	4
	6/7 DÍAS	5	1
	7/7 DÍAS	185	62
	TOTAL	300	100

TORTILLA	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
	0/7 DÍAS	1	0
	1/7 DÍAS	2	1
	2/7 DÍAS	3	1
	3/7 DÍAS	11	4
	4/7 DÍAS	29	10
	5/7 DÍAS	4	2
	6/7 DÍAS	68	22
	7/7 DÍAS	182	60
	TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

De las encuestas recavadas se verifica en el cuadro No. 11 que los alimentos que más ingiere la comunidad por semana son, con un número de 121 casos y un 41% ingieren pollo una vez a la semana con un No. De 92 y un 31% lo ingieren 2 veces a la semana; 79 casos con un 26% 3 veces a la semana, 5 casos y un 2% 4 veces a la semana.

Se encontró que un número de 62 casos con el 20% no ingieren pescado, 102 con el 34% lo ingieren una vez por semana, 12 casos y un 4% lo consumen 2 veces a la semana, con 1 caso y el 3% refieren consumir el pescado 3 veces a la semana, con una mención de 62 casos y un 20% lo consumen una vez cada quincena, 32 casos con un 10% ingieren el pescado una vez de 20 días, 29 representando el 9% que lo consumen una vez a 1 mes. El 99 de los casos mencionados con un 34 % refiere consumir carne una vez a la semana, con un número de 99 y un 34% 2 veces a la semana, 38 casos con el 12% la ingieren 3 veces a la semana, 23 representando el 7 % 4 veces a la semana, 12 casos con el 1% 6 veces a la semana y 24 casos con un 8% lo consumen 7 veces a la semana.

Al consumir las frutas un número de 47 casos con un 15% refieren comerlas una vez por semana, 92 con el 31% 2 veces por semana, 51 casos con un 17% las consumen 3 veces a la semana, 24 representando el 8% 4 veces a la semana, 17 casos con un 5% ingieren fruta 5 veces por semana, 19 con el 8% 6 veces a la semana, 45 casos con el 15% la comen 7 veces a la semana y 5 casos representando el 1 % refieren consumir la fruta una vez a la quincena.

El 55 de los casos mencionados, con un 18% consumen en su alimentación verduras una vez por semana, el 66 con el 22% dos veces a la semana, el 20% con 58 casos las consumen 3 veces a la semana, 15 casos con el 5% la consumen 4 veces a la semana, 14 con el 4% 5 veces a la semana, 2 casos con el 1% 6 veces a la semana, 90 casos con el 30% 7 veces a la semana. Con 98 casos y 32% no consumen cereales, 76 casos con el 25% lo consumen 1 vez a la semana, 68 casos con 22% lo consumen 2 veces a la semana, 29 con el 10% 3 veces a la semana, 11 casos con el 4% 4 veces a la semana, con un número de 5 y el 2 % lo consumen 5 veces a la semana, el 0% 6 veces a la semana, con un número de 11 y un 4% lo consumen 7 veces a la semana y 2 casos con el 1% lo consumen cada 15 días. Con el 25% de la población observamos que no consumen embutidos, el 28% lo consumen una vez por semana, con un número de 85 y un 28% dos veces a la semana, el 13% lo consumen 3 veces a la semana, el 3% 4 veces a la semana, con un número de 10 y el 3% lo consumen 5 veces por semana. El agua es consumida con un número de 5 y un 2% una vez por semana, con un 7% dos veces por semana, 13% tres veces por semana, con un 4% 4 veces a la semana, un 6% la ingieren 5 veces a la semana, 21% 6 veces por semana, y 50% la ingieren 7 veces a la semana. El 7% no consumen pan, El 1% lo consumen una vez a la semana, el 12% 2 por semana, el 10% 3 por semana, el 3% 4 veces a la semana, el 4% 5 veces a la semana, el 1% 6 veces a la semana y con un número de 185 y un 62% lo ingieren todos los días de la semana. La tortilla es consumida con un 1% una vez a la semana, con un número de 3 y el 1% 2 veces por semana, el 4% la consumen 3 veces a la semana, el 10% 4 veces por semana, el 2% 5 veces por semana, el 22% 6 veces por semana, el 60% la consumen todos los días.

Con respecto al consumo de alimentos podemos notar que las personas refieren consumir en su mayoría pollo una vez por semana, al igual que las frutas (2 veces por semana) y verduras (todos los días), relacionando estos datos con el ingreso económico, se observa que éste no es suficiente para adquirir otro tipo de alimentos como pescado, carne, cereales, etc. Por otro lado tampoco estamos seguros de la calidad de alimentos ingeridos. A pesar de los datos respecto a lo que comen las personas y la frecuencia con que lo hacen, se pudo observar: Alteración de la nutrición por defecto, o por abuso manifestado por sobrepeso, palidez, adinamia, manchas hipocrómicas, cabello quebradizo.

CUADRO No. 12

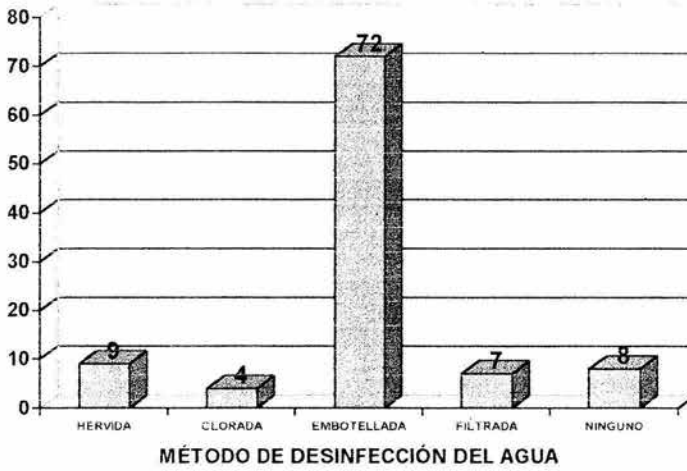
Método que utilizan las familias de la colonia de Chinampac de Juárez para la desinfección del consumo de agua.

