

53
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE SALUD DE LA
COMUNIDAD DE LINDA VISTA PERTENECIENTE AL
MODULO DE SANTIAGO TANGAMANDAPIO,
ZAMORA. MICH.

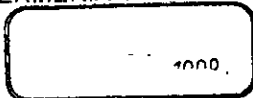
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

U.N.A.M. P R E S E N T A :

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SERGIO ARTURO MARMOLEJO GARCIA



COORDINACION DE SERVICIOS SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION DIRECTORA DE TRABAJO MTRA. SOFIA DEL C. SANCHEZ PIÑA

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

266701



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.

INDICE

INTRODUCCION.	Pag. 1
--------------------	-----------

CAPITULO 1. MARCO TEORICO

1.1 Necesidades de Salud.....	4
1.2 Proceso Salud-Enfermedad.....	13
1.3 Comunidad	16
1.3.1 Concepto de comunidad	17
1.3.2 Elementos de la comunidad	18
1.3.3 Estructura de la comunidad	19
1.3.4 Organización de la comunidad	20
1.3.5 Servicios de Salud en comunidades rurales	21
1.4 Enfermería Comunitaria	23

CAPITULO 2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Características de la comunidad	27
2.2 Descripción del problema	31
2.3 Planteamiento del problema	33
2.4 Justificación	34
2.5 Objetivos	36

CAPITULO 3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio	37
3.2 Tipo de diseño de estudio	37
3.3 Definición de variables	37
3.4 Definición operacional	38
3.5 Universo de trabajo	40
3.6 Población	40
3.7 Muestra	40
3.8 Instrumento	40
3.9 Plan de análisis	41
3.10 Requerimientos de la investigación	42
3.11 Cuadros de variables	43

CAPITULO 4. RESULTADOS

4.1 Datos Socio-Históricos de la comunidad	47
4.1.1 Fecha de fundación de la comunidad	47
4.1.2 Grupos fundadores	47
4.1.3 Tipo de organización de sociedades	48
4.1.4 Lenguas indígenas existentes	48
4.1.5 Religión dominante y religiones practicadas	48
4.1.6 Modo de producción	48
4.1.7 Atención a la salud predominante históricamente	49
4.1.8 Servicios Públicos (fundación de los mismos)	50
4.1.9 Costumbres, creencias (fiestas)	50
4.1.10 Antecedentes de algún estudio anterior de la comunidad	50
4.2 Datos Geográficos de la comunidad	51
4.2.1 Ubicación (colindancia y orientación)	51
4.2.2 Clima	51
4.2.3 Altitud	51
4.2.4 Hidrografía	52
4.2.5 Tipo y características del suelo	52
4.2.6 Suelo para el cultivo	52
4.2.7 Tipo de flora predominante	52
4.2.8 Tipo de fauna predominante	53
4.3 Datos Demográficos de la comunidad	54
4.3.1 Tipo de población	54
4.3.2 Formas de asentamiento	54
4.3.3 Migración e Inmigración	54
4.3.4 Población por grupos de edad y sexo	55
4.3.5 Índice de natalidad	55
4.3.6 Población económicamente activa	56
4.3.7 Analfabetismo y Educación	56
4.4 Daños a la Salud	57
4.4.1 Morbilidad	57
4.4.2 Mortalidad	58
4.5 Estado de salud de la comunidad	62

CAPITULO 5. CONCLUSIONES	97
--------------------------------	----

CAPITULO 6. SUGERENCIAS	100
ANEXOS	102
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	114
BIBLIOGRAFIA	115

AGRADECIMIENTOS .

A TI DIOS .

Comenzaré agradeciendo a quién me dió la vida, por la luz y por el día, por la Mamá que me diste, por lo que de mí has hecho y todo cuanto me has dado, porque se que basta guiar mis ojos al cielo y saber que ahí te encuentras contemplando mis actitudes y encaminando mis acciones, gracias te doy Señor por ayudarme siempre y aunque con nada podré agradecerte, te brindo este logro más en mi vida.

A MI MADRE .

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de dicha; sacrificio y esfuerzo constante, sólo deseo expresarte, que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también tuyos e inspirados en tí y constituyen el legado más grande que pudiera recibir. Te quiero por siempre.

SOFIA .

Quiero agradecerte a tí maestra, pues sé que el ayer murió y el mañana no ha nacido aún, por saber que en tu lecho acojiste mi llegada, tu enseñanza abrigó mis pensamientos, por cifrar en tí ilusiones y encaminar mis metas en tus conocimientos. Gracias por lograr hacer de mí un ser pensante en búsqueda de nuevos horizontes y argumentos, porque me has hecho vivir con conciencia, razonando mis acciones como alguien que calla para pensar, que ve para mirar y escucha para comprender. Gracias por apoyarme y ayudarme a llegar a tiempo a la meta de mi vida.

DEDICATORIAS .

A MI FAMILIA .

Por guiarme en mis enseñanzas y dejarme ser en mis decisiones; a ellos, que con su cariño, comprensión y apoyo me dieron la claridad en mis objetivos para poderlos alcanzar. Los quiero mucho.

A MIS AMIGOS .

José F. , Griselda, Alejandra, Abigail, Sandra y Sergio.

“ los amigos son como el faro que ilumina entre las tinieblas para observar el camino...” Gracias por ser ese faro que ilumina mi camino para seguir adelante, y a todos aquéllos que con su granito de arena lograron hacer realidad el sueño de mi vida. Mil Gracias.

A MI NOVIA .

Lulú, gracias por ayudarme y apoyarme; por tu cariño y por tu amor, pero sobre todo por comprender esos días en que tuvimos que separarnos para hacer posible la realización de este anhelo.

Con todo mi amor. Arturo.

INTRODUCCION .

La presente investigación trata sobre el Diagnóstico de Salud, como una base para conocer las necesidades de salud e identificar factores de riesgo, como inicio del proceso de planeación de medidas de intervención.

Así tenemos que el primer paso de cualquier proceso de planificación consiste en el diagnóstico entendido como la conceptualización de una situación. Es entonces que bajo este enfoque el diagnóstico de salud se refiere a las condiciones de salud en una comunidad a partir de las cuales se describe y analiza cualitativamente y cuantitativamente los problemas de salud, a la luz de los elementos que la condicionan o determinan, presentados en una forma tal que permitan establecer alternativas de solución.

Es así como en un primer capítulo, el marco teórico abarca el papel de un integrante importante del equipo de salud en la identificación y organización de la comunidad, la enfermera sanitaria, cuyo propósito es contribuir individual y colectivamente, a promover el nivel funcional óptimo del usuario a través de la enseñanza y la prestación de cuidados.

Como por ejemplo, la enfermera sanitaria que contribuye en el diseño y realización del Diagnóstico de Salud dirigido a la detección de necesidades, en el diseño y ejecución de programas de promoción, educación y atención para la salud, considerando la atención primaria a la salud y el autocuidado, etc.

En el capítulo segundo, se plantea el desarrollo del marco de referencia, que se refiere a todo aquello que ocurre en la comunidad de estudio bajo aspectos socio-históricos, demográficos, geográficos y de daños a la salud, que reflejan las características de la comunidad que intervienen en la aparición de factores que condicionan el proceso Salud-Enfermedad. También se presenta el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos de investigación.

En el capítulo tercero, se plantea la metodología de estudio, desarrollando los puntos de la manera siguiente: tipo de estudio, tipo de diseño de estudio, definición de variables de estudio, y los métodos de selección como el universo, la población y la muestra, otro punto que contempla el capítulo son los recursos de la investigación

como son los recursos humanos, materiales y financieros. Por último hablaremos sobre el plan de análisis y el procesamiento estadístico que manejó la investigación.

En el capítulo cuarto se abordan los resultados obtenidos de la investigación a través del procesamiento estadístico y análisis de la información.

Es importante mencionar que al encontrar un marco de referencia bastante pequeño en cuanto a la información que la Jurisdicción Sanitaria y el municipio de Zamora brindó, se tuvo que realizar guías de recolección de datos bajo los aspectos socio-históricos, demográficos, geográficos y de daños a la salud, que reflejan las características de la comunidad que intervienen en la aparición de factores que condicionan el estado de salud, además de que amplían el panorama y conocimiento de la comunidad.

A través de fuentes directas como la observación o el cuestionamiento de algunos habitantes de la comunidad se tuvo una mayor información de la comunidad, además de que por fuentes secundarias como reportes del INEGI a través de datos estadísticos de población referentes al estado de Michoacán y específicos del municipio de Zamora se complementó dicha información a través de la interpretación de cuadros y estadísticas.

Por otro lado es este capítulo se presenta el estado de salud de la comunidad a través de los diferentes cuadros de salida de las variables que se utilizaron en la investigación encontrando problemas como: familias que siguen utilizando diferentes tipos de material de construcción como madera, lámina o cartón, contribuyendo a la aparición de enfermedades sobre todo de tipo respiratorio, familias que continúan utilizando el suelo como una forma de excreta, lo que origina en tiempos de lluvia un arrastre de materia fecal y la aparición de problemas gastrointestinales.

También encontramos familias que no tienen buena distribución de la vivienda, es decir familias que realizan toda actividad intradomiciliaria en un sólo cuarto, lo que hace pensar en la mala higiene en cuanto a la preparación y almacenamiento de los alimentos, mujeres embarazadas que conviven directamente con gatos y perros, originando con ello problemas en el embarazo, todo esto entre otros problemas fueron encontrados en la comunidad Linda Vista durante el desarrollo de la investigación y que tratamos de presentar en este capítulo.

El quinto capítulo lo constituyen las conclusiones, las que se elaboran a partir del análisis de los resultados e interpretando la importancia de la participación de la comunidad en la solución de sus problemas.

El sexto y último capítulo lo constituyen las sugerencias como posibles soluciones a los problemas encontrados en la comunidad de Linda Vista.

Finalmente en el apartado de anexos se incorpora la bibliografía de consulta en el desarrollo de la investigación, las referencias bibliográficas utilizadas en la investigación así como los mapas y guías de recolección de datos referentes a la comunidad.

1. MARCO TEORICO

1.1 NECESIDADES DE SALUD .

Cuando se aborda el tema sobre Diagnóstico de salud integral, aparecen interrogantes que han ocasionado discusión en la salud pública como son : ¿ Que es el diagnóstico de salud integral ? ¿Cuál es la finalidad que persigue ? .

Ante esta situación, consideramos que el diagnóstico de salud de una colectividad debe ser considerado como la investigación de salud pública por excelencia que sirve para organizar la respuesta social a las necesidades de salud a través de los servicios y programas. Además su propósito esencial es generar conocimiento nuevo sobre la situación de salud de una población.

Cuenta con una metodología y técnicas específicas para conocer y explicar la realidad basándose en la práctica como único criterio de la verdad, y su propósito último es la transformación de la realidad estudiada para beneficio del hombre.

Como investigación científica, el diagnóstico de salud cuenta con un objeto de estudio y un sujeto de estudio. El objeto de estudio, es la situación de salud de una población, que comprende el análisis de 3 grandes componentes interrelacionados : el conjunto de factores que condicionan el proceso salud-enfermedad, las principales características de éste proceso manifestadas a través de daños y riesgos y la respuesta social organizada representada por los servicios y recursos de salud del área.

El nivel de análisis con que el diagnóstico aborda la situación de salud es la evaluación. Por consiguiente, para lograr este nivel de análisis, el diagnóstico tiene la necesidad de pasar por cuatro momentos indispensables, los cuales se encuentran en una relación dialéctica no-lineal : el momento descriptivo, el momento explicativo, el momento predictivo y el momento evaluativo.

Es solamente, sobre la base de estos cuatro momentos del diagnóstico, que los participantes de la investigación (sujetos de estudio), tienen la posibilidad de detectar los problemas claves de la situación de salud y proponer alternativas realistas a los administradores de los servicios de salud. Con esto queda claro que un diagnóstico de salud integral siempre deberá tener una clara finalidad programática que sintetice las conclusiones diagnósticas y las caracterice en la apertura programática.

Con base en lo anterior, planteamos una propuesta para definir el diagnóstico de salud integral :

Es la investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados. (1)

Una vez conceptualizado el diagnóstico de salud integral como una investigación científica, podemos afirmar que en términos generales se basa en 7 principios rectores como proceso investigativo :

1. Principio de la Objetividad.

El propósito fundamental del diagnóstico de salud integral es aproximarse lo más posible al conocimiento de la situación objetiva de salud de una colectividad. Al igual que otras ciencias, la investigación del diagnóstico está sujeta a leyes y principios y es susceptible de conocerse y transformarse a través de la metodología del conocimiento científico.

2. Principio de la Integridad.

El diagnóstico de salud es integral en su esencia, al estudiar en forma equilibrada los diversos factores que determinan y condicionan el estado de salud de una población.

Debido a estas características de integridad, es que el diagnóstico es el punto de partida para dar una respuesta armónica y proporcional a los problemas detectados, al mismo tiempo que orienta el desarrollo de la problemática específica.

3. Principio de la Sistemática.

El diagnóstico de salud, como proceso investigativo, se fundamenta en un conjunto de conceptos, principios, técnicas y métodos concatenados lógicamente para la consecución de sus objetivos.

4. Principio de la Heterogeneidad.

A través de la evaluación de la situación de salud se debe discriminar en forma diferencial el análisis de las condicionantes, daños y recursos para la salud, de acuerdo a las diversas características de los grupos sociales.

En muchas ocasiones, los resultados del diagnóstico se expresan a través de indicadores generales para toda la población, como también es necesario utilizar indicadores que permitan diferenciar daños y riesgos específicos por grupo de población.

5. Principio de la Interdisciplinariedad.

La amplia gama de factores que condicionan e integran la situación de salud de una población hace necesaria la participación de diversos campos de la salud pública en la formulación del diagnóstico. Así, es necesaria la participación de la epidemiología, la administración de los servicios de salud, la economía, la demografía, la sociología, la estadística, etc, entre las principales áreas, de que cada una de estos campos realiza contribuciones específicas para la descripción, explicación, pronóstico y evaluación de la situación de salud.

6. Principio de la Participación Social.

La identificación de problemas en el diagnóstico de salud deberá promoverse en forma compartida con los distintos actores sociales, oficiales o no oficiales, de tal manera que se garanticen propuestas verdaderamente democráticas y su compromiso en la ejecución y evaluación de las mismas.

En este sentido, el diagnóstico parte de reconocer la existencia de diferentes posiciones ante una misma realidad y de la necesidad de unificar acciones, bajo una estrategia única que favorezca lo más posible los intereses de la mayoría de la población.

7. Principio de la Utilidad Programática.

Los recursos obtenidos en el proceso investigativo del diagnóstico de salud deben ser útiles para la toma de decisiones en la programación de servicios de salud.

La información que se utilice para satisfacer los objetivos del diagnóstico deberá ser únicamente y exclusivamente la que sea útil para detectar los problemas prioritarios de la situación de salud y por otro lado para organizar de tal manera más racional posible la respuesta programática.

En síntesis, el modelo de diagnóstico de salud que proponemos, es la investigación evaluativa de la situación de salud, que incluye en forma dialéctica los momentos descriptivo, explicativo y predictivo; que aborda el estudio interrelacionando daños, recursos y condicionantes de la salud; se rige por los principios de la investigación científica; y cuyo propósito último es generar los conocimientos necesarios para la resolución programática de los problemas identificados.

En términos generales, el diagnóstico de salud como punto de partida de la planificación de los sistemas de salud, debe realizarse en áreas locales y servir como punto de partida para la integración posterior de diagnósticos y programas de carácter regional y nacional.

La justificación principal de este planteamiento, reside en la necesidad de tomar en cuenta la heterogeneidad que existe en la situación de salud de las distintas localidades y regiones de cualquier país. En la actualidad es evidente que existen grandes diferencias históricas, culturales y económicas entre los diversos grupos sociales que componen una colectividad, por lo que para lograr una respuesta programática equitativa y eficiente del diagnóstico deberá ser de carácter local.

En síntesis, para la determinación del objeto de estudio del diagnóstico, se tomarán en cuenta básicamente y en forma interrelacionada criterios territoriales, demográficos, político-administrativos y de organización de los servicios de salud, que garanticen la precisión de la formación diagnóstica y su respuesta programática efectiva.

El primer paso de cualquier proceso de planificación consiste en el diagnóstico conceptualizado como una caracterización de una situación.

Se define al diagnóstico de salud como un inventario de las acciones y de los problemas existentes en la comunidad, a partir del cuál se describe y se analiza cuantitativamente y cualitativamente los problemas de salud, a la luz de los elementos que las condicionan o determinan, presentados en forma que permitan establecer alternativas viables de solución. El diagnóstico de salud es una evaluación del nivel de salud de la comunidad.

Se considera el diagnóstico de salud como la reunión de la información que permite planear, programar, discutir, tomar decisiones y finalmente ejecutar las acciones, ya que a lo largo del proceso se establecen mecanismos de control-revisión.

Cada parte del sistema de salud da lugar a un diagnóstico o aspecto particular del diagnóstico : el epidemiológico; que define la naturaleza y magnitud de los problemas; el administrativo, que corresponde al tratamiento; el estratégico, al estudio de las opciones y alternativas válidas, factibles y viables; el ideológico, a la legitimación, y el concurrente, a los subsistemas extrasectoriales.

El diagnóstico de las necesidades de salud de la población, encuentren o no expresión en la demanda de servicios, constituye el paso inicial en la planificación y una tarea permanente de investigación en la salud pública.