MÉTODO DE DESINFECCIÓN DEL AGUA	NÚMERO	PORCENTAJE
HERVIDA	27	9
CLORADA	13	4
EMBOTELLADA	215	72
FILTRADA	20	7
NINGUNO	25	8
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

De las encuestas recabadas se obtiene en el cuadro No. 12 que según el método de desinfección del agua, el grupo de personas que la hierven para desinfectarla son 27 casos representando el 9%, con 13 casos y un 4% que la cloran. 215 casos y un 72% que la consumen embotellada, 20 casos con el 7% la filtran y 25 casos representando al 8% que no refiere ningún método para desinfectar el agua. Con respecto al método de desinfección del agua podemos observar que la mayor parte de la población consume agua embotellada, esto es bueno ya que el agua si no es clorada correctamente puede ser tóxica, además de que produce un sabor desagradable. Sin embargo debemos recordar que esto tiene un costo y que para las personas con bajos recursos económicos no es posible adquirir el agua embotellada.

GRAFICA 12



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 13

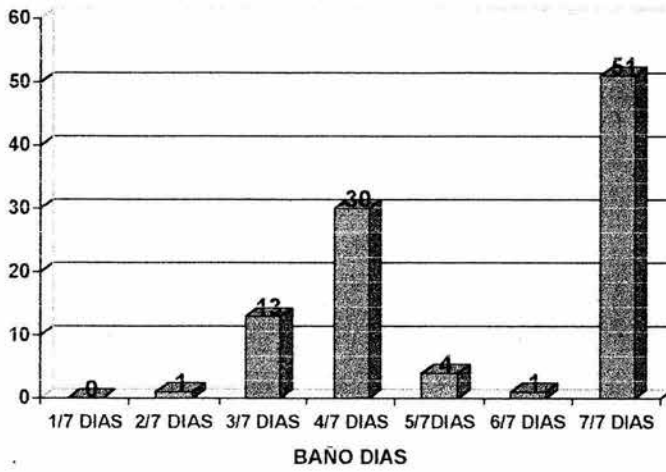
Frecuencia con la que efectúan el baño personal cada uno de los integrantes de las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

	DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
BAÑO	1/7 DÍAS	0	0
	2/7 DÍAS	15	1
	3/7 DÍAS	154	13
	4/7 DÍAS	338	30
	5/7 DÍAS	40	4
	6/7 DÍAS	11	1
	7/7 DÍAS	580	51
	TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

En el cuadro No. 13 el cual nos habla de la frecuencia con la que se efectúa el baño personal en la semana: Se encuentra que dentro de las familias entrevistadas 15 casos, representando el 1% se bañan 2 veces a la semana, 154 casos con el 13 % realizan el baño 3 veces a la semana, 338 casos con un 30 % se bañan cada tercer día, es decir cuatro veces a la semana, esto se da sobre todo en las personas de edad avanzada, ya sea por costumbre, o en personas jóvenes por falta de agua; esto puede traer como consecuencia enfermedades como dermatitis, escabiasis, una higiene deficiente, mal aspecto etc. 40 casos con un 30% lo hacen 5 veces a la semana, 11 casos que representan el 1% se bañan 6 veces a la semana, 580 casos con el 51% se bañan diariamente; esto se da sobre todo en las personas que se van a trabajar, o en estudiantes, ya que existe más cuidado para su presentación personal; además el baño sirve para eliminar microorganismos patógenos, prevenir infecciones sobre todo del tracto urinario y es un relajante.

GRAFICA 13



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 14

Frecuencia con la que se realizan el aseo dental cada uno de los integrantes de las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

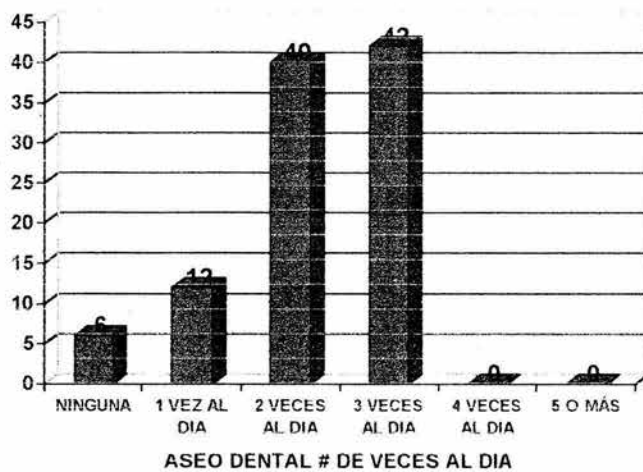
	# DE VECES AL DÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
ASEO DENTAL	NINGUNA	74	6
	1VEZ AL DÍA	133	12
	2VECES AL DÍA	455	40
	3VECES AL DÍA	476	42
	4 VECES AL DÍA	0	0
	5 Ó MÁS	0	0
	TOTAL	1138	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

En relación con el aseo dental el cual se muestra el cuadro No. 14, se obtuvo con un número de 133 casos y el 12% que la comunidad refiere realizar el aseo dental una vez por semana, 455 casos con un 40 % lo realizan 2 veces a la semana; 476 casos con un 42% se asean 3 ceses por semana y 74 casos con un 6% que no se lavan los dientes ninguna vez a la semana.

El cuadro anterior referente al aseo dental nos muestra que la mayoría de las personas de la comunidad de Chinampac de Juárez (el 82%) lo realiza entre 2 y 3 veces al día, lo que indica que las personas son concientes de la importancia del aseo dental, sin embargo el 18% no realiza el aseo bucal las veces necesarias, lo que es un factor de riesgo para que se lleguen a producir caries e infecciones en la boca que pueden llegar a agravarse si no son atendidas y traer como consecuencia la pérdida de piezas dentales y esto a su vez puede traer problemas para la alimentación de las personas.

GRAFICA 14



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 15

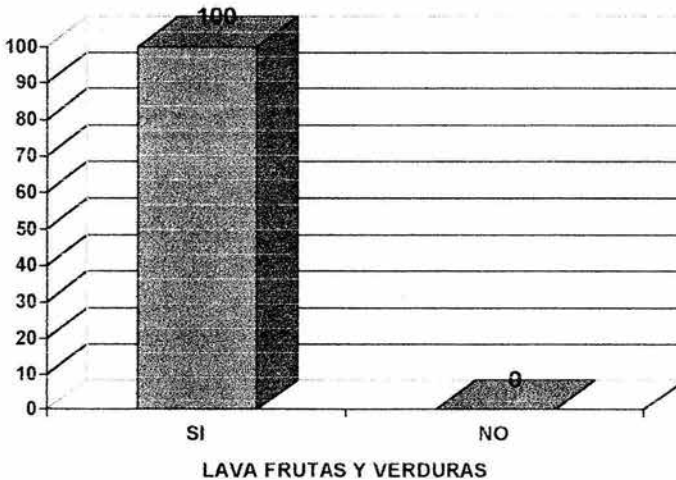
Número de familias que lavan las frutas y las verduras en la colonia Chinampac de Juárez.

LAVA FRUTAS Y VERDURAS	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	300	100
NO	0	0
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

De acuerdo con el cuadro # 15 referente a que la comunidad lava frutas y verduras se obtuvo con un número de 300 casos y un 100% que la población si lava frutas y verduras. La mayoría de las personas que habitan en la comunidad de Chinampac de Juárez refieren si desinfectar las frutas y verduras, lo cual es muy importante ya que estas traen consigo una cantidad importante de bacterias y parásitos, además de suciedad y productos químicos con los que son regados, los cuales pueden ser causantes de diferentes enfermedades e infecciones gastro - intestinales.

GRAFICA 15



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 16

Número de familias que desinfectan las frutas y las verduras en la colonia Chinampac de Guátez.

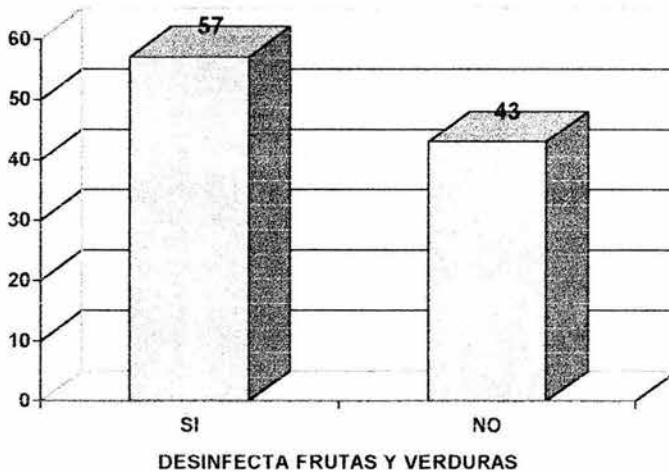
DESINFECTA FRUTAS Y VERDURAS	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	170	57
NO	130	43
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

Según los resultados que encontramos en el cuadro No. 16 referente a la desinfección de frutas y verduras se obtuvo con un número de 170 casos y un 57% que si desinfectan las frutas y verduras; con un número de 130 y un 43% personas que no desinfectan frutas y verduras.

Como podemos observar en el cuadro 16 la mayoría de las familias refieren desinfectar frutas y verduras, después de lavarlas, esto es importante ya que en ocasiones lavarlas no elimina a las bacterias o parásitos que estas pueden tener; y que al consumirlas nos puede traer como consecuencia múltiples infecciones gastro - intestinales.

GRAFICA 16



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 17

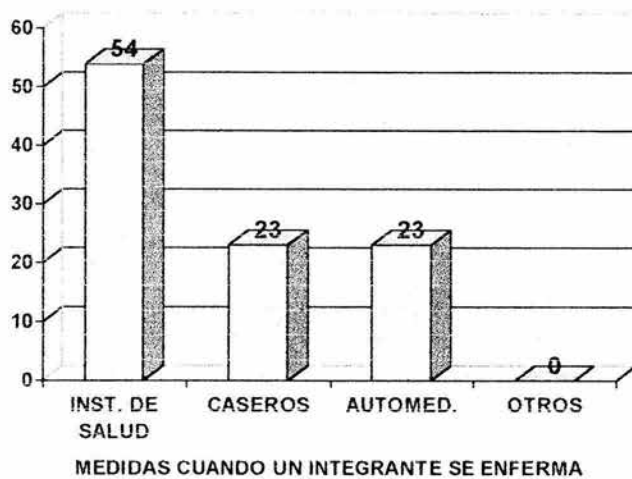
Medidas que toman las personas que conforman las familias de la colonia Chinampac de Juárez cuando algún integrante de su familia se enferma.