También entendemos al diagnóstico de salud como el conformar un historial de la comunidad en relación a sus problemas de salud y enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que el diagnóstico de salud tiene como objetivos : servir de guía en la planeación y elaboración de los programas de salud para la comunidad, servir de información general y particular en el estudio de algún problema específico y servir de inventario de las facilidades que ofrecen a la comunidad y de las necesidades de la misma.

Por otro lado, la planeación de servicios de salud considera como parte importante la determinación de las necesidades de salud de la comunidad o población dada que permita considerar un panorama más amplio de las expectativas de la población, a diferencia de planear a través de la demanda o de la utilización, es importante destacar el mecanismo de atención médica y cuyo principio de este proceso constituye la definición de la necesidad de servicios que el sistema de salud debe prestar a la población. Considerar un diagnóstico de salud en el enfoque de necesidades permite un acercamiento más real a los diversos sectores de la población que requiere atención en las necesidades más elementales.

Por otro lado la determinación de necesidades de servicios de atención médica de una población surge como una combinación de la información sobre las características de su estado de salud, de las expectativas de la población, así como las características administrativas de los servicios que se le brindan.

La primera etapa del proceso de planificación, es la determinación de necesidades; es decir, el establecimiento de las prioridades, que se refiere a los elementos de planificación estratégica : las etapas a las que corresponden sirven para precisar las orientaciones que hay que tomar ante la problemática sanitaria de la población o la comunidad en estudio.

Cada parte de la determinación de necesidades, trata de los conceptos relacionados con esta noción : de la organización del estudio de necesidades, de los sistemas y métodos de identificación de problemas, del inventario de los recursos, así como del análisis de los datos. Los elementos y datos obtenidos en esta etapa se analizan para la formulación de la problemática sanitaria, es decir, la obtención de la información sobre el perfil demográfico y sanitario, el conocimiento sobre la utilización de los servicios de salud así como el inventario de los recursos.

La documentación producida sirve para el trabajo de la siguiente etapa, la determinación de prioridades.

La determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud; requiere también un análisis de los servicios de salud y de los recursos disponibles; es decir, el análisis de la situación actual, permite estimar necesidades, no sólo las de salud, sino también las de servicios y de recursos.

Antes de pasar a los aspectos prácticos del estudio de necesidades, nos parece oportuno abordar brevemente los conceptos de “necesidad” y de “problema”, los cuales están presentes durante toda la investigación.

¿ Los elementos problema y necesidad son elementos sinónimos o distintos ? . La literatura sobre este tema es particularmente confusa. Para convencerse, es suficiente con repasar algunas definiciones dadas por diferentes autores al concepto “necesidad de salud” .

Así , para Hogarth, la necesidad corresponde a “una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento y control, así como de erradicación”(2).

La definición plantada por Brown, en donde expresa que la necesidad de salud “es un estado de enfermedad percibido por el individuo y definido por el médico”(3) o la de Donabedian en donde la considera “como la perturbación de la salud y del bienestar”(4), para Pineault “es la expresión de un estado de salud deficiente percibido por el individuo, por el médico o por la colectividad”(5) .

Términos tales como deficiencia, estado de enfermedad y perturbación, nos parece que corresponden con más propiedad a la noción de “problema de salud” que a la de “necesidad de salud”.

Por otra parte, la necesidad expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa y el estado actual real.

En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado. La existencia de necesidades puede concebirse incluso en una situación en la que no hay problema.

Por otro lado, la necesidad de salud produce una necesidad de servicios, es decir la necesidad surge cuando se constata una diferencia entre una situación dada y una situación observada en la actualidad, diferencia que se desea reducir. Sin embargo es frecuente nombrar o mencionar necesidades como un problema o viceversa.

Problema y Necesidad son nociones que están conexas o vinculadas de algún modo, la necesidad es la traducción de los problemas en términos operacionales, por lo tanto la necesidad es lo que hace falta para que la situación problemática (el estado de salud actual) se convierta en una situación deseada (el estado de salud objetivo), a pesar de todo, la necesidad representa un estado relativo, y su definición depende de los que la interpretan.

A este respecto, la taxonomía de la necesidad de Bradshaw ilustra bastante bien las diferentes perspectivas según las cuales pueden definirse la necesidad y la clasifica en cuatro aspectos :

1. La necesidad normativa, es la que define el experto, el profesional, el administrador, en relación de una norma deseable u óptima, aquél o aquéllos que no respondan están considerados en estado de necesidad.
2. La necesidad sentida (felt need) se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios.
3. Necesidad expresada, equivale a la demanda de cuidados y de servicios, la necesidad sentida que finaliza con la búsqueda de servicios de salud, considerando que algunos individuos no recurren al servicio aunque lo tengan y otros que expresan esta necesidad, pero que no necesariamente ven esta demanda satisfecha o por lo menos no en la forma en que ellos lo esperaban.
4. La necesidad comparativa es la necesidad que el individuo o grupo debería tener puesto que presenta las mismas características que otros individuos en los que se ha identificado esta necesidad.

Un estudio de necesidades que sólo utiliza un proceso conceptual basado en la interpretación del cliente, o la inversa, un proceso normativo o racional basado en la interpretación del profesional, puede no representar más que la punta del iceberg y, en definitiva, dar una visión parcial de la situación. A este respecto, Donabedian señala que “el éxito de la planeación depende del grado de convergencia entre estas dos perspectivas de la necesidad”(6).

Las necesidades y los problemas corresponden a dos conceptos distintos; aunque aparentes; cada uno de ellos tiene su utilidad. El interés de abordar el proceso de planificación por la identificación de las necesidades, es el de poder identificar mejor los antecedentes y las consecuencias de estos problemas.

Tal como hemos mencionado va más allá de la identificación de problemas. Permite mejorar el proceso de solución de los problemas en la medida en que el interés del planificador se centre sobre lo que hay que hacer, es decir, sobre la acción, con el fin de remediar las deficiencias del estado de salud, previamente identificadas.

Donabedian lo entiende en el sentido de “traducir la necesidad de salud en sus equivalentes de servicios y de recursos : los recursos producen servicios, los servicios permiten satisfacer las necesidades”. (7)

Detenerse sobre los conceptos de problema y de necesidad permite darse cuenta que estas dos nociones están muy cerca una de otra; es fácil confundirlas, no sólo cuando se estudian en una comunidad. Muchas veces, distinguirlas permite definir mejor cuál será el objeto de nuestro estudio, tanto si se trata de problemas de salud, como si se trata de las acciones que se requieren para solucionarlos.

La identificación de problemas de salud y la determinación de necesidades implican una evaluación de la extensión y la importancia de la diferencia existente en un estado de salud actual y el estado de salud deseado.

Considerando el estudio de las necesidades para la planificación sanitaria este estudio se hace en dos tiempos, inicia con la identificación de problemas de salud que corresponde a la medida del estado de salud y la obtención de la información, posteriormente se hace una interpretación y análisis de los problemas de salud identificados y a definir las necesidades de salud.

La primera etapa, se hace con ayuda de instrumentos de medida, en la segunda etapa, la determinación de las necesidades, analiza la significancia que hay que darle a la información obtenida, el objetivo e interés del estudio de las necesidades de salud es que revela la importancia de los problemas de salud y de los factores que estos tienen asociados, así como detectar individuos susceptibles de poder tenerlos, el estudio de necesidades favorece el conocimiento de los recursos comunitarios y la identificación de las posibles intervenciones para solucionar los problemas existentes.

En el estudio de necesidades, la ausencia o presencia de necesidades representa hasta cierto punto el éxito o el fracaso de la comunidad de solucionar sus problemas de salud, tomando a la comunidad como un conjunto de sistemas sociales y culturales en el seno de los cuales se estructura el Sistema de Salud.

En este sentido, el estudio de necesidades es un instrumento que permite vigilar los resultados de la política de salud que puede darse en una colectividad, la necesidad identificada en función, no sólo de la capacidad de la comunidad sino también de la capacidad del sistema de salud para alcanzar sus objetivos a través de los programas y servicios, a su vez este estudio va más allá de la evaluación de los programas puesto que tienen en consideración los efectos de los programas, de los servicios de salud y todo lo que determina la salud de una comunidad.

El estudio de necesidades se puede hacer en pequeña o gran escala, y debe hacerse en colaboración con la comunidad, debe considerarse una buena preparación así como el uso adecuado de métodos y técnicas; contemplarse la integración de un equipo de trabajo y precisar los fines que tendrá la investigación.

La información obtenida permitirá la planificación de programas de educación para la salud que sean dirigidos a solucionar algunas de las necesidades captadas en la comunidad.

El estudio de necesidades considera las siguientes etapas :

1. Establecer la pertinencia de hacer un estudio de necesidades
2. Determinar los fines de estudio de necesidades
3. Definir la población en estudio
4. Elegir el tipo de indicadores
5. Localizar las fuentes de información
6. Elegir el o los procedimientos y métodos para el estudio de las necesidades
7. Elaborar el protocolo
8. Recoger la información
9. Analizar la interpretación de resultados
10. Elaborar y redactar el informe

La importancia de realizar un estudio de necesidades de salud en el marco del Diagnóstico, es que permite precisar las necesidades desde varios puntos de vista, tanto de daños como de recursos.

México es uno de los países con más crecimiento demográfico, esto es el resultado de una disminución de la mortalidad con el mantenimiento de la tasa de mortalidad.

Los daños a la salud se conocen a través de los datos de mortalidad y morbilidad , los primeros pueden ser obtenidos del registro civil local o de los datos nacionales, si es que no se dispone de los primeros, debe obtenerse la mortalidad general por grupos de edad y por causa. Los datos de morbilidad se pueden obtener en forma semejante a los de mortalidad, consignados por enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Es importante mencionar que para poder medir la morbilidad como indicador de daños a la salud, entendida esta como la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo limitado, es importante conocer y entender como se presenta en la comunidad el Proceso Salud-Enfermedad.

1.2 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El proceso salud-enfermedad se encuentra, por tanto vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen.

De acuerdo con lo anterior, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir, en el ámbito de lo social, aun cuando aquél se manifieste, en forma concreta, en seres humanos.

Antes de analizar la salud-enfermedad de acuerdo con esta visión, es necesario referirse aunque sea brevemente, a otros dos enfoques que dan por resultado niveles de análisis distintos del proceso salud-enfermedad.

Los tres niveles se encuentran vinculados entre sí, pero cada uno de ellos es válido en cierto momento, y responden a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

El primer nivel es aquél en el que la enfermedad se presenta en un organismo determinado y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere el concurso de la medicina y ciencias afines (biología, anatomía, fisiología, bacteriología, etc.).

Con base en las teorías, métodos, técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad, para lo cual se elaboran previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al mínimo las secuelas incapacitantes. Este nivel se encuentra ubicado en el modelo que considera un sólo tipo de causas de la enfermedad, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones "normales" del organismo.

Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud individual basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada.

Es importante subrayar que este enfoque de la enfermedad y, por consiguiente, la forma de abordar su tratamiento, es un logro objetivo, real, de la medicina como práctica científica "aislada" de las condiciones sociales que determinan cómo, de qué y con qué frecuencia y gravedad se enferma la gente.

En el segundo nivel el individuo ya no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales y está expuesto a determinados riesgos de enfermedad.

De acuerdo con esto se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad : factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc, a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad.

Ésta se vincula, por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo : hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, presencia de factores fisicoquímicos y mecánicos en el trabajo y que resultan adversos para la salud, etc. Se adopta un modelo multicausal y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social.

Esta forma de concebir la enfermedad vinculada a factores sociales y físicos es el enfoque de la epidemiología tradicional, que puede definirse como "la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico, en una comunidad humana". (8)

Este enfoque representa, sin duda, un avance cuantitativo respecto al anterior en la concepción de la salud y la enfermedad y en las prácticas para prevenir los daños a la salud y restablecerla.

El tercer nivel busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte, y el acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos, la esencia, a fin de establecer leyes que, si bien a nivel de tendencia, orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una forma social históricamente determinada.

Para conocer las causas fundamentales de la enfermedad vista como un fenómeno social, y formular leyes, tiene que recurrirse a categorías tanto teórico-metodológicas como histórico-social.

Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera al anterior, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis de comprensión del proceso salud-enfermedad.

En este nivel se sitúa, el quehacer de la sociología médica, la cuál considera que la salud-enfermedad, aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferentes entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.

En los tres niveles que hemos descrito pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia estriba en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel. En el primero la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer social y físico; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y el proceso salud-enfermedad. Aquí se pueden emplear diversos métodos y técnicas como pueden ser : el experimento social, la observación, la encuesta, la entrevista, etc. En el tercer nivel la realidad que se estudia es la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos.

1.3 COMUNIDAD.

Conviene poner claridad, orden teórico, en lo que va a ser nuestra base metodológica, para poder especular con conocimiento y amplitud en la concepción de comunidad.

Por ello creemos que resulta necesario comenzar por saber a qué debemos llamar grupo social en una escala sociológica que conforma la sociedad como un todo.

Universalmente se ha aceptado la idea de que un individuo debe ser considerado como la unidad social indivisible, pero resulta ser el producto de la sociedad y la cultura en la que vive, con la experiencia social incorporada a su capital biológico, hecho que lo transforma en un individuo social.

Así, el individuo resulta el conjunto de actividades biológicas que requiere su organismo, al cual se agregan las costumbres, creencias, objetivos, actitudes y valores emocionales con sus respectivos patrones culturales.

Sumando entonces la situación anatomofisiológica que compone el concepto de la biología humana, y los participantes sociopsicológicos que agregan los valores culturales, la idea del individuo se transforma entonces en la de individuo con su personalidad, que de acuerdo con la tradición se espera sea de un ser activo, capacitado para proceder frente a circunstancias variables, mediante sus acciones, pudiendo con ello aceptar, recrear y aún crear nuevas formas sociales e, inclusive, una nueva sociedad.

Así se llega a los grupos sociales que pueden ser definidos como la asociación de un número de personas cuyas interrelaciones se sostienen por el cumplimiento de una serie de papeles (roles) y estados (status) que ejerce cada componente.

Dichos grupos han sido entendidos como grupos primarios y grupos secundarios, entendiéndose por el primero, aquél que se caracteriza por las relaciones estrechas e íntimas entre los individuos, entre las personalidades (grupos de juego, los amigos, la familia, los vecinos de determinado barrio, etc).

Este grupo primario tiene relaciones personalizadas, espontáneas, y generalmente de larga duración, sostenidas por expectativas mutuamente requeridas, difusas y constantes.

En cambio, el grupo secundario puede ser delimitado como sumas interesadas de grupos primarios ó mejor aún adiciones individuales confeccionadas para alcanzar algunos objetivos o intereses que puedan ser comunes. Los grupos secundarios entonces, tienen una tendencia a la institucionalización, es decir, a aceptar y darse normas, rituales, autoridades, jerarquías (gremios, asociaciones y clases sociales).

Estos grupos primarios y secundarios que hemos ubicado, funcionan dentro de un todo más amplio, territorialmente definido, en donde pueden desarrollar su existencia; este grupo más amplio es la Comunidad, a diferencia de los demás, se le define tradicionalmente como un agrupamiento caracterizado por su localización física, la cual proporciona también un vínculo importante de cohesión y solidaridad. (1).

1.3.1 CONCEPTO DE COMUNIDAD.

Una comunidad es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano o rural, en condiciones específicas de organización y cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc) comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes; la comunidad puede ser o no autosuficiente. (2)

Describiendo aún más profundamente este criterio podremos pensar en comunidad cuando concebimos un grupo de individuos, de familias o de grupos secundarios radicados en un lugar determinado, que generalmente les pertenece, o al que se encuentran unidos por tradición cultural.

Allí ejercen sus relaciones sociales, entendiéndose coparticipes de un grupo común en origen y destino. Estas circunstancias establecen identidad en las normas sociales, en las costumbres, en el léxico o en las expectativas, permitiendo de esta manera que se encuentren confundidas en un pasado similar, viviendo un presente común y pensando en un futuro con esquemas y requerimientos coparticipados. (3)

Analizando las definiciones y la noción de comunidad según diversos autores (Murray Ross, Mc.Millan, C.Ware, H.San Martín, etc) se pueden extraer algunas características comunes a las comunidades:

- grupos de población en una zona o región geográfica (urbana, rural o mixta) bien delimitada (comunidad geográfica);
- un cierto grado de integración producido a través de experiencias comunes y de actitudes y comportamientos sociales similares;
- un cierto grado de conciencia de la unidad (étnica, cultural, social, etc) local;
- un cierto grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos;
- existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas, entre las que se encuentran como importantes, localmente, la educación, la salud-enfermedad, la justicia, la administración local, etc. (4)

1.3.2 ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD.

Toda comunidad grande o pequeña, rural o urbana, tradicionalista o moderna, está constituida de un espacio o territorio más o menos grande o definido, un grupo humano que es la población, un cuerpo de normas que regulan la conducta de los miembros del grupo, así como de artefactos e instituciones creadas para satisfacer las necesidades primarias y secundarias, y por último un conjunto de instituciones que facilitan y canalizan la red de interacciones e interrelaciones de los miembros de la comunidad. (5)

Por lo tanto, podemos extraer cierto elementos universales en las comunidades: grupos de población organizados; convivencia en una zona definida; integración por experiencias comunes y conducta similar; consciencia de unidad local; sentido de pertenencia; capacidad de actuar en forma grupal; existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas.

Por otro lado, las diferencias entre las comunidades, aún dentro de una misma sociedad, se establecen por diferentes motivos: grupo étnico, cultura o subculturas, habitat, grado de desarrollo social y estructura de la comunidad (en el fondo estructura de la sociedad misma). (6)

Cada individuo forma parte de una serie de hechos que siempre se efectúan en una comunidad, muchas de las actividades ya son de rutina; también hay actividades que no están incluidas en ésta rutina, sin embargo, están consideradas en un cuerpo de normas sociales, su existencia y su manifestación como conducta prevista para las ocasiones necesarias, nos dicen que se encuentran instituidas.

Un miembro de la comunidad puede desempeñar numerosos roles diferentes, cada uno de ellos puede ser parte de las normas instituidas. En el desempeño de un rol, influye el status o el sitio que ocupa la persona dentro de la comunidad de acuerdo a la escala de prestigio. Donde quiera que se esté efectuando un rol quiere decir que se está desplegando autoridad, interacción e interrelación. Si una persona que debe desempeñar un rol no satisface lo esperado o mejor dicho no cumple su rol en la forma indicada, posiblemente sea criticado por los miembros de la comunidad. (7)

1.3.3 ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD.

La comunidad, sobre todo la rural, se caracteriza por las realciones cara a cara de los miembros. Gran parte de nuestra conducta social, sabemos que está condicionada por hechos en que quedan incluidos otros. Nuestros competidores están a la expectativa de nuestros movimientos; incluso nuestros amigos también nos controlan. En el hogar la mujer y los hijos, dependen en muchos aspectos del padre; de cómo solucione muchas necesidades, etc, así sucede en el trabajo, con el patrón y los compañeros, en el club, el sindicato, etc.

Cualquier estructura social, de acuerdo con nuestra concepción, está compuesta por cierta combinación o pauta de estos órdenes institucionales:

- a) El orden político; se compone de las instituciones en las cuales los hombres adquieren, ejercen o influyen en la distribución del poder y autoridad dentro de las estructuras sociales.
- b) El orden económico; se compone de los establecimientos mediante los cuales los hombres organizan el trabajo, los recursos y los instrumentos técnicos, con el objeto de producir bienes y servicios.
- c) El orden militar; se compone de las instituciones en las cuales los hombres organizan la violencia legítima y supervizan su aplicación.
- d) El orden familiar; se compone de las instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y la primera educación de los hijos.
- e) El orden religioso; se compone de las instituciones en las cuales los hombres organizan y supervizan el culto colectivo de dios o deidades, por lo general en ocasiones regulares y lugares fijos.

Estos órdenes serán más o menos autónomos según las sociedades. En la vida campechina, la producción económica y la vida hogareña están íntimamente relacionadas; comunmente, en las transacciones comerciales entre los miembros de la comunidad, interviene como un factor poderoso el parentesco. Aparte de los fines culturales de estos órdenes institucionales, hay un fin general que abarca a todas y que funciona en mayor o menor grado en cada uno de ellos, esto es, el control social. En las distintas sociedades se ve que sus miembros observan cierta uniformidad de conducta social; es el asentamiento de pautas o normas establecidas de parte de la gente. (8)

Cada estrato social tiene un cuerpo específico de normas de conducta en ciertos aspectos y éste es una de las características diferenciales externas de estrato a estrato. Las comunidades rurales muestran sistemas variados de diferenciación social, así como un número variado de estratos. Algunas veces se divide en pobres y ricos, otras en clase alta, clase media y clase baja o en aristocracia y pueblo.

Las escalas de clasificación o los criterios de colocación de las personas es un estrato inferior o superior, también varían de sociedad a sociedad.

1.3.4 ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD.

La forma más simple de organización de la comunidad para el bienestar es cuando un grupo de ciudadanos reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida y se unen organizadamente para solucionarla.

Un paso adelante sería cuando la comunidad identifica sus necesidades y objetivos, los clasifica u ordena, desarrolla confianza y voluntad para trabajar por ellos, encuentra recursos (internos o externos) para afrontarlos, emprende acciones cooperativas respecto a ellas. En este proceso, la capacidad de la comunidad para funcionar como una unidad integrada crece a medida que ésta se ocupa de uno o más problemas que la conciernen. (9). Este proceso puede ser consciente o inconsciente; surge como resultante de la interacción entre individuos y grupos de la comunidad, frente a problemas que les afectan.

Este proceso de organización de la comunidad, especialmente la formación de grupos con fines específicos surge a menudo espontáneamente.

Se considera este proceso como método cuando se elige como el medio de alcanzar ciertos objetivos comunales específicos empleando técnicas de organización elaboradas. Estas técnicas se han usado más en las comunidades rurales que en las urbanas, por razones obvias: en las primeras existe mayor sentido comunitario que en las segundas; en éstas la gente no siempre tiene conciencia de ser parte integrante de la comunidad.

Por lo general, la expresión “desarrollo de la comunidad” se usa en relación con las zonas rurales, en las que se atribuye mayor importancia a las actividades destinadas a mejorar las condiciones básicas de la vida de la comunidad.

Como principios básicos en organización y desarrollo de la comunidad estimamos los siguientes:

- a) el programa debe tener como propósito fundamental la capacitación de los individuos, afin de hacerlos más conscientes de sus propios esfuerzos, con lo cual se obtiene un mejoramiento real en las condiciones de vida;
- b) el programa debe ser planificado, dirigido y llevado a cabo con la participación de la comunidad;
- c) la comunidad debe ser sensibilizada respecto a sus verdaderas necesidades, a través de una acción educativa sostenida;
- d) es necesario promover una actitud mental en la población respecto a su responsabilidad en los asuntos comunales;

e) deberán ser respetados los patrones culturales de la comunidad como punto de partida para los cambios deseados;

f) será necesario construir equipos de trabajo que aseguren el éxito de los programas a través de la continuidad de los mismos;

g) será importante hacer participar tanto a la comunidad como al municipio y el estado para el logro de los programas.

El motivo central del desarrollo de la comunidad es la organización para la acción de medidas de solución para que los cambios deseados para la comunidad se puedan obtener a través del esfuerzo consciente de la misma gente, cualquiera que sea se condición económica u cultural.

1.3.5 SERVICIOS DE SALUD EN COMUNIDADES RURALES.

Durante el sexenio de 1976-1982 se otorgó una de las más altas prioridades a la atención de la población marginada. De esta prioridad se desprendió la necesidad de llevar a cabo un esfuerzo sostenido de investigación en la materia con el objeto de lograr mayor eficacia en las acciones orientadas a los grupos más pobres del país. Desde su creación, en 1977, la Coordinación General del Plan Nacional de zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), puso en marcha un programa de estudios tendiente a conocer mejor la realidad de los grupos marginados y de las zonas deprimidas del país. Con base en sus resultados, se realizaron diversos trabajos de programación que permitieron llevar a cabo diversas acciones en las zonas rurales marginadas en materia de salud, educación, abasto alimenticio, mejoramiento de la casa rural, dotación de agua potable, construcción de caminos, generación de empleos, organización social para el trabajo, electrificación rural, desarrollo agroindustrial y servicios de apoyo a la economía campecina, desde el crédito hasta la asistencia técnica y comercial.

Aunque estas acciones han sido relevantes por su número y penetración, están muy lejos de abordar en toda su extensión el problema de la marginalidad en México. Se trata de luchar contra condiciones sociales y económicas que han prevalecido durante mucho tiempo, a veces siglos, y es claro que los esfuerzos realizados en los últimos cuatro o cinco años, por importantes que sean en términos relativos, no pueden aspirar a solucionar de raíz el problema. Por esta razón las investigaciones de COPLAMAR tienen también como propósito apoyar la programación de otras actividades del sector público, crear una conciencia creciente sobre la pobreza en México y servir de punto de partida en ulteriores investigaciones. (10)

En 1981, la Secretaría de Salud se propuso elaborar y desarrollar un sistema de servicios de salud, en el cual las prestaciones de este tipo deberían ser accesibles a toda la comunidad, sin excepciones y en forma continua e integral desde la gestación hasta la muerte, cuyo objetivo fundamental es controlar el estado de salud.

Existe una política de salud definida y aceptada por todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000". En 1978; en la reunión de Alma Alta, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesario una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de Salud (APS). Posteriormente se definieron para la región de las Américas, las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la atención primaria.

La estrategia de atención primaria de salud tiene varios componentes y elementos, sin embargo es importante señalar uno de ellos por ser la base de la estrategia: los programas. Dentro de la concepción general éstos pueden destinarse a grupos o a problemas específicos, tales como:

- a) programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado.
- b) programa para la salud integral: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- c) programas para la prevención, protección y control de enfermedades, etc.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, que afectan no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente, a lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas: prevención primaria (promoción y protección a la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el campo integrador de Historia Natural de la Enfermedad.

Para alcanzar la salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos es necesario reeducar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales. En un gran número de sistemas de salud dichos recursos están organizados por niveles ascendentes de complejidad; desde el primero, que son los puestos y centros de salud, hasta los más altos: hospitales especializados. El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

La declaración de Alma Alta señala que la "Atención Primaria de Salud", es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aún costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y 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 en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”(11)

1.4 ENFERMERIA COMUNITARIA .

La asociación de enfermedad y pobreza de suyo data de hace muchos siglos. Sin embargo algunos conceptos siguen siendo válidos:

- la atención médica difiere netamente entre países en desarrollo de la que se práctica en países industrializados;
- su factor básico determinante es la pobreza y no lo cálido del clima;
- es tema de mayor importancia; y
- es posible reunir un cúmulo de conocimientos para resolver en la mejor forma este desafío.

La reunión de Alma Ata en Rusia y las acciones prioritarias a la atención primaria avalan lo anterior.

Así, el logro del asalud comunitaria se ve influido por la situación económica y social vigente. Como ya se dijo existe una relación de causa - efecto entre el deterioro económico y social de una población y la salud.

Actualmente se ha logrado erradicar algunas enfermedades infectocontagiosas, que han diezariado a poblaciones enteras, y sólo ocasionalmente aparecen. Sin embargo, afloran nuevos problemas de salud. Como contra partida , con la misma facilidad con que se desplaza el individuo de un continente a otro, ocurre la difusión de microorganismo hasta ahora desconocidos. El desplazamiento de grandes núcleos de población del campo a la ciudad, con su corte de problemas como desempleo y subempleo, aumento de los grupos etéreos de ancianos, mayor drogadicción entre jóvenes y desintegración familiar, plantea problemas de salud de la población similares entre países en vías de desarrollo.

La nueva legislación en materia de salud, así como los nuevos instrumentos administrativos y técnicos, permitirán que el país haga frente al compromiso contraído con la OMS de “Salud para todos en el año 2000”.

En el año de 1983, el Programa Nacional de Salud incorpora los objetivos y estrategias que en materia establece el Plan de Desarrollo 1983-1988, y se orienta al cumplimiento de las finalidades del derecho a la protección de la salud.

En la consolidación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, se ha planteado la necesidad de enfatizar al fortalecimiento de la atención primaria como una fórmula

para proveer a toda la población de servicios básicos de salud individual y comunitaria, otorgando prioridad a la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales, así como de promoción y fomento al autocuidado de la salud, la preservación y la conservación de condiciones sanitarias adecuadas.

En el interés de la atención primaria va implícita la medicina preventiva, y en ella se destinan actualmente recursos humanos y materiales. La medicina actualmente especializada es loable, pues prolonga o salva vidas, pero en contra posición con la atención primaria, es sólo accesible a grupos minoritarios y su costo es elevado.

Por ello, dentro del fortalecimiento de la atención primaria, se busca ampliar la cobertura de la salud en el desarrollo de la infraestructura.

Una realidad insoslayable es el hecho de que la medicina preventiva no ha alcanzado los niveles óptimos debido a dos factores principales: escasos recursos y reducida coordinación institucional.

Ello condiciona que la demanda de atención médica sea mayor por padecimientos y riesgos que son factibles de evitarse o reducirse a través de acciones de salud pública.

Las siguientes cifras forman parte del marco de referencia: el 70 % de los recursos humanos para la salud se destinan a instituciones de seguridad social, y el 30 % restante a las de población abierta; en estas últimas se debe atender el 50 % de la población. Las cifras anteriores dan una idea de la desproporción de recursos humanos y la población por atender, sobre todo en el caso de la población abierta.

Actualmente, durante el ejercicio de las actividades se ha configurado el área de trabajo de la enfermera sanitaria. Esta especialidad contempla la atención en materia de salud del individuo, la familia y la comunidad.

El ámbito de la enfermera hospitalaria está constituido por la sala del hospital, mientras que el de la enfermera sanitaria se proyecta fuera de los muros de la institución hospitalaria: la comunidad.

Con el propósito de lograr un enfoque más objetivo de esta disciplina, relacionaremos sus funciones y actividades con los niveles de atención.

El primer nivel de salud señala como propósitos:

- condicionar el ambiente favorable
- aumentar la resistencia del individuo
- brindar protección específica mediante la utilización de métodos positivos contra enfermedades específicas

Ahora bien, para el logro de los propósitos mencionados, se dispone de medidas encaminadas al logro de los objetivos.

Algunas medidas que la enfermera sanitaria lleva a cabo para el logro de sus objetivos son:

a) Educación Sanitaria.

- Este rubro significa un soporte de la salud pública. La enfermera sanitaria hace énfasis en este renglón ya sea en forma individual o colectiva.
- Colabora en el diseño y elaboración de material educativo según las necesidades de salud.

b) Mayor énfasis aplicando medidas de tipo preventivo como son:

- protección contra enfermedades específicas
- protección a través del programa de inmunizaciones
- programas de detección de fiebre reumática
- detección oportuna de cáncer y prevención de accidentes

c) Relacionado con el saneamiento ambiental, la enfermera sanitaria dispone de las siguientes participaciones:

- agua: disponibilidad
- basura: recolección y eliminación
- excretas: disposición adecuada mediante la instalación de fosas sépticas o letrinas
- vivienda: mejoramiento
- alimentos: saneamiento

El segundo nivel tiene como objetivos:

- curar y detener el proceso de la enfermedad
- prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles
- prevención de complicaciones y secuelas
- prevenir la incapacidad prolongada

Aún cuando sea en menor grado, la enfermera sanitaria deberá participar en las tareas del tercer nivel, dónde sus propósitos son evitar un mal mayor, o prevenir o demorar las consecuencias de una enfermedad clínicamente avanzada. Así las medidas se traducen en:

- tratamiento adecuado para evitar el avance de la enfermedad
- prevenir complicaciones y secuelas
- dar la ayuda necesaria para limitar el daño y evitar la muerte

Aunado a la limitación del daño, se encuentra en este tercer nivel la rehabilitación, cuyos objetivos son:

- reintegrar al individuo para que sea útil a la sociedad
- obtener el máximo uso de sus capacidades residuales
- evitar que el individuo se convierta en una carga para la familia y la sociedad

Ahora bien existen una serie de cualidades y capacidades que requieren las enfermeras sanitarias por ello es importante mencionar algunas de ellas:

a) Extroversión

- el poder relacionarse con distintos profesionales de la salud y de otras disciplinas, así como se relacionará con distintos miembros de la comunidad.

b) Comunicación

- la comunicación se establecerá en sentido vertical, horizontal, verbal o escrita.

c) Capacidad para administrar

- siendo un proceso universal, la enfermera sanitaria aplicará la administración en el curso de su trabajo, para evitar un desorden, duplicidad de funciones, etc , y originar fricciones que puedan entorpecer la buena marcha del trabajo.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD .

El municipio de Zamora se encuentra al noroeste del estado de Michoacán, con una superficie de 442 kilómetros cuadrados y una población superior a los 300 mil habitantes.

A pesar de que a Zamora se le conoce como la “bien cercada”, es fácil llegar a ella gracias a los servicios que ofrece la moderna comunicación, a excepto del transporte oceánico.

El crecimiento demográfico que ha sufrido el municipio de Zamora durante las últimas tres décadas es visible, tras la construcción de más de 40 fraccionamientos que poco a poco han ahogado a la ciudad de Zamora.

Además existen asentamientos irregulares en diversos puntos de la ciudad que, a pesar de contabilizar miles de familias, no han resuelto la posesión legal de su propiedad. Tanto en los fraccionamientos como en los asentamientos irregulares los servicios son incompletos y deficientes cuando los hay.

La comunidad de Linda Vista pertenece al municipio de Zamora que se encuentra ubicada al nororiente de la ciudad, con una altitud de 1,574 msnm. De acuerdo a algunos antecedentes históricos, antes de 1970, los primeros pobladores le nombraron la Huizachera, posteriormente le nombraron Granjas Linda Vista, nombre que recibió por que se pensaba utilizar las tierras para la construcción de granjas, destinadas a la crianza de diversas especies de animales, pero al observar que el gasto de agua era demasiado y el mal olor era cada vez mayor, decidieron cambiar las granjas a otro lado y comenzar la construcción de pequeñas casas para habitación.

Fue a partir de 1970 cuando toma el nombre de Linda Vista como se le conoce actualmente, donde poco a poco fueron llegando familias de diferentes lugares del municipio de Zamora y de otros lugares aledaños como fueron : Morelia, Queretaro, Puebla, Jalisco, principalmente.

Las primeras familias que llegaron a habitar la comunidad de Linda Vista fueron : la familia Bravo, Limón, García y Ramírez, hoy en día, la comunidad cuenta con más de 160 familias que viven en ésta, lo que se refleja en una población de 1,652 habitantes.

En cuanto a las actividades económicas de subsistencia, la comunidad se dedica en su mayoría a las actividades de campo, es decir, a la siembra y cultivo de productos como : jitomate, cebolla, papa, frijol, maíz, naranja, limón, etc, pero sobre todo el cultivo y la siembra de la fresa, producto que forma parte de la base económica del municipio de Zamora, además de dedicarse también a actividades de ganadería y porcicultura.