MEDIDAS QUE TOMAN CUANDO ALGÚN INTEGRANTE SE ENFERMA	NÚMERO	PORCENTAJE
INSTITUCIONES DE SALUD	160	54
CASEROS	30	23
AUTOMEDICACIÓN	30	23
OTROS	0	0
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

De acuerdo al cuadro # 17 referente a que medidas son las que toman los integrantes de la familia cuando alguno de ellos se enferma, encontramos un número de 160 casos y un 54 % que recurren a instituciones de salud, 30 casos, con un 23% recurren a medios caseros, 30 casos con un 23% se automedican. Con relacion a las medidas que toman cuando algún integrante de la familia se enferma, la mayoría de las personas encuestadas refiere el asistir a instituciones de salud; y casi la mitad (46%) usa entre remedios caseros y la automedicación, lo cual no es conveniente ya que se pueden llegar a causar otros problemas de salud aunados a los existentes debido a la ignorancia de indicaciones, contraindicaciones y modo de uso de los medicamentos o utilizando remedios que pueden llegar a empeorar la enfermedad. Se puede observar según los resultados del cuadro que la población en general no tiene conciencia de la importancia de la prevención de enfermedades y complicaciones de éstas, a medida de que ésta comprensión acerca de la salud y de la enfermedad aumente, muchas de las enfermedades serán prevenibles y la comunidad se dará cuenta de que los estilos de vida que cada uno de ellos lleve serán para minimizar los efectos o complicaciones de ciertas enfermedades y retrasar por lo tanto el comienzo de otras; de ahí la importancia de que las personas participen o pongan mayor énfasis en el autocuidado y así comprender que es indispensable acudir con los profesionales de la salud para evitar complicaciones, pero sobre todo para prevenir enfermedades y llevar en óptimas condiciones nuestra salud.

GRAFICA 17



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO NO. 18

Enfermedades más frecuentes en los integrantes que conforman las familias de la colonia Chinampac de Juárez.

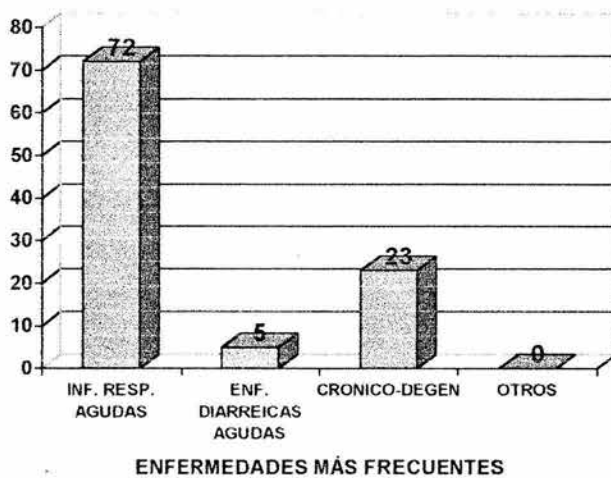
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES	NÚMERO	PORCENTAJE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS)	216	72
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)	16	5
CRÓNICO – DEGENERATIVAS	68	23
OTROS	0	0
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

Del total de las familias entrevistadas se encontró, que las enfermedades más frecuentes en la comunidad según el cuadro No. 18 son las IRAS con un número de 216 y un 72%; enseguida con 16 casos y un 5% las EDAS y con 68 casos y un 23% se encuentran las enfermedades crónico degenerativas.

La mayoría de la población refiere padecer infecciones respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades crónicas – degenerativas, lo anterior puede ser provocado por las condiciones de vida de cada una de las familias que integran la comunidad de Chinampac de Juárez, en primer lugar la falta de recursos económicos, los cuales no les permiten tener ropa adecuada para la temporada, según sea el caso, las condiciones de vivienda en los campamentos son deplorables, aunado a los malos hábitos alimenticios, tenemos como consecuencia IRAS o EDAS. Como hemos podido observar en cuadros anteriores la mayoría de la población está integrada por personas adultas las cuales debido a los hábitos alimenticios, a factores hereditarios, etc., adquieren en su mayoría enfermedades crónico – degenerativas como puede ser Diabetes e hipertensión principalmente, esto aunado a la falta de educación para la salud que los habitantes de esta comunidad tienen produce una mala calidad de vida para estas personas y por lo tanto un menor tiempo de esperanza de vida.

GRAFICA 18



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 19

Presencia de la delincuencia en la comunidad de la de la colonia Chinampac de Juárez.

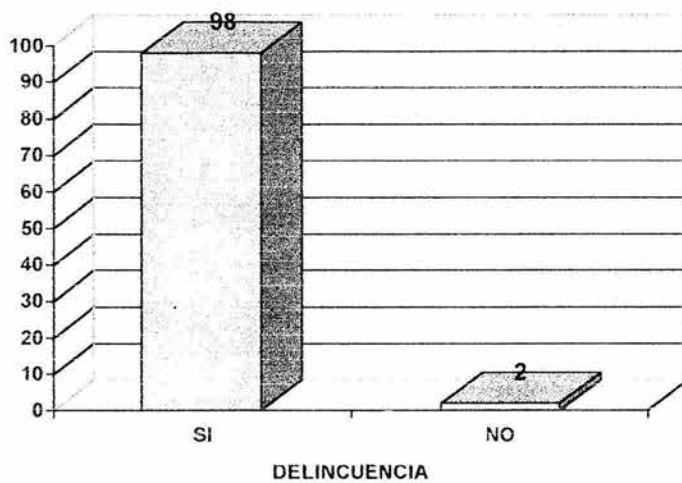
DELINCUENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	294	98
NO	6	2
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

A partir de las encuestas realizadas podemos observar en el cuadro No. 19 que la delincuencia se encuentra presente con una mención de 294 casos y un porcentaje de 98% y con 6 casos y un 2% se menciona la no existencia de delincuencia en la comunidad.