La comunidad de Linda Vista presenta un clima templado con lluvias en verano, con una producción pluvial anual de 1000 mm cúbicos, lo que favorece en las actividades del campo para una mejor cosecha de los productos que en ella se producen.

Dentro de sus costumbres, encontramos que la mayoría de los habitantes profesan la religión católica, por lo que cada último domingo de noviembre, rinden culto a la patrona de la comunidad con misas y algunos juegos pirotécnicos.

Con todo y esto, la comunidad de Linda Vista, no ofrece muchos servicios, pues solamente cuenta con una tortillería, varias tiendas, alumbrado público que en su mayoría es deficiente, drenaje que también es deficiente, transporte público que también es irregular, pues solamente cuenta con 3 microbuses, cuyo tiempo de espera fluctúa entre los 20 y 25 minutos. También cuenta con servicios de educación, formado por una infraestructura de 1 preprimaria, 1 primaria de un sólo turno y 1 telesecundaria de un sólo turno.

En lo que se refiere a los servicios de salud existentes en la comunidad, es importante mencionar que de acuerdo a la observación y recorrido de la misma, no se encontró ningún tipo de servicio o recurso para la salud. Como ya se mencionó, la comunidad cuenta con 1,652 habitantes de los cuales 60 mil son responsabilidad de la Secretaría de Salud (SSA), que son atendidos por un centro de salud urbano en la ciudad de Zamora, el cual cuenta con 8 médicos y de acuerdo al modelo de atención MASPA, con este personal sólo puede atender a 24 mil habitantes, lo cual indica un promedio de 3 mil por cada médico.

Como resultado de esta situación, la SSA ha implementado acciones de salud en el área rural, con el propósito de ofrecer servicios de salud correspondientes al paquete básico de salud, a través del Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), como instrumento para proporcionar servicios mínimos de salud a la población de las zonas rurales que se encuentran apartadas de las unidades del Sistema Nacional de Salud.

La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), tiene como antecedentes las actividades que la Secretaría de Salud (SSA) inició desde 1943 en el área rural, ya que con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se puso gran interés en la prestación de servicios de salud en ésta área mediante el servicio social de los pasantes de medicina y la construcción de 366 Centros de Salud Rural tipo C. En 1954 se estableció el Programa de Bienestar Social Rural y dos años después se crearon los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, los que principalmente reforzaron los servicios de atención materno-infantil tanto en la parte asistencial como en la promoción de acciones de desarrollo social. Los dos programas rurales se integraron entre 1964 y 1970 para hacerlos más eficientes.

En 1970 se estructuró el Programa de Salud Rural con base en las experiencias recogidas de los Programas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud Pública y del Programa Comunitario Rural. En el diseño del Programa de Salud Rural participaron la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, concluyendo que el personal de la comunidad era esencial para el desarrollo de dicho programa. En esa época se hacía énfasis en la atención primaria a la salud y solamente se realizaba promoción de la planificación familiar. En cuanto a la atención materno-infantil la supervisión se realizaba en la comunidad por el personal médico en servicio social tanto en un centro de salud como en la clínica rural, mientras que en los servicios de planificación familiar se capacitaba a una enfermera auxiliar quién tenía bajo su responsabilidad un módulo de diez comunidades. El programa de Salud Rural recibió apoyo sustantivo por parte de la Cooperación Técnica Internacional para cubrir los gastos del personal supervisor, los estímulos a las auxiliares de salud y el equipamiento. La evaluación del programa de Salud Rural que se realizó en 1982 confirmó la ventaja de proporcionar los servicios de atención primaria a la salud con personal voluntario en las comunidades rurales y con esta base se estableció en 1985 el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura con recursos exclusivos del país y se conceptualizó como el conjunto de servicios básicos de atención primaria prestados por auxiliares de salud voluntarias en comunidades rurales dispersas, desprovistas de unidades médicas. Por lo tanto, el programa de EEC tiene como finalidad, ofrecer servicios básicos de atención primaria a la salud, proporcionados a través de una persona voluntaria, elegida por la propia comunidad a quién se le denomina "Auxiliar de Salud".

Así, a través de un adiestramiento previo de la auxiliar de salud en las áreas de planificación familiar y materno-infantil, se ofrecen servicios mínimos de salud a la población, con un enfoque de Salud Reproductiva, además también participa en la promoción a la salud, con lo que contribuye a ampliar la cobertura de servicios de salud a la población que más lo requiere.

Por lo tanto ante esta situación, se considera que los problemas más comunes en la comunidad de Linda Vista, son originados por diversos factores como son: económicos; sociales; culturales; educación deficiente y una baja infraestructura de servicios, aunados a la falta de servicios de salud en la localidad, los que originan la presencia de problemas de salud que se relacionan con la pobreza, por lo que se considera que es ellos donde debemos encaminar todo nuestro esfuerzo para poder proporcionar servicios mínimos de salud con el objeto de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población y de la comunidad en general.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .

El Diagnóstico de Salud es un paso del método Epidemiológico y refleja una situación de salud que va a dar características de una comunidad con sus causas para enfocar un marco referencial global en cuanto a la salud de esta población.

El municipio de Zamora esta ubicado entre los 19 grados 55 minutos y 20 grados 08 minutos latitud norte y 102 grados 07 minutos y los 102 grados 24 minutos de longitud oeste. El municipio de Zamora se ubica al noroeste en el estado de Michoacán y su clima tiende a ser cada vez más caluroso.

El municipio de Zamora tiene una superficie de 442 Kilometros cuadrados y una población superior a los 300 mil habitantes.

Los límites del municipio son los siguientes :

Norte : colinda con el municipio de Ecuandureo e Ixtlan

Sur : limita con el municipio de Jacona y Tangancicuaro

Oriente : colinda con los municipios de Churintzio y Tlazazalca

Poniente : colinda con los municipios de Stgo.Tangamandapio y Chavinda

La comunicación y ubicación de los puntos anteriores y de la mayoría de los lugares se efectúa a través de los autobuses del servicio urbano y suburbano y algunos de los lugares cuentan con servicio de teléfono.

A pesar de que a Zamora se le conoce como la “bien cerrada”, es fácil llegar a ella por todos los servicios que ofrece la moderna comunicación, a excepto del transporte oceánico.

La distribución de la tierra, en el municipio de Zamora, atendiendo a su forma de posesión o tenencia, abarca un total de 39,567 hectáreas, distribuidas en superficies particular, ejidal, oficial (estatal, federal o municipal), por otro lado, el uso potencial de estas superficies es múltiple y abarca los siguientes usos : agrícolas (de aquí que la mayoría de la población se dedique a actividades de campo), pastizales o forestales, embalse de presas y superficies urbanas.

Por lo anterior podemos decir que la base de la economía del municipio de Zamora es la agricultura, ya que comprende una superficie aproximadamente de 20,000 hectáreas que comprende el suelo zamorano; teniendo una producción agrícola variada pero basada principalmente en la producción de fresa. Es importante mencionar que los productos de exportación son en su mayoría productos hortícolas y frutícolas.

Otro de los rubros importantes de la economía local es el comercio. Zamora se ha convertido en el centro comercial más importante del noreste del estado de Michoacán, cerca de cuatro mil establecimientos se dedican al comercio.

Mueblerías, Joyerías, Zapaterías, Ferreterías, Artículos fotográficos, etc; son algunos de los muchos con los que cuenta el municipio zamorano. Su función comercial implica también la relación con los estados de Jalisco, Colima, Guanajuato y el Distrito Federal.

Es importante hacer mención de otros servicios sociales con que cuenta el municipio de Zamora : servicios de educación, con una infraestructura compuesta por 52 escuelas preprimarias, 82 primarias, 10 secundarias, 5 a nivel bachillerato, 3 instituciones a nivel superior y 1 a nivel postgrado.

En cuanto a los servicios de salud, encontramos que existen una docena de hospitales con los servicios indispensables para el tratamiento de las diversas enfermedades, así encontramos hospitales de segundo nivel como el IMSS y el ISSSTE, que cuentan con una población derechohabiente, la Cruz Roja que atiende a población abierta y algunos hospitales privados (que son en su mayoría los que componen los servicios de salud en el municipio).

Así también ofrece servicios de agua, transporte, alumbrado público, drenaje, recolección de basura, etc.

El crecimiento demográfico que ha enfrentado el municipio de Zamora durante las últimas tres décadas es visible, tras la construcción de fraccionamientos, la mayoría de ellos construidos en los últimos treinta años, así tenemos : al norte la Unidad Habitacional Infonavit Palo Alto y la Pradera, al sur el Fovissste e Infonavit la Loma y Arboledas, etc; además existen diferentes asentamientos irregulares en diversos puntos que, a pesar de contabilizar a miles de familias, no han podido resolver la posesión legal de la propiedad, y es en ellos donde los servicios son incompletos y deficientes cuando los hay.

La comunidad de Linda Vista pertenece al municipio de Zamora que tiene una población de 1,652 habitantes de los cuales 60,000 son responsabilidad de la Secretaría de Salud (SSA), que son atendidos por un centro de salud urbano que cuenta con 8 médicos y que de acuerdo al modelo de atención MASPA , con este personal sólo puede atender a 24,000 habitantes, lo cuál indica un promedio de 3 mil por cada médico.

Como resultado de esta situación, la Secretaría de Salud ha implementado acciones de salud en el área rural, con el propósito de ofrecer servicios de salud de acuerdo al paquete básico de salud, a través del Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), como instrumento para proporcionar servicios mínimos de salud a la población de las zonas rurales que se encuentran apartadas de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

Es así como la Secretaría de Salud integra a la comunidad de Linda Vista al Programa de la EEC, debido a que el centro de salud de Zamora no puede atender a toda la población.

Por lo tanto se considera que los problemas más comunes que se presentan en la comunidad de Linda vista se originan por varios factores : escasos recursos económicos, baja infraestructura de servicios (luz, agua, drenaje, etc.), nivel sociocultural bajo, siendo prioritarios los factores sociales y económicos aunados a la falta de servicios de salud en la localidad, que originan la presencia de problemas que se relacionan con la pobreza.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

¿ Cuáles son las necesidades de salud de la comunidad de Linda Vista en el módulo de Santiago Tangamandapio que tienen un papel importante en el proceso salud-enfermedad y que permiten plantear intervenciones como alternativas de solución ?

2.4 JUSTIFICACION

La situación económica y política en nuestro país pone de manifiesto que la prioridad nacional en cuanto a salud es la Atención Primaria a la Salud, que considera tanto la atención médica como la Salud Pública, la formación de recursos humanos para la salud, que implica considerar la realidad social en cuanto a las necesidades y problemas de salud de un país, para con ello considerar la formación de profesionales que aborden esta problemática con la planeación y ejecución de acciones que estén encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población y coadyuvar al desarrollo de la misma.

Dentro de las comunidades rurales existen grupos marginados que se ven agobiados por los problemas económicos, sociales y culturales que de alguna forma influyen en el estado de salud de la población, por lo que se considera que es en ellos donde debemos encaminar nuestro mayor esfuerzo y proporcionar servicios de atención primaria a la salud con el objeto de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población.

Por lo tanto es interés del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia conformar un Diagnóstico de Salud en base a las necesidades que puedan detectarse tras la recolección de datos obtenidos en la comunidad de Linda Vista que permitan reorganizar y reorientar las estrategias de atención a la salud en las comunidades rurales de población dispersa y de los recursos humanos involucrados en la misma de acuerdo a las necesidades de dicha comunidad.

La importancia de realizar un estudio de necesidades de salud en el marco del Diagnóstico, es que permite precisar las necesidades desde varios puntos de vista, tanto de daños como de recursos. En este contexto se hace necesaria la participación del profesional de salud que al considerar a la comunidad en una dimensión de participación, coadyuvar a la solución de problemas o de necesidades.

La Enfermería constituye una profesión tipo para la identificación de problemas de salud comunitarios, en donde su participación se da en diferentes niveles.

En el diseño y realización del Diagnóstico de salud dirigido a la detección de necesidades, actividad que es posible realizar en las primeras etapas de formación. En el diseño y ejecución de programas de promoción, educación y atención para la salud, considerando la atención primaria a la salud y el autocuidado. En la práctica profesional colabora en la evaluación de los

programas y servicios de salud para el mejoramiento de estos. Elabora propuestas de intervención tendientes al cambio.

2.5 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los factores que condicionan el Proceso Salud-Enfermedad en la comunidad de Linda Vista a través de una valoración de salud colectiva, a fin de estructurar un Diagnóstico de Necesidades de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las necesidades de salud de la comunidad de Linda Vista.
- Analizar las principales causas de Morbilidad y Mortalidad de la comunidad.
- Analizar la infraestructura de servicios de salud que existen en la comunidad y su repercusión en el Proceso Salud-Enfermedad.
- Plantear estrategias de intervención de Enfermería.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio transversal-descriptivo en el se examinan las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado.

Es un estudio de campo por el tipo de técnica a utilizar en la recolección de datos.

3.2 TIPO DE DISEÑO DE ESTUDIO.

Es un estudio univariado de una sola muestra de tipo transversal-descriptivo debido a que se estudiaran las características de un grupo en un momento dado durante un tiempo limitado.

3.3 DEFINICION DE VARIABLES.

- Demografía
- Necesidades
- Recursos para la salud
- Daños a la salud

3.4 DEFINICION OPERACIONAL.

DEMOGRAFIA. Etimológicamente la demografía equivale a la descripción de la población, pero no sólo con un carácter descriptivo, sino comparativo e inductivo.

- FERRARIS la define como la ciencia de la población
- MESSEDAGLIA dice que es la ciencia estadística de la población y
- BENNI la considera como la ciencia cuantitativa de la población

Es muy de tener en cuenta que la demografía no considera a la población desde el punto de vista de su origen, ni de su civilización, ni de sus instituciones sociales y políticas, sino solamente como un agregado de individuos preocupados no de las causas de los hechos, sino del número de éstos y determinando, no las leyes más o menos fijas o inmutables de estos hechos, sino las contingentes y relativas, como son ellas mismas.

No existe unanimidad entre los autores acerca de los fenómenos de la población son objeto de la demografía, para determinarlo es preciso distinguir entre la estática de la población, que considera las condiciones de ésta en un momento dado (estado de la población) y la dinámica de ella, o sea, el movimiento de la misma, las posiciones que sucesivamente va tomando por efecto de las causas naturales; o de faces vitales (matrimonios, nacimientos, muertes, etc.) o de fenómenos extrínsecos o sociales tales como la emigración, inmigración y migración interior.

Como medios de instrumentos para recoger la información o los datos demográficos, aparecen el censo (por lo que se refiere al estado de la población) y los registros (por lo que se refiere al movimiento).

NECESIDADES DE SALUD.

Podemos definirla como una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos, psicológicos y sociales , que nos conducen a tomar medidas de prevención, tratamiento y control, así como de erradicación. En este sentido la necesidad representa lo que requiere para solucionar el problema identificado, así mismo, la necesidad de salud produce una necesidad de servicios, es decir la necesidad surge cuando se constata una diferencia entre una situación dada y una situación observada en la actualidad, diferencia que se desea reducir.

RECURSOS PARA LA SALUD.

En cuanto a los recursos para la salud se hace una observación del total de estos con los que cuenta el sector salud en un tiempo determinado. La identificación de los recursos y su clasificación debe ser una norma de tipo nacional. Generalmente los recursos se agrupan en los siguientes tipos básicos:

- Personal
- Bienes y Servicios
- Equipos
- Locales

Cada uno de estos rubros puede a su vez clasificarse en conceptos cada vez más específicos, así por ejemplo el rubro de personal puede subdividirse en personal técnico, administrativo, auxiliar y obrero. El personal técnico en médicos, odontólogos, enfermeras, etc. Los médicos por sus especialidades y así sucesivamente.

DAÑOS A LA SALUD.

Los daños a la salud se conocen a través de dos indicadores básicos: la morbilidad y la mortalidad. Es importante que para poder medir la primera, entendida como la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo limitado, es el conocer y entender como se presenta en una colectividad el Proceso de Salud-Enfermedad.

En cuanto al segundo indicador, tenemos que la mortalidad se refiere al número de defunciones en un sitio y tiempo determinado, traduciendo las consecuencias de la enfermedad mortal, entendido como el daño máximo a la salud, utilizando como indicador la tasa cruda de mortalidad que resume el nivel global de mortalidad de un país.

3.5 UNIVERSO DE TRABAJO.

Formado por los habitantes de la comunidad de linda vista perteneciente al municipio de Zamora

3.6 POBLACION.

Formada por 160 familias para un total de 1,652 habitantes de la comunidad de linda vista perteneciente al municipio de Zamora

3.7 MUESTRA.

Se trabajará con la totalidad del universo (1,652 hab.)

ANEXOS.

Se presentará el instrumento que se utilizó para la captura y recolección de los datos de la investigación.

Dentro de los anexos partiremos del mapa de la República Mexicana realizando diferentes proyecciones hasta llegar al croquis de la comunidad en estudio.

3.8 INSTRUMENTO.

Para la recolección de datos se realizará una encuesta para conocer la infraestructura de los servicios , así como conocer los factores de riesgo de daños a la salud, se presentarán preguntas de varias opciones tomando en cuenta polos opuestos, para que el entrevistado seleccione aquélla que lo refleje en mayor medida.

RECOLECCION DE DATOS.

Para la tabulación de los datos se utilizará una computadora con los programas Fox Pro, Excel y Win Word para Windows en los que se realizarán tanto la captura de las encuestas aplicadas como los cuadros y gráficas de salida.

3.9 PLAN DE ANALISIS.

Para el procesamiento estadístico de la información se sugiere lo siguiente :

Los datos valorados en una escala nominal se consideran también observaciones cualitativas dado que describen también una cualidad u observaciones categóricas por los valores que agrupan su categoría en general, este tipo de observaciones se describen en términos de porcentajes o proporciones, el recurso más utilizado es la tabla de contingencia (cuadros) y la gráfica de barras.

Los datos valorados en escala ordinal, son aquéllos que tienen una escala de orden esta categoría pero que los diferencia entre dos grupos, no es la misma escala como sería la escala de Apgar, al igual que las escalas nominales se pueden describir en porcentajes y proporciones. En algunas ocasiones el conjunto completo de datos medidos en una escala ordinal se resume al valor de la mediana que se pueden presentar en tablas de contingencia (cuadros) y gráficas de barras.

Se presentan cuadros y gráficos y para resumir se emplean medidas y desviaciones estándar.

El Diagnóstico aquí propuesto pretende ser de tipo descriptivo con análisis univariado de tipo cuantitativo y cualitativo, por ello se propone obtener frecuencias simples de los datos captados expresados como porcentajes.

Una vez procesada la información y haber elaborado los cuadros de se hará una descripción de los mismos para posteriormente hacer el análisis de cada una de las variables bajo el enfoque de necesidades de salud.

3.10 REQUERIMIENTOS DE LA INVESTIGACION.

RECURSOS HUMANOS.

1 Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de la Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán.

RECURSOS MATERIALES.

- Computadora
- Impresora Hewlett Packard Laserjet 4L
- Papelería : lápices, plumas, hojas, disquetes, libretas, libros de consulta, etc.
- Fotocopiado : libros, revistas, artículos, etc, para la fundamentación del marco teórico conceptual.
- Fotocopiado de la encuesta (se fotocopiarán 200 encuestas).

RECURSOS FINANCIEROS.

El financiamiento de la investigación será personal únicamente pero se contará con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 en los recursos materiales y facilitación de información necesaria para la investigación.

3.11 CUADROS DE VARIABLES .

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
Demografia	Edad	Grupos Etareos	Quinquenios 0-5	Primaria	Númerica
	Sexo	Masculino Femenino			Nominal
Necesidades	Vivienda	Agua			
		Intradomiciliaria	si - no	Primaria	Nominal
		Drenaje	si - no		
		Material de Construcción predominante	concreto lámina madera otro	Primaria	
		Numero de cuartos	uno, dos, tres, cuatro, más	Primaria	
		Cocina separada	si - no		
		Baño intradomiciliario	si - no	Primaria	
		Tenencia	propia alquilada rentada otro	Primaria	Nominal
		Iluminación Natural	buena, mala, regular	Primaria	

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
Necesidades	Vivienda	Ventilación Natural	buena, mala, regular	Primaria	
		Animales Domésticos	cuales: cuantos:	Primaria	
		Fauna Nociva	cual:		
		Eliminación de Basura	red municipal enterrada ciclo abierto incineración otra	Primaria	
		Combustible	gas petróleo carbón leña otros	Primaria	
		Alumbrado	energía eléctrica velas quínqué otros	Primaria	
		Excreta	fosa séptica letrina al ras del suelo	Primaria	

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
----------	-----------	-----------	-------------	--------	--------------------

Necesidades	Vivienda	Agua	entubada pozo noria tambos rios lluvia	Primaria	Nominal
	Ocupación	Empleo de los integrantes de la familia	hogar estudiante campesino empleado profesional obrero artesano comerciante desempleado otros	Primaria	Nominal
	Ingreso familiar mensual	salarios mínimos	De 1. De 2. Más	Primaria	Ordinal

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
		Planificación familiar	D.I.U. hormonal definitivo ninguno otro	Primaria	
	Embarazo	1er.trimestre 2do.trimestre 3er.trimestre	Control si - no		
Recursos para la salud	Servicios	Oficial	IMSS ISSSTE SSA	Primaria	Nominal
		Privado		Primaria	Nominal
		Tradicionales	Partera Curandero Yerberero Huesero Boticario otro	Primaria	Nominal
Daños a la salud	Morbilidad	10 principales causas de enf.transmisibles por edad	Frecuencia simple tasa	Secundaria	Numérica
		no transmisibles por edad	Frecuencia simple tasa	Secundaria	Numérica
		10 principales causas de muerte por edad	Frecuencia simple tasa	Secundaria	Numérica

4. RESULTADOS .

4.1 DATOS SOCIO-HISTORICOS DE LA COMUNIDAD.

La fecha de fundación de la comunidad y grupos fundadores nos dan el antecedente a determinar su influencia a las siguientes sociedades para llegar a la actual, estas para subsistir han realizado diversas actividades, de ahí que se lleve a cabo el comercio, la industria y las funciones, que darán la pauta a la economía de la comunidad. Si bien es cierto, los aspectos de religión y política, están basados en costumbres y tradiciones que repercuten no sólo socialmente, sino en aspectos de salud, nivel de vida, estructura y dinámica familiar.

Los datos que se presentan a continuación nos pueden dar inicio de dicha situación Histórico-Social.

4.1.1 Fecha de fundación de la comunidad.

Antes de 1970 fué fundada con el nombre de la " Huizachera ", posteriormente le cambiaron el nombre por el de " Granjas Linda Vista ", esto por que se tenía pensado destinar las tierras para la construcción de granjas, pero al observar que el gasto de agua, el mal olor, etc, eran cada vez mayor, decidieron cambiar las tierras y destinarlas para la venta de terrenos para ser ocupadas por familias.

Fue apartir de 1970 cuando toma el nombre de " Colonia Linda Vista ", nombre con el que se le conoce actualmente.

4.1.2 Grupos Fundadores.

Los primeros habitantes que tuvo la colonia apartir de 1970 fueron las familias :

- Familia Bravo
- Familia Limón
- Familia Maciel
- Familia García
- Familia Ramírez

4.1.3 Tipo de Organización de sociedades.

La comunidad de Linda Vista tiene una forma simple de organización. Los mismos habitantes de la comunidad nombraron a un grupo de personas como representantes de la misma ante el H. Ayuntamiento de Zamora, quienes presentan por escrito las necesidades y peticiones de la misma comunidad, así a través de ellos, los habitantes emprenden acciones de cooperación en busca de posibles soluciones y funcionar así como una unidad integrada que crece a medida que ésta se ocupa de uno o varios problemas o necesidades.

Es importante mencionar que existen momentos en que no todos los habitantes están dispuestos a cooperar en la solución de los problemas, sin embargo la mayoría de los habitantes se encuentran dispuestos a buscar mejoras en su calidad de vida.

4.1.4 Lenguas Indígenas existentes.

Tras realizar un recorrido en toda la comunidad no se encontró ningún tipo de lengua indígena.

4.1.5 Religión Dominante y Religiones practicadas.

Tras recorrer la comunidad realizando esta pregunta se encontró que el tipo de religión que predomina en la comunidad es la Católica, pero también encontramos algunas familias que practican otro tipo de religión como :

- a) Mormones (dos familias)
- b) Testigos de Geova (diez familias)
- c) Evangelistas (dos familias)

4.1.6 Modo de Producción (actividades económicas de subsistencia).

En general los habitantes de la comunidad se dedican al campo, donde hacen mención del año agrario, es decir que sus actividades de siembra inician en el mes de octubre de un año y termina en el mes de febrero del otro año, sin embargo por razones de tradición, algunos cierran su ciclo hasta el mes de marzo.

Por otro lado mencionarán que su ciclo de cosecha se inicia a partir del mes de julio y termina en el mes de septiembre del mismo año y posteriormente preparan la tierra para el siguiente ciclo.

En su mayoría los habitantes de la comunidad de dedican a sembrar y cosechar los siguientes alimentos :

jitomate	naranja
zapote	papa
garbanzo	maíz
girasol	cilandro
lenteja	cebolla
pinzol o guamuchil	chicharo
limón	fresa
frijol	

También existen en la comunidad actividades de : Ganadería y Porcicultura, actividades que realizan cada fin de año para dar tiempo a preparar los nacimientos y el crecimiento del nuevo ganado, así como preparar también la presentación de algunos productos como leche, carne, etc.

Otra actividad que realizan a finales de año es la presentación de ganado caprino ya sea mular, caballar o asnal.

4.1.7 Atención a la Salud predominante Históricamente.

De acuerdo con algunos comentarios de habitantes de la comunidad, cuentan que cuando ellos llegaron a habitar, la comunidad contaba con una señora de edad avanzada que era la que en aquél tiempo atendía los partos y otras enfermedades de los habitantes pero que poco tiempo después no se concoció su paradero, además cabe mencionar que la comunidad no cuenta con ningún tipo de recurso para la salud desde la desaparición de aquella señora. Tras recorrer toda la comunidad nos pudimos dar cuenta de que no cuenta con ningún tipo de recurso para la salud, como pudiera ser un huesero, parteras, etc.

4.1.8 Servicios públicos (fundación de los mismos), comercios.

La comunidad de Linda Vista cuenta con los servicios de : alumbrado público, drenaje y recolección de basura por red municipal. Es importante señalar que algunos se brindaron en el momento que el municipio de Zamora tomo en cuenta a la comunidad dentro de su jurisdicción, en el año de 1975, servicios que hasta la fecha no son en su totalidad y los que existen en la comunidad están en estado desfavorable.

Sin embargo, la comunidad desde entonces se ha preocupado por tener algunos comercios como son : tiendas de abarrotes, paletterías, tortillería y transporte público.

4.1.9 Costumbres, creencias (fiestas).

Como podemos observar el tener mayor número de habitantes católicos rinden culto a la Señora o Patrona de la comunidad, llamada " Virgen de los Dolores ", los cultos y las fiestas de esta patrona los llevan a cabo el último domingo del mes de noviembre. La fiesta la adornan con flores multicolores, juegos pirotécnicos, misas, cantos y antojitos varios de los platillos típicos de la región.

4.1.10 Antecedentes de algún estudio anterior de la comunidad.

A través de la investigación se acudió a la oficina de Urbanística del H. Ayuntamiento de Zamora para buscar información correspondiente a la comunidad en estudio y no se encontró ningún tipo de documentos de investigaciones anteriores o algún papel que pudiera servir como antecedente.

Por tal motivo se tuvo que realizar cuestionamientos entre los habitantes de la propia comunidad, quienes tampoco sabían de la existencia de algún documento que ayudara a la investigación, solamente las personas encargadas del orden y de los asuntos administrativos de la comunidad encontraron entre sus documentos el mapa más reciente que el H. Ayuntamiento había elaborado y proporcionado con una anterioridad de 6 años a tales representantes de la comunidad.

Fuente: Datos obtenidos de la observación directa de la comunidad y por cuestionamiento de los habitantes. INEGI en el Anuario Estadístico del Estado de Michoacán, 1996.

4.2 DATOS GEOGRÁFICOS DE LA COMUNIDAD.

Los aspectos geográficos nos ubican en la zona dentro de una ciudad con sus orientaciones y colindancias. Es conveniente conocer la altitud a nivel del mar, clima, hidrografía, zonas sísmicas, y otras características del suelo (humedad, salitre, arenoso, etc), que son determinantes en algunas afecciones al estado de salud, así como que determinan el nivel de vida y el modo de producción de la misma. De igual manera la flora y la fauna son determinantes para conocer la comunidad.

4.2.1 Ubicación (colindancia y orientación física).

La comunidad de Linda Vista se encuentra localizada al Nororiente de la Ciudad de Zamora, y se ubica entre los 19° 55' y 20° 08' latitud norte y los 102° 07' y los 102° 24' longitud oeste.

La comunidad de Linda Vista colinda con los municipios de :

Norte : municipio de Ecuandureo e Ixtlán

Sur : municipio de Jacona y Tangancícuaro

Oriente : municipio de Churintzio y Tlazazalca

Poniente : municipio de Santiago Tangamandapio y Chavinda

4.2.2 Clima. (variaciones del año)

El clima de la comunidad tiende a ser cada vez más caluroso.

A fines de la primavera y el verano se vuelve cada vez más cálido y en el mes de diciembre hasta el mes de marzo las heladas son bastante fuertes. Su temperatura varía de los 27°C hasta los 32°C como máxima y una baja que fluctúa entre los 11°C y los 15°C.

4.2.3 Altitud.

La comunidad de Linda Vista se encuentra ubicada entre los 1574 msnm.

4.2.4 Hidrografía.

La comunidad de Linda Vista cuenta con las siguientes características :

Ríos: Duero y Cecilio

Arroyos: Prieto, Hondo y Blanco

Presas: Alvarez, Colorín y Abajo

4.2.5 Tipo y características del suelo.

En cuanto a las características del suelo encontramos que la comunidad de Linda Vista presenta un relieve formado por algunas zonas de bosque y otras partes de vegetación natural y algunas otras que han sido sustituidas por campos de cultivo por ser de gran fertilidad debido a que el clima de la comunidad favorece a esta actividad.

4.2.6 Suelo para el cultivo.

El suelo de la comunidad presenta para sus habitantes un relieve semiplano, que permite el trazo de rutas terrestres, facilitando la salida de sus productos vegetales y animales aprovechando el agua de los ríos para construir pequeñas presas de riego para los cultivos de trigo y maíz a gran escala con las mayores técnicas para una mejor producción de estos cereales tan importantes en la alimentación.

4.2.7 Tipo de flora predominante.

En algunas partes podemos encontrar plantas como árboles pequeños, magueyes, nopales, hiuzaches y algunas zanias de total aridez donde no existe vegetación. En algunas zonas con pastos aislados encontramos la cría de ganado caprino. Es importante mencionar que la mayoría de los árboles que encontramos son limoneros. También se logra encontrar algunas plantas herbáceas cuyas flores matizan el paisaje como las violetas, etc.

También es posible encontrar algunos arbustos en lugares cercanos a los ríos como abedules y sauces así como una gran variedad de hierbas.

4.2.8 Tipo de fauna predominante.

En este tipo de regiones, la fauna silvestre prácticamente ha desaparecido y ha sido sustituida por animales domésticos como los caballos, los bueyes que jalan la yunta, algunos cerdos, mulas, que utilizan para transportar leña y otros materiales, en fin animales que ayudan al hombre en las labores de campo. Sin embargo existen algunas especies como liebres, algunas ardillas que se ven trapando a los árboles, palomas, insectos que sirven como alimento a las lagartijas, también podemos encontrar hormigas, arañas, moscos, roedores, algunas aves y otras especies como los alacranes.

Fuente: Datos obtenidos de la observación directa de la comunidad y por cuestionamiento de los habitantes. INEGI en el Anuario Estadístico del Estado de Michocán, 1996.

4.3 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA COMUNIDAD.

Los datos demográficos de la comunidad nos dan una idea general del nivel de vida predominante, así como de las necesidades de la familia según el número de integrantes de las mismas sin olvidar que en México el indicador está entre los 4 y 5 integrantes por familia. Las variables de sexo y edad van muy ligadas con respecto a los problemas de salud encontrados en nuestro país.

Por otro lado conocer la tasa de natalidad y mortalidad nos ayudará para saber dirigir nuestros programas de educación para la salud en un futuro.

4.3.1 Tipo de población.

- a) urbana
- b) suburbana
- c) rural

4.3.2 Formas de asentamiento.

- a) Permanente: en general en permanente la población que habita en la comunidad.
- b) Temporal: se considera población temporal aquella que pertenece a los batallones del ejército que llegan a la zona alta de la comunidad cada 6 meses y se establecen de 3 a 4 meses y se van para regresar 2 años después.

4.3.3 Migración e inmigración.

Al recabar información con representantes de la comunidad mencionaban que existe mucha población que sale hacia los Estados Unidos en busca de mejores oportunidades de empleo, ellos estiman que el 30% de la población emigra sobre todo en los meses de enero y febrero. Sin embargo en los meses de octubre son muchas las personas que también regresan durante 3 meses para después emprender de nuevo el regreso a los Estados Unidos.

Es importante mencionar que la mayoría de esta población es población masculina, que fluctua entre los 18 y 35 o hasta 40 años, la mayoría de ellos son jefes de familia que salen en busca de mejores oportunidades de empleo y de ingresos.

4.3.4 Población por grupos de edad y sexo.

MASCULINO	GRUPOS DE EDAD	FEMENINO
37	65-más	30
32	60-64	22
34	55-59	24
30	50-54	22
40	45-49	42
37	40-44	34
40	35-39	43
49	30-34	52
35	25-29	49
38	20-24	49
50	15-19	46
95	10-14	75
132	05-09	148
119	01-04	115
65	00-01	68

**Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
Eneo-UNAM.**

4.3.5 Índice de natalidad.

De acuerdo a los datos referentes al municipio de Zamora reportados por INEGI, se tienen registrados 131 894 nacimientos en el año de 1996

4.3.6 Población económicamente activa.

De acuerdo a datos del INEGI encontramos que según su sexo, la población ocupada se establece una mayor frecuencia en hombres con 69.66 % a nivel estatal y con 30.34 % al sector femenino.

Por otro lado según el sector de actividad clasificado en primario, secundario y terciario, encontramos que reportes del INEGI, el sector terciario que se refiere al comercio, gobierno, transportes y servicios ocupa el primer lugar, siendo el sector primario quién ocupa el segundo lugar, considerando actividades de agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, todos estos datos son a nivel estatal según reportes del INEGI.

Es así como observamos que el varón o la población masculina es el sector más empleado, pero cuando se trata de actividades de campo ambos sexos trabajan de sol a sol en las actividades de la agricultura, desde la preparación de la tierra hasta la siembra y cosecha del producto, por lo que dentro de esta actividad sigue sin reconocimiento el trabajo que desempeña la mujer campesina, asignándole mayor peso a las actividades del hogar.