La presencia de la delincuencia en la comunidad de Chinampac de Juárez es notable, según la opinión de los encuestados, por otro lado la presencia de las investigadoras en la comunidad se vio plagada de noticias constantes relacionadas con actos delictivos en personas cercanas o compañeros de trabajo; inclusive en los datos proporcionados por la subdelegación territorial Cabeza de Juárez se menciona la presencia de delincuencia en dicha colonia; por otro lado, relacionando los resultados de cuadros anteriores, existen varios factores mencionados anteriormente: como lo es el pertenecer a familias numerosas de bajos recursos económicos, con una baja educación escolar formal, lo que genera una serie de condicionantes que podrían orillar al acto de delinquir.

GRAFICA 19



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 20

Existencia de la farmacodependencia en la comunidad de la colonia Chinampac de Juárez.

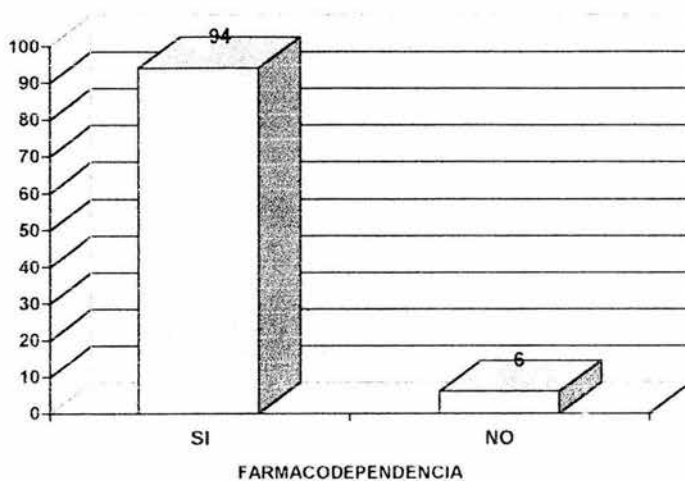
FARMACODEPENDENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	282	94
NO	18	6
TOTAL	300	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

En el cuadro 20 referente a la pregunta de farmacodependencia existente en la comunidad 282 personas con un 94% afirman que si existe farmacodependencia en su comunidad, mientras que 18 personas con un 6% aseguran que no existe farmacodependencia en la comunidad.

Con la farmacodependencia ocurre lo mismo que en el cuadro No. 19, puede ser provocada por los mismos factores, que desafortunadamente están presentes en la comunidad, como lo es, la falta de ingresos económicos, el estrés, la violencia intrafamiliar, el adquirir roles que no corresponden en los integrantes de las familias o bien al no responder al rol que se está viviendo dentro de la misma, etc., contribuye a producir enfermedades como la depresión y una salida a esta es la farmacodependencia e incluso. La farmacodependencia también provoca otras enfermedades ya que esta es realizada con sustancias como tener, cemento, etc. las cuales provocan daños irreversibles en el cerebro y en diferentes órganos del cuerpo humano.

GRAFICA 20



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 21

Existencia de la fauna nociva en la comunidad de la colonia Chinampac de Guátez.

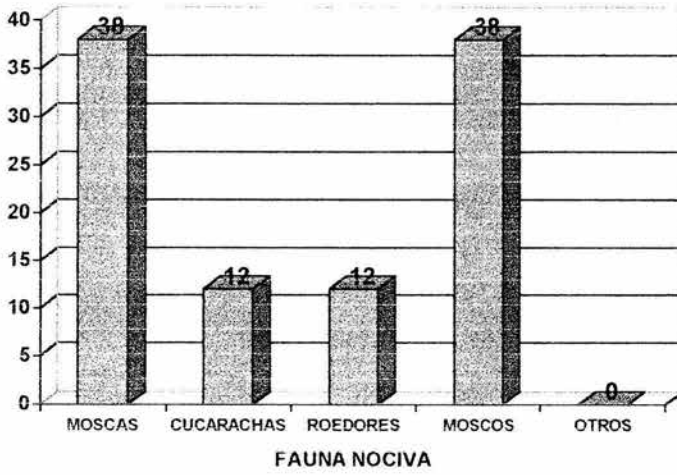
FAUNA NOCIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
MOSCAS	300	38
CUCARACHAS	90	12
ROEDORES	92	12
MOSCOS	300	38
OTROS	0	0
TOTAL	782	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

En el rubro correspondiente a la fauna nociva, se encontró que en el cuadro No. 21 el 100% de las familias encuestadas refieren tener fauna nociva como moscas en su comunidad: con un 30% y 90 casos refieren que existen cucarachas en su comunidad, al igual que roedores con un 30% y 92 casos; con un 100% y 300 casos refieren tener moscos en la comunidad, negando cualquier otro tipo de fauna nociva se encuentran cero casos.

En lo correspondiente a la fauna nociva, la mayoría de la comunidad refiere contar con cucarachas, moscas, roedores, moscos, etc., los cuales forman un eslabón muy importante en el ciclo infeccioso o cadena epidemiológica para que la enfermedad se de a través de contaminación de trastos o alimentos o bien, por las picaduras o mordidas que ponen en peligro la integridad de la piel y en ocasiones la posibilidad de infecciones en órganos importantes. El riesgo de enfermar se incrementa si a esto aunamos una baja cultura en salud y en hábitos higiénicos.

GRAFICA 21



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROPUESTA

COMUNIDAD Y SALUD

ELABORADO:

HERNÁNDEZ CONTRERAS YEIMY

MÉXICO D. F. 2003

7. PROPUESTA COMUNIDAD Y SALUD

7.1. INTRODUCCIÓN

La comunidad es un elemento muy importante de nuestra sociedad, ya que ésta es la encargada de promover e impedir que exista la salud o el bienestar en dicha sociedad, por esto la enfermera comunitaria juega un papel muy importante para el crecimiento y desarrollo de dicha comunidad.

La enfermera tiene como objetivo ofrecer una atención integral al individuo sano o enfermo según los distintos niveles de prevención; dentro de ésta atención se encuentra *el promover la salud*. La promoción de la salud se dirige a la población para capacitarlos y así controlar su salud, su enfermedad y contribuir a que los individuos que integran la comunidad sean independientes de los servicios profesionales.

La palabra promoción da la idea de poner en movimiento o iniciar alguna acción que impulse el interés humano hacia el logro o satisfacción de alguna necesidad; por ello enfermería, como promotor de salud ha de realizar una serie de pasos para sensibilizar, movilizar, organizar recursos físicos, humanos, de la institución, de la comunidad o del gobierno hacia la obtención de satisfactores que dan solución a las necesidades de salud individuales o colectivas de la población destinada a su cuidado y como consecuencia disminuir los factores de riesgo que dañan la salud de la población que conforman dicha comunidad.

Esta promoción a de ir acorde al diagnóstico de salud de la población, a los recursos existentes tanto físicos como humanos que permitan la realización de programas dirigidos a las personas en sus diferentes etapas de la vida, que permitan orientar al individuo en el cuidado de su salud y prevención de enfermedades.

Los habitantes de la comunidad de Chinampac de Juárez están expuestos a múltiples factores de riesgo (sociales, biológicos, económicos, educacionales y culturales) que puedan traer como consecuencia enfermedades o accidentes lo que necesariamente influye en la demanda tan grande que existe hacia los servicios de salud gratuitos y en el desabasto de éstos hacia la población.

La problemática descrita se acentúa por la falta de personal calificado que se evoque a la orientación de los habitantes para disminuir o suprimir los riesgos, así como para atender en forma oportuna los problemas de bajo riesgo que se presentan cotidianamente. Enfermería podría participar en el diagnóstico situacional de la comunidad con relación a los factores de riesgo y así contribuir a elevar el nivel de salud de los habitantes de la comunidad al disminuir o suprimir dichos factores de riesgo.

Es por ello que la presente propuesta de intervenciones de enfermería llamada "*comunidad y salud*" esta dirigida a la Secretaría de Salud Pública del Departamento del Distrito Federal (SSPDDF), y pretende coadyuvar en el mejoramiento de la salud de la comunidad desde la perspectiva de la promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Esta propuesta quedará a consideración de quienes la lleven a cabo, por lo que podrá ser modificada de acuerdo a su criterio y a los recursos disponibles.

7.2. JUSTIFICACIÓN

En la presente investigación llamada "*Intervención del Licenciado en Enfermería y obstetricia para la identificación de factores de riesgo que causen daños a la salud en la comunidad de Chinampac de Juárez*" se encontró que los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los habitantes de la comunidad son numerosos, por lo que al combinarse propician un medio desfavorable para la presencia de daños a la salud.

Por lo tanto al tener conocimiento de dichos factores los cuales están presentes en esta población se facilita la determinación de intervenciones preventivas dentro del contexto de la Atención Primaria a la Salud que es necesario llevar a cabo oportunamente y no esperar a que las personas acudan a los servicios de salud cuando el daño ya se encuentre presente

Es por esto que enfermería debe participar con la comunidad desarrollando su formación dando prioridad a éste primer nivel de atención, transmitiendo los conocimientos a las comunidades que llevan una vida aparentemente sana, con el objeto de tratar de concienciar a las personas de cambiar éstos hábitos de salud que son erróneos y así poder mejorar la salud de la comunidad.

7.3. OBJETIVOS

GENERAL:

- ❖ Brindar atención a la población de la comunidad de Chinampac de Juárez a través de la intervención de enfermería dirigida a la prevención y disminución de factores de riesgo a la salud identificados y con mayor susceptibilidad a ser modificados.

ESPECÍFICOS:

- ❖ Colaborar en la prevención o disminución de factores de riesgo que presentan mayor asociación con el Proceso Salud – Enfermedad.
- ❖ Favorecer la participación de la comunidad en el autocuidado de su salud.
- ❖ Detección y tratamiento oportuno de casos de enfermedades.
- ❖ Proporcionar educación para la salud sobre las medidas de higiene.

7.4. PROPUESTA

- ✦ Se propone considerar la perspectiva ética.
- ✦ Considerar la reorganización de los servicios de salud.
- ✦ Considerar el incremento, redistribución y transparencia de los recursos financieros.
- ✦ Considerar la definición integral de prioridades en salud.
- ✦ Se propone que en los Centros de Salud o Clínicas de primer nivel de atención se contrate personal de enfermería dedicado específicamente a la atención de la comunidad por medio de un estudio de comunidad y otro personal para el programa de vacunación universal específicamente.
- ✦ Que dicho personal realice cotidianamente un estudio de comunidad de sus áreas o colonias de responsabilidad, para trabajar en la disminución de los factores de riesgo que causen daños a la salud.
- ✦ Formar grupos de personas en la colonia a trabajar, los cuales asistirán al domicilio de alguna de las personas que forman el grupo, a un aula destinada específicamente para el grupo en el centro de salud un día o dos a la semana, para recibir pláticas informativas acerca de higiene personal, prevención y control de enfermedades respiratorias o enfermedades diarreicas según la temporada; de enfermedades crónico degenerativas, principalmente, etc.
- ✦ Se propone realizar visitas domiciliarias a las personas con enfermedades crónico degenerativas para llevar a cabo su proceso de atención de enfermería, esto aparte de que las personas tengan que asistir a sus citas médicas para control y tratamiento.