4.3.7 Analfabetismo y Educación.

De acuerdo a reportes del INEGI, el municipio de Zamora presenta en relación a escolaridad de su población mayor de 15 años un alto índice de analfabetismo con mayor proporción en mujeres que en hombres quizás por dedicarse solamente a actividades del hogar, las mujeres no dan mucha importancia al aspecto de preparación, tal vez por la educación que reciben en casa de que serán ellas mantenidas por sus maridos y quizás también por que el municipio de Zamora no ofrece muchas oportunidades de estudio y por la falta de recursos económicos para mantenerse en alguna escuela, además de que la distancia que tienen que recorrer para ir en busca de oportunidades puedan ser motivo de la falta de interés y sólo quedarse con estudios de nivel básico y sólo algunos puedan tener acceso a nivel medio básico por sus posibilidades económicas.

Fuente : Datos obtenidos de la observación directa de la comunidad y por cuestionamiento de los habitantes. INEGI en el Anuario Estadístico del Estado de Michoacán, 1996.

4.4 DAÑOS A LA SALUD.

Los daños a la salud son múltiples, pero para este estudio se van a considerar solamente los datos de morbilidad y mortalidad para fines de nuestro diagnóstico de necesidades, estos se pueden obtener en forma general, por grupos de edad y por causas.

4.4.1 Morbilidad.

A) General

1. Infecciones Respiratorias Agudas
2. Amibiasis intetinal
3. Por otros organismos y malaria
4. Angina estreptocóccica
5. Otitis media aguda
6. Hipertensión arterial
7. Diabetes mellitus
8. Candidiasis urogenital
9. Enfermedades diarreicas agudas
10. Oxiuriasis
11. Tricomoniasis urogenital

B) Trasmisibles

1. Amibiasis intestinal
2. Oxiuriasis
3. Malaria
4. Tricomoniasis
5. Inf. Respiratorias agudas
6. Candidiasis urogenital
7. Enfermedades diarreicas agudas
8. Angina estreptocóccica
9. Otitis media aguda

C) No Trasmisibles

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes Mellitus

D) Accidentes

No se tiene ningún tipo de registro en las diferentes fuentes que se consultarón.

4.4.2 Mortalidad

General:

A) Enfermedades del corazón

- enfermedades isquémicas del corazón
- enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón
- enfermedades hipertensivas
- fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón

B) Accidentes

- accidentes de tráfico de vehículos
- caídas accidentales
- ahogamiento y sumerción accidental
- resto

C) Tumores Malignos

- tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón
- tumor maligno del cuello del útero
- tumor maligno del estómago
- resto

D) Diabetes Mellitus

- E) Enfermedad cerebrovascular
 - infarto cerebral
 - hemorragia intracerebral
 - hemorragia intracerebral
 - hemorragia subaracnoidea
 - resto
- F) Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otras personas
- G) Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
 - hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido
 - crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal
 - complicaciones obstétricas que afectan al feto o al recién nacido
- H) Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
- I) Neumonía e influenza
 - neumonía
 - influenza
- J) Deficiencia de la nutrición
 - otra desnutrición proteinocalórica
 - marasmo nutricional
 - avitaminosis
- K) Enfermedades infecciosas intestinales
- L) Anomalías congénitas
- M) Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
- N) Anemias
- O) Úlcera gástrica y duodenal
- P) Senilidad
- Q) Septicemia
- R) Tuberculosis
- S) SIDA
- T) Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

10 Principales Causas de Defunción

1. Enfermedades del corazón
2. Accidentes
3. Tumores malignos
4. Diabetes mellitus
5. Enfermedad cerebrovascular
6. Homocidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otras personas
7. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
8. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
9. Neumonía e influenza
10. Deficiencia de la nutrición
11. Resto de las causas

Fuente : Datos obtenidos de la observación directa de la comunidad y por cuestionamiento de los habitantes. INEGI en el Anuario Estadístico del Estado de Michocán, 1996.

**PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA COMUNIDAD
LINDA VISTA.**

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
00-01	65	7.8	68	8.3
01-04	119	14.2	115	14.0
5-9	132	15.8	148	18.0
10-14	95	11.4	75	9.1
15-19	50	6.0	46	5.6
20-24	38	4.5	49	5.9
25-29	35	4.2	49	5.9
30-34	49	5.8	52	6.3
35-39	40	4.8	43	5.2
40-44	37	4.4	34	4.1
45-49	40	4.8	42	5.1
50-54	30	3.6	22	2.6
55-59	34	4.0	24	2.9
60-64	32	3.8	22	2.6
65-mas	37	4.4	30	3.6
TOTAL	833	99.5	819	99.2

**Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEO-UNAM.**

4.5 ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD.

CUADRO 1.

**Tipo de material de construcción de las viviendas
de la comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.**

TECHO	CONCRETO		LAMINA		MADERA		OTROS*		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	111	69.8	42	26.4	3	1.8	3	1.8	159	99.8
PAREDES	TABIQUE		BLOCK		MADERA		CARTON		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	139	87.4	11	6.9	3	1.8	6	3.7	159	99.8
PISO	CEMENTO		MADERA		TIERRA		OTROS**		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	130	81.7	1	0.6	24	15.0	4	2.5	159	99.8

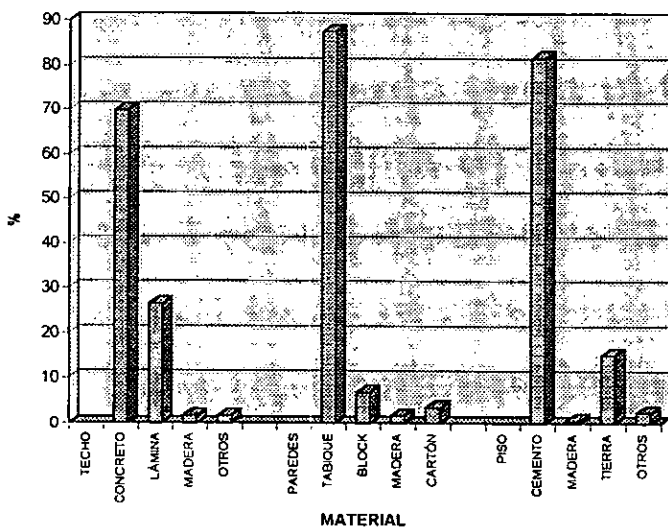
* Teja

** Mosaico

Carton

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM

GRÁFICA No. 1
TIPO DE MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS VIVIENDAS EN LA
COMUNIDAD LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



MATERIAL DE CONSTRUCCION.

En relación a la utilización del material de construcción de las viviendas encontramos que en la mayoría de éstas el concreto, el tabique y el cemento son prioritarios, sin embargo encontramos que también existen algunas viviendas que utilizan la lámina como techo, recordemos que este tipo de material en tiempo de calor es bastante caliente contrario a épocas de frío, lo que quizás contribuya a la aparición de enfermedades sobre todo de tipo respiratorio; por otro lado, también existen otras familias que utilizan el block como material de construcción de paredes, material que es frío y contribuye con la aparición de enfermedades respiratorias y en cuanto al piso de las viviendas, encontramos que existen familias que tienen piso de tierra originando también la aparición de enfermedades gastrointestinales y enfermedades de la piel. Todo esto quizás sea por la falta de recursos económicos para la construcción de viviendas de un sólo material y tengan que utilizar algún otro como apoyo a la vivienda sin medir los riesgos que esto trae para su salud, además de que contribuye a la presencia de accidentes en el hogar.

Fuente: Cuadro 1.

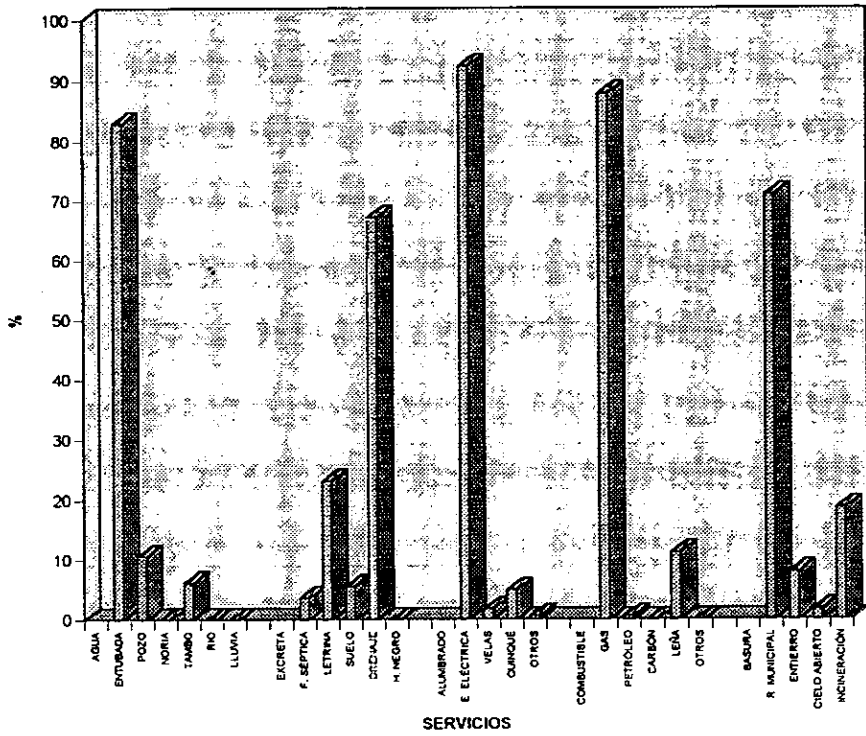
CUADRO 2.

**Servicios Públicos con que cuenta la comunidad
Linda Vista, Zamora. Mich**

AGUA	ENTUBADA		POZO		NORIA		TAMBO		RIO		LLUVIA		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	132	83.0	17	10.6	0	0	10	6.2	0	0	0	0	159	99.8
EXCRETA	F. SEPTICA		LETRINA		SUELO		DRENAJE		H. NEGRO		TOTAL			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
	6	3.7	37	23.2	9	5.6	107	67.2	0	0	159	99.7		
ALUMBRADO	E. ELECTRICA		VELAS		QUINQUE		OTROS		TOTAL					
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%				
	147	92.4	3	1.8	8	5.0	1	0.6	159	99.8				
COMBUSTIBLE	GAS		PETRÓLEO		CARBON		LEÑA		OTROS		TOTAL			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
	140	88.0	1	0.6	0	18	11.3	0	0	159	99.9			
BASURA	RED. MUNICIPAL		ENTIERRO		CIELO ABIERTO		INCINERACION		TOTAL					
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%				
	113	71.0	13	8.1	3	1.8	30	18.8	159	99.7				

**Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM**

GRÁFICA No. 2
SERVICIOS PÚBLICOS CON QUE CUENTAN LAS VIVIENDAS DE LA
COMUNIDAD LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



SERVICIOS DE LA VIVIENDA.

La Comunidad de Linda vista es una comunidad rural dispersa y carente de muchos servicios, sin embargo el cuadro y los resultados nos reflejan que el H.Ayuntamiento se a preocupado por brindar a la población de la comunidad, los servicios mínimos como son: agua, drenaje, alumbrado. etc; con los cuales puedan tener mejor calidad de vida, sin embargo observamos que existen 27 familias con problemas que recurren al pozo y a los tinacos como forma de almacenamiento y consumo de agua, así también encontramos que existen 47 familias con problemas para la eliminación de excretas, algunas de ellas lo hacen a través de la fosa séptica o a través de letrinas de mala construcción, pero lo importante es destacar las 9 familias que excretan al ras del suelo, familias que viven en lo alto de la comunidad y que en tiempo de lluvias las excretas son arrastradas al resto de la comunidad que en tiempo de calor, el mal olor es bastante desagradable siendo todo esto molestia para el resto de los habitantes de la comunidad que viven cerca de estas familias.

Todo esto ocasiona la transmisión de enfermedades sobre todo de tipo parasitario.

En cuanto al alumbrado, lamayoría de las familias es beneficiada con este servicio, sin embargo, todavía existen familias que utilizan velas o quinqué como medio de iluminación. lo que afecta también el estado de salud.

El H.Ayuntamiento se ha preocupado por brindar el servicio de recolección de basura, sin embargo observamos que en la comunidad existen familias que todavía incineran o entierran la basura y no se preocupan por que sea en su totalidad, lo que genera la proliferación de fauna nociva como los roedores, moscas, moscos, etc; es decir, la mala educación de la gente es la ocasiona los problemas de salud existentes en la comunidad.

Fuente: Cuadro 2.

CUADRO 3.

**Cuartos con que cuentan las viviendas de la
comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.**

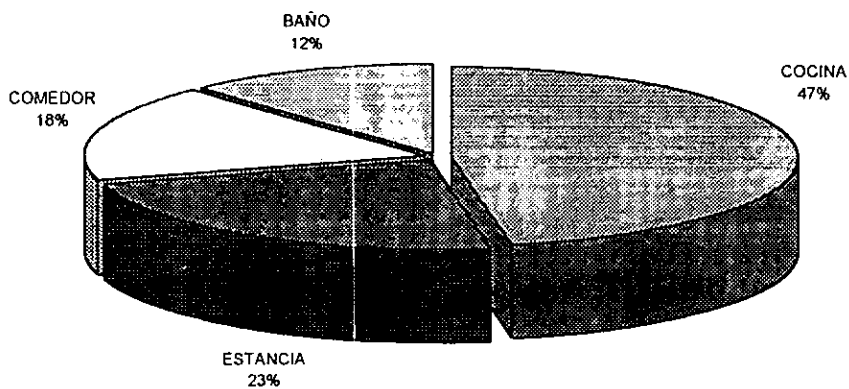
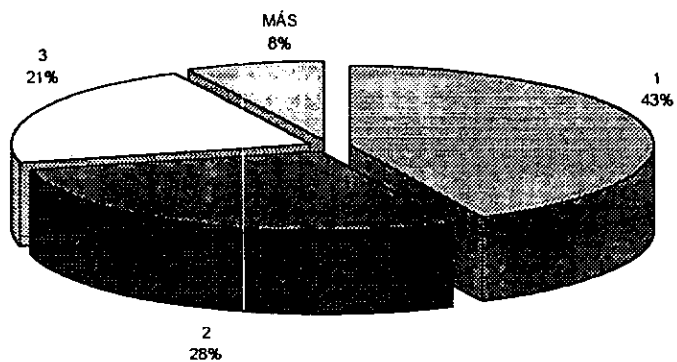
CATEGORIA	1		2		3		MAS		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
DORMITORIOS	68	42.7	45	28.3	34	21.3	12	7.5	159	99.8

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENE0-UNAM.

CATEGORIA	COCINA		ESTANCIA		COMEDOR		BAÑO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	75	47.1	37	23.2	28	17.6	19	11.9	159	99.8

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENE0-UNAM.

GRÁFICA No. 3
CUARTOS CON QUE CUENTAN LAS VIVIENDAS DE LA COMUNIDAD
LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



CUARTOS DE LA VIVIENDA .

(POR FAMILIA)

En cuanto a la distribución de las viviendas encontramos que la mayoría de ellas cuentan con un sólo cuarto, el cual utilizan como dormitorio, estancia, comedor y otras veces es en él donde cocinan los alimentos, lo que quizás hace pensar en la mala higiene de éstos en lo que se refiere a su almacenamiento y preparación. Sin embargo un número considerable cuentan con dos o más cuartos, obteniendo así una mejor distribución de la vivienda.

Otro aspecto importante, son aquéllas familias que cuentan con cocina separada donde se tiene y no siempre una higiene diferente de los alimentos y su preparación, por otro lado encontramos otras viviendas que tienen su estancia y comedor separados de los dormitorios.

Fuente: Cuadro 3.

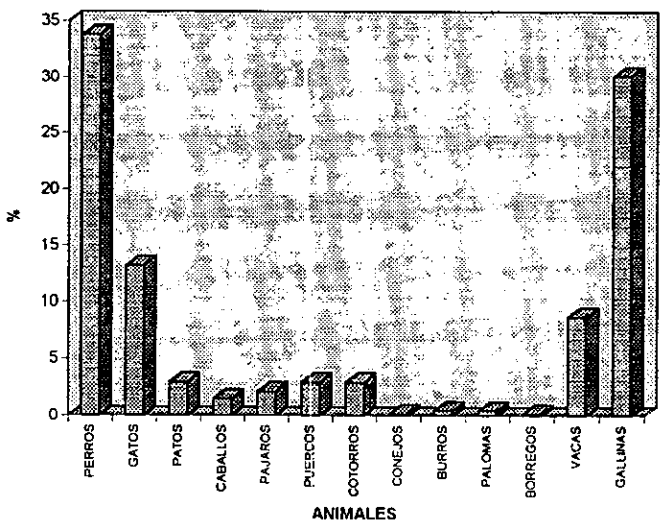
CUADRO 4.

Animales domésticos de las familias de la comunidad
Linda Vista, Zamora. Mich.

CATEGORIAS	FRECUENCIA	%
PERROS	128	33.8
GATOS	50	13.2
PATOS	11	2.9
CABALLOS	6	1.5
PAJAROS	8	2.1
PUERCOS	11	2.9
COTORROS	11	2.9
CONEJOS	1	0.2
BURROS	2	0.5
PALOMAS	2	0.5
BORREGOS	1	0.2
VACAS	33	8.7
GALLINAS	144	30.1
TOTAL	378	99.8

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEO-UNAM.

GRÁFICA No. 4
ANIMALES DOMÉSTICOS DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD
LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



ANIMALES DOMÉSTICOS.

En cuanto a los animales domésticos, se tomarón en cuenta más de una respuesta así tenemos que los perros son la mayoría, con lo que aumenta el nivel de fecalismo al aire libre de estos animales para lo cuál las personas no dan explicación del porqué tienen tantos, encontrando familias que llegarón a tener hasta 4 o 6 perros. Los gatos también llamaron la atención, quizás no tanto por su frecuencia sino por las excusas que la población dió para el número que algunas familias llegarón a tener, que fué de 5 o 6 gatos, pero lo que de verdad preocupa es la convivencia directa con mujeres embarazadas o con menores de cinco años, originando con ello la aparición de enfermedades, así como el habitat dentro de las casas, durmiendo con ellos, etc.

En cuanto a las vacas, son utilizadas para la producción y venta de leche, con lo cuál obtienen recursos para la compra de diferentes productos de consumo diario como son legumbres, golosinas, etc, para complementar así su alimentación.

Algo parecido sucede con las gallinas que reflejan una frecuencia elevada, el consumo de huevo en su dieta lo incluyen como algo necesario en combinación con otros alimentos, pero lo interesante de estos dos últimos indicadores, es que las condiciones en que viven es deficiente lo que favorece también a la aparición de fauna nociva y enfermedades varias.

Fuente: Cuadro 4.

CUADRO 5.

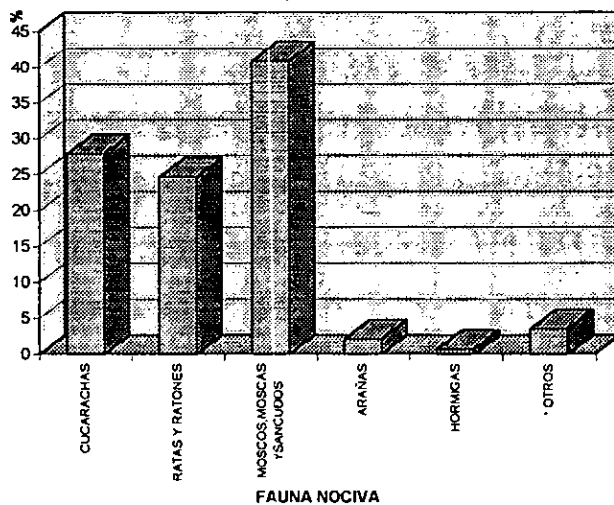
Fauna Nociva encontrada en las familias de la comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.

CATEGORIAS	FRECUENCIA	%
CUCARACHAS	79	27.9
RATAS Y RATONES	70	24.7
MOSCAS, MOSCOS Y SANCUDOS	116	40.9
ARAÑAS	6	2.1
HORMIGAS	2	0.7
*OTROS	10	3.5
TOTAL	283	99.8

* Chinchas, Pulgas, Lagartijas, Alacranes y Garrapatas.

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM.

GRÁFICA No. 5
FAUNA NOCIVA ENCONTRADA EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



FAUNA NOCIVA.

Para el análisis de los resultados de las respuestas en relación a la fauna nociva, se tomaron en cuenta más de una respuesta por ello, nos da un total de 283 de frecuencia y un porcentaje de 99.8, del cuál las moscas y los moscos son los más predominantes en la comunidad estudiada, esto se debe a las condiciones de higiene que en general son deficientes a pesar de contar con los servicios mínimos como agua, drenaje, luz, recolección de basura, etc.

Otro aspecto predominante son las cucarachas y los ratones, fauna que se desarrolla también por los malos hábitos de limpieza de las viviendas, por ejemplo, existe en la comunidad un porcentaje considerable de familias que la basura la incineran o la entierran y no se preocupan por vigilar que sea en su totalidad, generando la proliferación y reproducción de este tipo de fauna nociva.

Otro aspecto que es importante para la población es la aparición de alacranes ya que a pesar de que no es un lugar caliente, proliferen en algunos lugares de la comunidad preocupando a algunas familias que tienen integrantes menores de cinco años.

Fuente: Cuadro 5.

CUADRO 6.

**Número de hijos con que cuentan las familias de la
- comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.**

CATEGORIA	1 - 3		4 - 7		8 - 10		11 - 15		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	86	54.0	63	39.6	9	5.6	1	0.6	159	99.8

**Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM.**

CUADRO 7.

**Estado civil de las familias de la comunidad
Linda Vista, Zamora. Mich.**

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
CASADO	134	84.2
UNION LIBRE	10	6.2
DIVORCIADO	2	1.2
VIUDO	3	1.8
SOLTERO	6	3.7
NO CONTESTO	4	2.5
TOTAL	159	99.6

**Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM.**

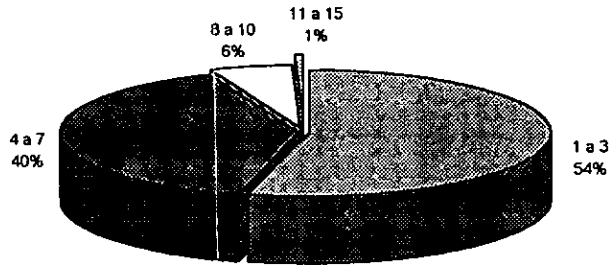
CUADRO 8.

**Jefes de familia según su sexo de la comunidad
Linda Vista, Zamora. Mich**

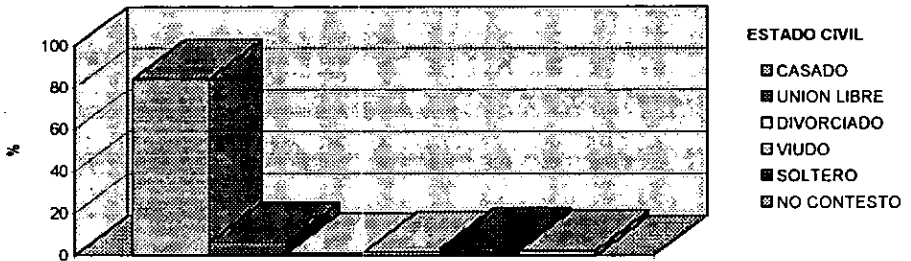
CATEGORIA	FRECUENCIA	%
MASCULINO	134	84.2
FEMENINO	25	15.7
TOTAL	159	99.9

**Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM.**

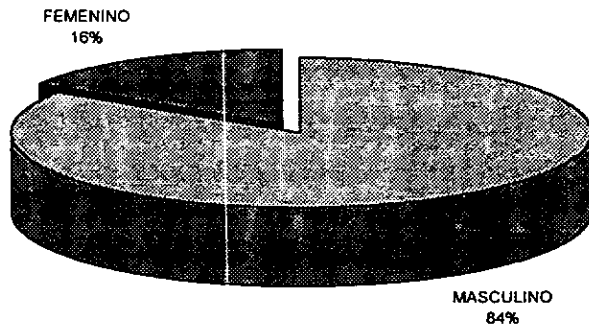
GRÁFICA No. 6
NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD LINDA VISTA,
ZAMORA MICH.



GRÁFICA No. 7
ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD LINDA VISTA,
ZAMORA MICH.



GRÁFICA No. 8
JEFES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD LINDA VISTA SEGÚN SU SEXO



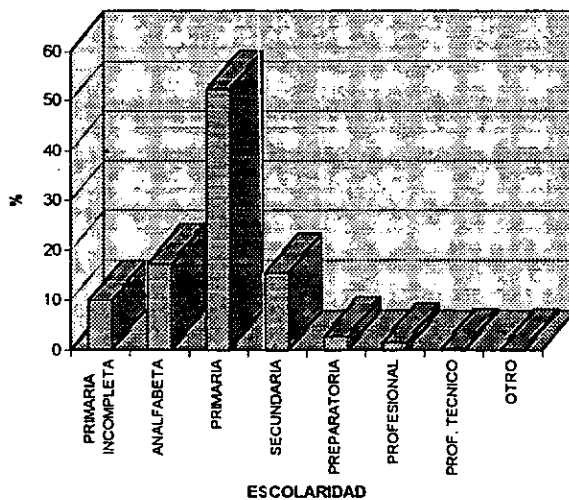
CUADRO 9.

Escolaridad de la población mayor de 15 años de la
comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.

CATEGORIAS	FRECUENCIA	%
PRIMARIA INCOMPLETA	83	9.9
ANALFABETA	145	17.3
PRIMARIA	436	52.2
SECUNDARIA	130	15.5
PREPARATORIA	23	2.7
PROFESIONAL	13	1.5
PROF. TECNICO	3	0.3
OTRO	2	0.2
TOTAL	835	99.6

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENE0-UNAM.

GRÁFICA No. 9
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS DE LA
COMUNIDAD LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



ESCOLARIDAD.

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a la escolaridad de los habitantes de la comunidad, nos podemos dar cuenta que existe un alto índice de analfabetismo en la población mayor de 15 años, esto es originado por que la comunidad no ofrece muchas oportunidades de estudio, pues solamente cuenta con un jardín de niños, una primaria, y una telesecundaria, todas ellas de un sólo turno que aveces es irregular, siendo esto quizás, la causa de que en su mayoría, la población mayor de 15 años cuente solamente con estudios de primaria o secundaria completas, originando con ello la falta de interés por continuar con estudios de bachillerato que como observamos tiene un porcentaje mínimo, además de que también la falta de recursos económicos y la distancia que tienen que recorrer en busca de otras oportunidades de escuela puedan ser motivo de falta de interés y sólo quedarse con estos estudios.

Fuente: Cuadro 9.

CUADRO 10.

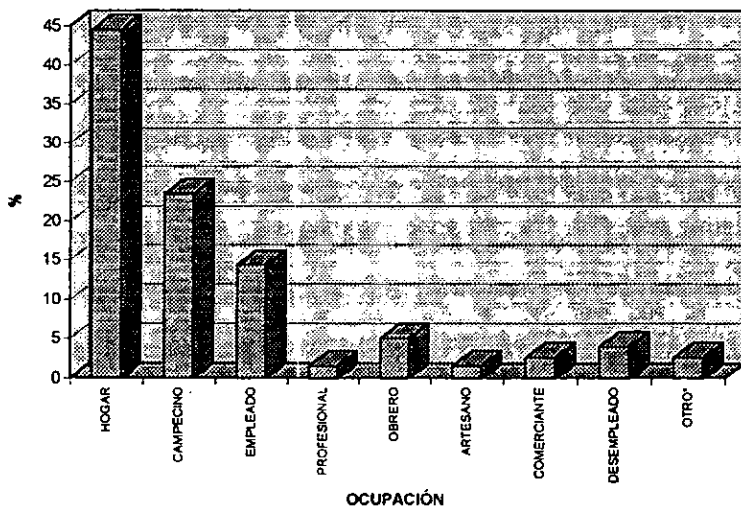
Ocupación de la población mayor de 15 años
de la comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.

CATEGORIAS	FRECUENCIA	%
HOGAR	372	44.5
CAMPECINO	196	23.4
EMPLEADO	120	14.3
PROFESIONAL	13	1.5
OBRERO	42	5.0
ARTESANO	14	1.6
COMERCIANTE	22	2.6
DESEMPLEADO	34	4.0
*OTRO	22	2.6
TOTAL	835	99.6

* Jardinero, Albañil, Velador y Mecánico

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEO-UNAM.

GRÁFICA No. 10
OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS DE LA COMUNIDAD
LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



OCUPACIÓN.

En cuanto a la ocupación de la población, la comunidad no ofrece muchas oportunidades de empleo, siendo la actividad de campecino la más precitada por población mayor de 15 años. En ésta actividad es importante mencionar que las jornadas para las que son empleados son muy cortas y varían de 4 a 6 horas al día o hasta menos, lo que genera un pago mínimo, por lo que algunas personas tienen que realizar alguna otra actividad.

También observamos que un número considerable de población es empleada, la cuál tiene que desplazarse hacia la ciudad de Zamora a las diferentes empresas congeladoras de frutas, dónde trabajan como empacadores de frutas como fresa y otros productos, lo que genera más gastos en el pago de transporte para desplazarse hacia estos lugares.

Un aspecto bastante llamativo durante la realización de las encuestas, es que debido a que son muy pocos los hombres que tienen un trabajo fijo y un horario determinado, algunos se encuentran realizando actividades en el hogar y/o labores domésticas con las mujeres, por lo que algunos contestaron que la actividad u ocupación fuera el hogar, lo que incrementa el porcentaje en este indicador.

Fuente: Cuadro 10.

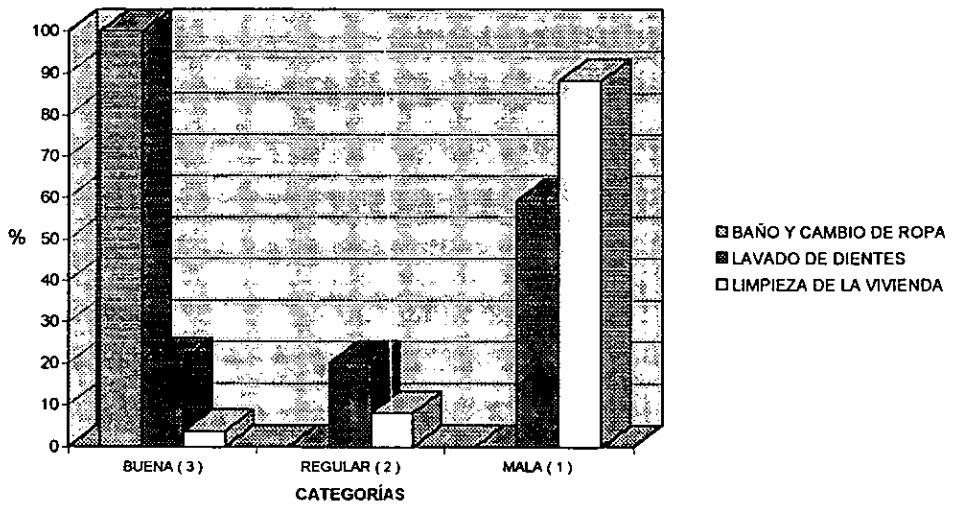
CUADRO 11.

**Hábitos higiénicos de las familias de la comunidad
Linda Vista, Zamora. Mich**

CATEGORIA	BUENA (3)		REGULAR (2)		MALA (1)		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
BAÑO Y CAMBIO DE ROPA	159	100	0	0	0	0	159	100
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
LAVADO DE DIENTES	133	20.7	32	20.1	94	59.2	159	100
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
LIMPIEZA DE LA VIVIENDA	6	3.7	13	8.1	140	88.2	159	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENE0-UNAM.

GRÁFICA No. 11
HÁBITOS HIGIÉNICOS DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD LINDA VISTA,
ZAMORA MICH.



HIGIENE FAMILIAR.

A pesar de que H. Ayuntamiento brinda a la población de la comunidad los servicios mínimos como: agua, drenaje, luz eléctrica, etc; los habitantes no los aprovechan.

De acuerdo a las encuestas realizada, la mayoría de las familias realizan el cambio de ropa y el baño 3 veces a la semana, talvés por el trabajo de campo que desempeñan la mayoría de la población, sin embargo 94 familias ecuestadas realizan 1 vez a la semana el lavado de dientes, lo cuál se ve reflejado ne le problema de caries dental o la pérdida de piezas dentales a temprana edad en los adultos, pero en su mayoría los menores son los que presentan caries dental.

En cuanto a la limpieza de la vivienda, la mayoría de las familias encuestadas lo realizan 1 vez a la semana lo que indica que existe una mala higiene contribuyendo a la aparición y permanencia de fauna nociva.

Como se puede observar, los habitantes de la comunidad presentan malos hábitos higiénicos que repercuten en su estado de salud, acentuándose los problemas de enfermedades de tipo infeccioso.

Fuente: Cuadro 11.

CUADRO 12.

Hábitos alimenticios de las familias de la comunidad
Linda Vista, Zamora. Mich.

ALIMENTOS	DIAS DE LA SEMANA																					TOTAL			
	1			2			3			4			5			6			7			Fo	%		
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	
CARNE	65	40.8	38	23.8	33	20.7	7	4.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	143	89.7	
LECHE	7	4.4	8	5.0	10	6.2	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103	64.7	129	80.9			
HUEVO	27	16.9	28	17.6	28	17.6	2	1.2	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	43	27.0	130	81.5					
PESCADO	36	22.6	9	5.6	3	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	30	
FRUTAS	19	11.9	16	10.0	15	9.4	9	5.6	7	4.4	4	2.5	64	40.2	134	84									
VERDURAS	15	9.4	16	10.0	19	11.9	5	3.1	7	4.4	0	0	59	37.1	121	75.9									
PAN	6	3.7	17	10.6	13	8.1	6	3.7	4	2.5	2	1.2	75	47.1	123	76.9									
TORTILLAS	1	0.6	0	0	0	0	1	0.6	1	0.6	1	0.6	0	0	138	86.7	141	88.5							
LEGUMBRES	4	2.5	13	8.1	12	7.5	5	3.1	6	3.7	1	0.6	112	70.4	153	95.9									
GOLOSINAS	17	10.6	20	12.5	17	10.6	1	0.6	6	3.7	6	3.7	48	30.1	115	71.8									
TOTAL	197	123.4	165	103.2	150	93.8	37	22.9	32	19.9	14	8.6	642	403.3											

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEQ-UNAM.

CUADRO 13.