CONCLUSIONES

Los riesgos y las enfermedades constituyen un problema de salud pública importante que repercute en el bienestar personal y familiar, pero que también perjudica la productividad, el desarrollo y el progreso del país; su prevención y tratamiento oportuno es responsabilidad de las autoridades y profesionales de la salud en una labor tendiente a la solución de dicho problema.

Al realizar la presente investigación para identificar los factores de riesgo que causan daños a la salud en la comunidad de Chinampac de Juárez, nos enfrentamos a los problemas reales de la población los cuales no son exclusivos de ésta colonia ya que se pueden ver a nivel nacional, por lo que hemos podido comprobar así nuestra hipótesis, ya que se encuentran numerosos factores de riesgo en ésta comunidad; como uno de los más importantes encontramos el bajo nivel económico entre otros como son factores de riesgo educacionales (*preparación escolar básica, falta de una preparación escolar superior*), factores de riesgo sociales (*delincuencia, drogadicción, conflictos interpersonales*), factores de riesgo biológicos (*edad*), etc. Lo cual conlleva a la marginación social, a la no-satisfacción de necesidades básicas, a la falta de una formación académica, a la delincuencia y drogadicción como una forma de salida a los problemas personales, etc.

Todo esto repercute en la salud de la persona, sobre todo en la salud mental, pues son individuos con demasiado estrés y frustraciones. Por lo anterior llegamos a la conclusión de que como parte del personal de profesionales de la salud de la cual formamos parte es importante realizar éste tipo de investigaciones para detectar las necesidades reales de la población y de ésta manera buscar la mejor solución; por eso, enfermería como profesión, juega un papel muy importante en el primer nivel de atención ya que es la encargada de frenar los riesgos dando alternativas de solución a los problemas de salud disminuyendo gastos al sector salud.

Por éste motivo se hace una atenta invitación a las autoridades institucionales para que presten atención a las investigaciones o proyectos que enfermería realiza, tanto de pasantes, estudiantes, o personal adscrito; ya que en muchas ocasiones no son tomados en cuenta, y pudiera ser que en sus propuestas esté la solución para obtener un mejor estado de salud en nuestro país, lo cual es el deseo de todos.

BIBLIOGRAFÍA

- ✦ Abran, Sonis y colaboradores. Atención de la salud. Tomo II México, 1990. Editorial El Atenco.
- ✦ Alfonso Roca Ma. Teresa. Enfermería Comunitaria. Tomo I. Editorial Salvat Barcelona España 1992.
- ✦ Dr. Alva Álvarez Rafael. Salud pública y medicina preventiva. Edición 1991, Editorial Manual Moderno S. A. de C. V.
- ✦ Antón Nardiz Ma. Victoria. Enfermería y atención primaria de salud de enfermeras; de médicos a enfermeras de comunidad. Ediciones Díaz de Santos; S. A 1989.
- ✦ Aquilas, Polaino, Lorente. Educación para la salud. 1ª Edición 1987. Editorial Hernández.
- ✦ Balseiro, A. Lasty. Investigación en enfermería. México 1991.
- ✦ B. Freeman Ruth. Enfermería de salud pública. Editorial interamericana, 1971.
- ✦ Casasa García G. Patricia. Elementos de socioantropología. Tercera edición 1997; Universidad Nacional Autónoma de México.
- ✦ Colomer Revuelta Concha, Álvarez Carlos – Dardet Díaz. Promoción de la salud y cambio social. Edición 2001, Editorial Masson.
- ✦ Cookemacgregor Francois. Las ciencias sociales y la enfermería. Editorial La prensa Médica Mexicana, México 1968.
- ✦ Centeno Ávila Javier. Metodología y Técnicas en el proceso de la investigación. 2ª edición 1981. Ediciones Contraste.

- ✦ Delegación Iztapalapa. Archivos de la Subdelegación Territorial Cabeza de Juárez, 2004
- ✦ H. De Canales Francisca, de Alvarado Eva Luz, Pineda Elia Beatriz. Metodología de la investigación, manual para el desarrollo del personal de salud. Quinta reimpresión 1992, Editorial Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Limusa. Grupo Noriega Editores.
- ✦ Hall E. Johame y Cols. Enfermería en salud comunitaria. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, 1980.
- ✦ Hernan San Martín. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Tomo II. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana S. A. De C. V. 1992.
- ✦ Hernan San Martín. Tratado general de la salud en las sociedades humanas, salud y enfermedad. 1ª reimpresión 1998; Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana.
- ✦ Higashida Hirose Berta Y. Educación para la salud. México D. F. 1995. Editorial Interamericana Mc Graw - Hill.
- ✦ Kark L. Sydney. Emili Kark. Atención Primaria Orientada a la comunidad. Editorial Doyma Barcelona España 1994.
- ✦ Dra. López Arellano Olivia. Modelo de atención a la salud. SSDF-DGPCS, 2003.
- ✦ López Luna Ma Concepción. Enfermería Sanitaria. Editorial Interamericana 1987.
- ✦ Martines Navarro F. Salud pública. 1ª edición 1998, Editorial Mac Graw - Hill Interamericana.