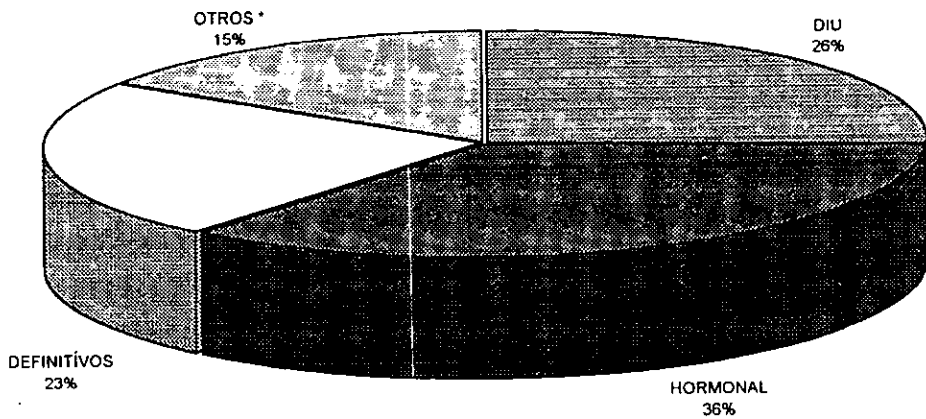
Panificación Familiar de mujeres en edad fértil
de la comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.

CATEGORIA	FRECUENCIA	%
DIU	107	25.9
HORMONAL	147	35.5
DEFINITIVOS	95	23.0
OTROS*	64	15.4
TOTAL	413	99.8

* Coito interrumpido, Tradicionales, Preservativo, Calendario, etc.

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENEO-UNAM.

GRÁFICA No. 13
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA
COMUNIDAD LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Para la utilización de algún método de planificación familiar en edad fértil, el hormonal es el que predomina, ya sea en su presentación de tabletas o en ampollitas de 1 o 2 meses, método que es proporcionado por la auxiliar de salud de la comunidad a través del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C).

El Dispositivo intrauterino (DIU) es el método utilizado por las mujeres de la comunidad que son derechohabientes de alguna institución oficial y algunas otras instituciones privadas. Ambos métodos refieren las mujeres como los más seguros, sin embargo existen algunas de ellas que utilizan alguno de éstos métodos a escondidas de su esposo, pues es él quién en este tipo de lugares determina cuándo y con qué se cuida su esposa, es así como encontramos también que existen hombres que se niegan a adoptar con su pareja algún método de planificación familiar.

Existen también en gran número, mujeres que recurren a métodos tradicionales como por ejemplo: la ingesta de un vaso de agua con 2 granos de sal antes de tener relaciones sexuales con su pareja, siendo para muchas de ellas muy efectivo, algunas otras recurren al calendario como método y otras optan por el coito interrumpido como método de planificación familiar, aunque también encontramos existen otras mujeres que utilizan el preservativo como método, aunque no muy aceptado por su pareja.

Fuente: Cuadro 13.

CUADRO 14.

**Servicios de Salud que utiliza la población de la
comunidad Linda Vista, Zamora. Mich.**

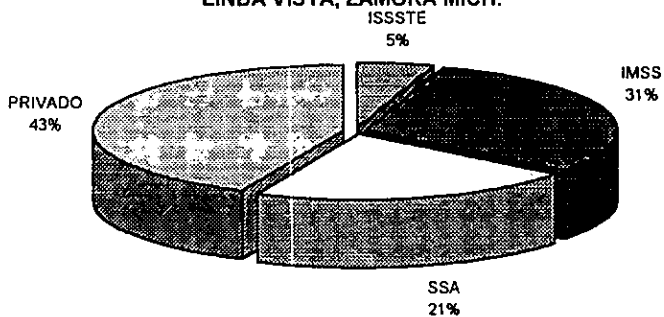
CATEGORIA	ISSSTE		IMSS		SSA		PRIVADO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	6	5.0	36	30.5	25	21.1	51	43.2	118	99.8

TRADICIONALES	PARTERA		CURANDERO		YERBERO		HUESERO		BOTICARIO		OTRO *		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
	0	0	0	0	3	7.3	2	4.8	35	85.3	1	2.4	41	99.8

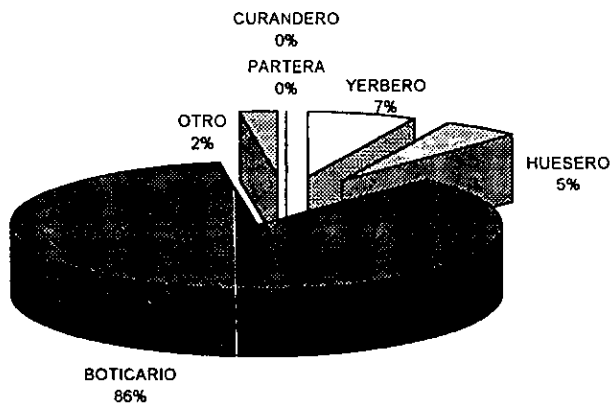
* DIF

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta familiar realizada en 1996.
ENE0-UNAM.

GRÁFICA No. 14
SERVICIOS DE SALUD QUE UTILIZA LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD
LINDA VISTA, ZAMORA MICH.



TRADICIONALES



UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, la comunidad de Linda Vista tiene un difícil acceso a estos servicios. De acuerdo a los resultados obtenidos, observamos que los servicios oficiales como son el : IMSS, ISSSTE, y la propia SSA, son pocas las familias que son derechohabientes a estas instituciones, sin embargo el Sector Privado ocupa un alto porcentaje de la población de la comunidad, lo que genera un gasto mayor en el aspecto económico de las familias. Todo esto es originado por la falta de servicios de salud en la comunidad.

Tras recorrer toda la comunidad, no se encontró algún tipo de servicio de salud por algún profesional de la salud, por lo que un 41% de la población tiene que recurrir a servicios como el yerbero, huesero, pero en su mayoría acuden al boticario más próximo a la comunidad, al cual recurren en busca de alivio para los distintos padecimientos de la población.

Es importante señalar que la comunidad cuenta solamente con una auxiliar de salud que es capacitada por una enfermera supervisora de auxiliares de salud a través del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) de la Secretaría de Salud, capacitación que es insuficiente debido al bajo nivel de estudios con que cuenta dicha auxiliar y las visitas que son aproximadamente cada 15 días, además de que no cuenta con suficiente material y equipo para prestar los servicios de : curaciones, revisión de embarazadas, control del menor de cinco años, planificación familiar, etc.

Fuente: Cuadro 14.

5. CONCLUSIONES .

La situación económica y política de nuestro país, pone de manifiesto que la prioridad nacional en cuanto a salud, es la Atención Primaria de la Salud, que considera tanto a la Atención médica como a la Salud Pública, en la formación de recursos humanos para la salud, esto implica considerar la realidad social en cuanto a las necesidades y problemas de salud de un país, para con ello considerar la formación de profesionales que aborden ésta problemática con la planeación y ejecución de acciones que estén encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población y coadyuvar en el desarrollo de la misma.

La profesión de Enfermería considera la formación de recursos humanos para la salud en diferentes niveles académicos, de ahí que sea interés de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, formar profesionales que tengan la capacidad de identificar la problemática de salud tanto individual como colectiva.

Así tenemos que, la comunidad de Linda Vista es una comunidad rural donde existen grupos marginados que se ven agobiados por los problemas económicos, sociales y culturales que influyen en el estado de salud de la población, por lo que se considera que es en ellos dónde debemos encaminar nuestros mayores esfuerzos y proporcionar servicios de atención con el objetivo de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población.

Por tanto fué mi interés como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia conformar un Diagnóstico de Salud en base a las necesidades que se detectaron tras la recolección de datos obtenidos en la comunidad de Linda Vista, Zamora. Michoacán, que permitan reorientar y reorganizar las estrategias de atención a la salud en las comunidades rurales de población dispersa y de los recursos humanos involucrados en la misma de acuerdo a las necesidades de dicha comunidad en estudio.

La importancia de realizar un estudio de necesidades de salud en el marco del Diagnóstico, es que permite precisar las necesidades desde varios puntos de vista, tanto de daños como de recursos. En este contexto se hace necesaria la participación del profesional de salud que al considerar a la comunidad en una dimensión de participación, coadyuva a la solución de problemas o necesidades.

La Enfermería constituye una profesión tipo para la identificación de problemas de salud comunitarios, en donde su participación se da en diferentes niveles:

- en el diseño del Diagnóstico de Salud dirigido a la detección de necesidades (actividad que es posible realizar en las primeras etapas de formación);
- en el diseño y ejecución de programas de promoción, educación y atención para la salud, considerando la atención primaria y el autocuidado;
- colabora en la evaluación de los programas y servicios de salud para el mejoramiento de estos;
- elabora propuestas de intervención tendientes al cambio; etc.

Queda claro también que el Diagnóstico de salud es sólo un paso que refleja una situación de salud para dar características de una comunidad con sus causas de salud-enfermedad para enfocar un marco referencial global en cuanto a la salud de una población.

Retomando lo anterior, planteamos una propuesta para definir el diagnóstico de salud integral: es la investigación en Salud Pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados.

En síntesis, para la determinación del objeto de estudio del diagnóstico, se deben tomar en cuenta básicamente y en forma interrelacionada criterios territoriales, demográficos, político-administrativos y de organización de los servicios de salud, que garanticen la precisión de la formación diagnóstica y su respuesta programática efectiva.

Por otro lado, la planeación de los servicios de salud, considera como parte importante la determinación de las necesidades de salud de la comunidad o población dada, que permita considerar un panorama más amplio de las expectativas de la población, ya que al considerar nuestro diagnóstico de salud bajo el enfoque de necesidades, permite un acercamiento más real a los diversos sectores de la población que requiere atención en las necesidades más elementales.

Por tanto la determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud, requiere también un análisis de los servicios de salud y de los recursos disponibles; es decir, el análisis de la situación actual permite estimar necesidades, no sólo de salud, sino también de servicios y recursos.

Como ya se mencionó, hay sectores de la población cuya situación es tan crítica, que demandan los esfuerzos más inmediatos, tal es el caso de la comunidad Linda Vista donde encontramos:

- existencia de varios problemas de saneamiento básico en la comunidad;
- desconocimiento en la población de medidas preventivas, de higiene personal y de los programas del Servicio Nacional de Salud;
- la necesidad de establecer coordinación con otras instituciones asistenciales, relacionadas de alguna forma con la salud de la población;
- la necesidad de obtener la colaboración de la comunidad para la aplicación de los programas de salud;
- la necesidad de orientar a los grupos hacia la participación activa en la solución de los problemas colectivos de salud, etc.

Por otro lado encontramos que la gente está sumida en la pobreza, la ignorancia y las enfermedades, en medio de una región altamente fértil, dónde se cuestiona la razón de la injusticia social, dado que la pobreza sigue siendo la causa principal de enfermedad en la actualidad.

Concluyendo la comunidad de Linda Vista es una comunidad rural dónde existen grupos marginados que se ven agobiados por los problemas económicos, sociales y culturales que influyen en el estado de salud de la población, por lo que se considera que es en ellos donde debemos encaminar nuestro mayor esfuerzo y proporcionar servicios de atención con el objeto de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población.

Finalmente quiero mencionar que tengo la firme convicción de que el servicio social en el área rural, brinda experiencias de aprendizaje que facilitan una consolidación de los conocimientos adquiridos durante la preparación académica, así como nos permite involucrarnos y conocer la realidad de los aspectos de salud del área rural de nuestro país.

6. SUGERENCIAS .

- La planeación de la atención debe vincularse con la realidad.
- Recuperar la capacidad de la comunidad para resolver sus problemas de salud.
- Una estrategia sería reunir fondos a través de una serie de actividades tales como: contribuciones de los mismos grupos, cuotas voluntarias, aportes voluntarios, contribuciones directas de instituciones, industriales y comercios, colectas, etc, y con ello tener un financiamiento para diversos proyectos de saneamiento de la comunidad.
- Se requiere de un trabajo en equipo por lo que se sugiere que la toma de decisiones sea en común acuerdo con la comunidad.
- Se requiere de la capacitación en diferentes niveles de complejidad cuidando el potencial del personal con que se cuenta.
- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia de acuerdo a su formación pueden desarrollar las siguientes actividades:
 - contribuir a la interpretación de las necesidades educacionales de una comunidad, sugiriendo la utilización de diversos medios que permitan conocer qué sabe la población sobre salud, cuáles son sus necesidades reales y qué intereses y creencias orientan su conducta.
 - promover la planificación de actividades educativas como parte de un plan de salud dirigido a la comunidad.
 - orientar y dirigir campañas destinadas a motivar a la comunidad a la solución de problemas inmediatos.
 - coordinar las acciones educativas que realizan los diferentes miembros del equipo a través de programas específicos.
 - asesorar al equipo en la selección y utilización de los medios de comunicación y de acercamiento educativo más adecuados para la comunidad, considerando su nivel educativo, sus centros de interés, sus creencias y costumbres.
 - contribuye a través de técnicas propias al acercamiento del servicio con la comunidad, interpretando ante ésta sus necesidades de salud y la finalidad de los servicios de salud en relación a ella.

- presta atención directa a la población para contribuir al mejoramiento del estado de salud y fomento del auto cuidado.
- desarrolla diferentes estrategias de atención.

ANEXOS .

CRONOGRAMA DE TRABAJO.

El presente cronograma pretende dar a conocer las actividades a realizar en las diferentes etapas de investigación en tiempos específicos mediante una gráfica de Gantt.

ACTIVIDADES	1996 OCT	1996 NOV	1996 DIC	1997 ENE	1997 FEB	1997 MAR	1997 ABR	1997 MAY	1997 JUN	1997 JUL	1997 AGO	1997 SEP	1997 OCT
ELABORACION DEL DISEÑO DE INV.													
ELABORACION DEL INST. DE INVESTIGACION.													
APLICACION DEL INST. DE INVESTIGACION													
DESARROLLO DE LOS MARCOS													
PROCESO ESTADISTICO													
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS													
PLANTEAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.													

GUIA PARA LA CAPTURA DE DATOS SOCIO-HISTÓRICOS DE LA COMUNIDAD.

La fecha de fundación de la comunidad y grupos fundadores nos dan el antecedente a determinar su influencia a las siguientes sociedades para llegar a la actual, estas para subsistir han realizado diversas actividades, de ahí que se lleve a cabo el comercio, la industria y otras funciones, que darán la pauta a la economía de la comunidad. Si bién es cierto, los aspectos de religión y política, están basados en costumbres y tradiciones que repercuten no sólo socialmente, sino en aspectos de salud, nivel de vida, estructura y dinámica familiar.

Fecha de fundación de la comunidad.

Grupos fundadores.

Tipo de organización de sociedades.

Lenguas indígenas existentes.

Religión dominante y religiones practicadas.

Modo de producción (actividades económicas de subsistencia).

Atención a la salud predominante históricamente.

Servicios públicos (fundación de los mismos), comercios.

Costumbres, creencias (fiestas).

Antecedentes de algún estudio de la comunidad.

FUENTE DE RECOLECCION DE DATOS INDIRECTA ATRAVÉS DE ORGANISMOS : INEGI, IFE, DELEGACION POLÍTICA, ETC.

GUIA PARA LA CAPTURA DE DATOS DEMOGRÁFICOS .

Los datos demográficos de la comunidad nos dan una idea general del nivel de vida predominante, así como de las necesidades de la familia según el número de integrantes de las mismas sin olvidar que en México el indicador está entre 4 y 5 integrantes de la familia. Las variables de sexo y edad van muy ligadas con respecto a los problemas de salud encontrados en nuestro país.

Por otro lado conocer la tasa de natalidad y mortalidad nos ayudará para saber dirigir nuestros programas de educación para la salud en un futuro.

Los datos que deben conocerse se describen a continuación.

Tipo de población

- a) urbana
- b) suburbana
- c) rural

Formas de asentamiento

- a) permanente
- b) temporal

Migración e inmigración

Población por grupos de edad y sexo (colocar gráfica por edad y sexo si se encuentra)

Índice de natalidad general y / o por Delegación

Población económicamente activa

Analfabetismo

Escolaridad (general y/o por delegación)

FUENTE DE RECOLECCION DE DATOS INDIRECTA ATRAVÉS DE ORGANISMOS : INEGI, IFE, DELEGACION POLÍTICA, ETC.

GUIA PARA LA CAPTURA DE DATOS GEOGRÁFICOS DE LA COMUNIDAD.

Los aspectos geográficos nos ubican en la zona dentro de una ciudad con sus orientaciones y colindancias. Es conveniente conocer la altitud a nivel del mar, clima, hidrografía, zonas sísmicas, y otras características del suelo (humedad, salitre, arenoso, etc), que son determinantes en algunas afecciones del estado de salud, así como determinan el nivel de vida y el modo de producción de la misma. De igual manera la flora y la fauna son determinantes para el conocimiento de la comunidad.

Ubicación (colindancia y orientación física).

Clima (variaciones del año).

Altitud.

Hidrografía.

Tipo y características del suelo.

Suelo para el cultivo.

Tipo de flora predominante.

Tipo de fauna predominante.

FUENTE DE RECOLECCION DE DATOS INDIRECTA ATRAVÉS DE ORGANISMOS : INEGI, IFE, DELEGACION POLÍTICA, ETC.

GUIA PARA LA CAPTURA DE DAÑOS A LA SALUD .

Los daños a la salud son múltiples , pero para este estudio se van a considerar solamente los datos de morbilidad para fines de nuestro diagnóstico de necesidades, estos se pueden obtener en forma general por grupos de edad y por causas, se recomienda obtener datos hasta de 5 años atrás, a la fecha.

Morbilidad

- general
- por edad
- las 10 principales causas

- Transmisibles

- no transmisibles