- ✦ Pineault Raynald, Daveluy Carole. *La planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias.* 2ª edición 1995. Editorial Masson.
- ✦ Sánchez Moreno y colaboradores. *Enfermería comunitaria, concepto de salud y factores que la condicionan.* Editorial Mac Graw Hill Interamericana. 1992.
- ✦ Turton Pat, Orr Jean. *Enfermería comunitaria.* México D.F. 1992. Editorial Limusa.
- ✦ Vargas Domínguez Armando. *Educación para la salud.* México, D. F. 1993. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill.
- ✦ Vázquez Camacho Luis. *El método científico en la investigación en ciencias de la salud.* Reimpresión 1996. Editorial Méndez Editores.
- ✦ Vega Franco Leopoldo, García Manzanedo Héctor. *Bases esenciales de la salud pública.* 6ª reimpresión 1982; Editorial La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V.
- ✦ Vega Franco Leopoldo. *La Salud en el Contexto de la Nueva Salud Pública.* Manual Moderno 2000.
- ✦ W. Tinkham Catherine, F. Voorhies Eleanor. *Enfermería social, evolución y procedimientos.* 2ª edición, 1981. Editorial Limusa.
- ✦ WWW.INEGI.GOB.MX. Año 2003.
- ✦ Zurro A. Martín. J. F. Cano Pérez. *Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica.* Volumen I, Editorial Harcourt 1999.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo que producen daño a la salud de los habitantes de la comunidad "Chinampac de Juárez".

Instrucciones: Contestar a las preguntas y marcar con una X, o subrayar la respuesta correspondiente.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos de la Familia: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	SEXO		E D A D				
	F	M	0 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	MÁS DE 40

ESCOLARIDAD

3. ¿Qué estudios tienen los integrantes de su familia?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	ESCOLARIDAD					
	GRADO DE PRIMARIA	GRADO DE SECUNDARIA	NIVEL MEDIO SUPERIOR	NIVEL TÉCNICO	LICENCIATURA	OTRO

OCUPACIÓN

4. ¿Cuál es la ocupación actualmente de cada integrante de su familia?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	OCUPACIÓN					
	HOGAR	ESTUDIANTE	PROFESIONAL	EMPLEADO	COMERCIANTE	OTRO

ORGANIZACIÓN ECONOMICA

5. ¿Aproximadamente cuanto es el ingreso económico mensual de cada integrante de su familia?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	INGRESO ECONOMICO MENSUAL			
	1 SALARIO MINIMO	2 SALARIOS MINIMOS	3 SALARIOS MINIMOS	4 Ó MAS SALARIOS MINIMOS

6. ¿Número de personas que habitan en su domicilio?

A) 1 – 3 personas B) 4 – 7 personas C) 8 – 11 personas D) 12 ó más

ORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA

7. ¿ Edad y rol que desempeña cada integrante de la familia?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	ROL QUE DESEMPEÑA

CONDICIONES AMBIENTALES DE LA COMUNIDAD

8. ¿ Material utilizado para la construcción de su vivienda?

A) Concreto B) Tabique C) Lamina D) Madera C) Mixto

9. ¿ Cuantas habitaciones hay en su domicilio?

A) 1- 3 habitaciones B) 4 – 6 habitaciones C) 7 ó más

10. ¿ La comunidad donde habitan cuenta con los siguientes servicios?

A) Agua Potable B) Alumbrado C) Pavimentación D) Drenaje
E) Recolección de basura F) Medios de Comunicación

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS

11. ¿Número de comidas que realizan al día?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA			
	DE 1 - 2	DE 2 - 3	DE 3 - 4	5 Ó MÁS

12. ¿De los siguientes alimentos cuales están incluidos en la dieta de su familia y con qué frecuencia los consumen?

A) Pollo _____ B) Pescado _____ C) Carne _____ D) Frutas _____

E) Verduras _____ F) Cereales _____ G) Embutidos _____ H) Agua _____

I) Leguminosas _____ J) Pan _____ K) Tortillas _____

HABITOS HIGIÉNICOS

13. ¿Qué método de desinfección utilizan para el consumo del agua?

A) Hervida B) Clorada C) Embotellada D) Filtrada E) Ninguno

14. ¿ Con qué frecuencia realizan el baño personal?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	FRECUENCIA DE BAÑO PERSONAL						
	1/7	2/7	3/7	4/7	5/7	6/7	7/7

15. ¿Cuántas veces se lavan los dientes al día?

INTEGRANTE DE LA FAMILIA	ASEO DENTAL AL DÍA				
	1 VEZ	2 VECES	3 VECES	4 VECES	5 Ó MÁS

16. ¿Lavan frutas y verduras?

A) Si B) No

17. ¿Desinfectan frutas y verduras?

A) Si B) No

PROBLEMAS SOCIALES

18. ¿Qué medidas toman cuando algún integrante de su familia se enferma?

A) Instituciones de Salud B) Caseros C) Automedicación D) Otros

¿ Cuáles? _____

19. ¿ Enfermedades mas frecuentes en la familia?

A) IRAS B) EDAS C) Crónico Degenerativas D) Otros

20. ¿Existe delincuencia en su comunidad?

A) Si B) No

21. ¿Existe fármaco dependencia en su comunidad?

A) Si B) No

22. ¿Existe fauna nociva en su comunidad?

A) Moscas B) Cucarachas C) Roedores D) Moscos E) Otros

ELABORADO POR:
Hernandez Contreras Yemmy
Herrera Chavarria Haydee
(Responsables de la investigación)

ACTIVIDADES	ENERO					FEBRERO				
Elaboración de propuesta	X	X	X	X	X					
Elaboración de conclusiones	X	X	X	X	X	X				
Realización de correcciones							X	X		
Término de la investigación									X	

ELABORADO POR: YEIMY HERNANDEZ CONTRERAS, HAYDEE HERRERA CHAVARRIA
RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN.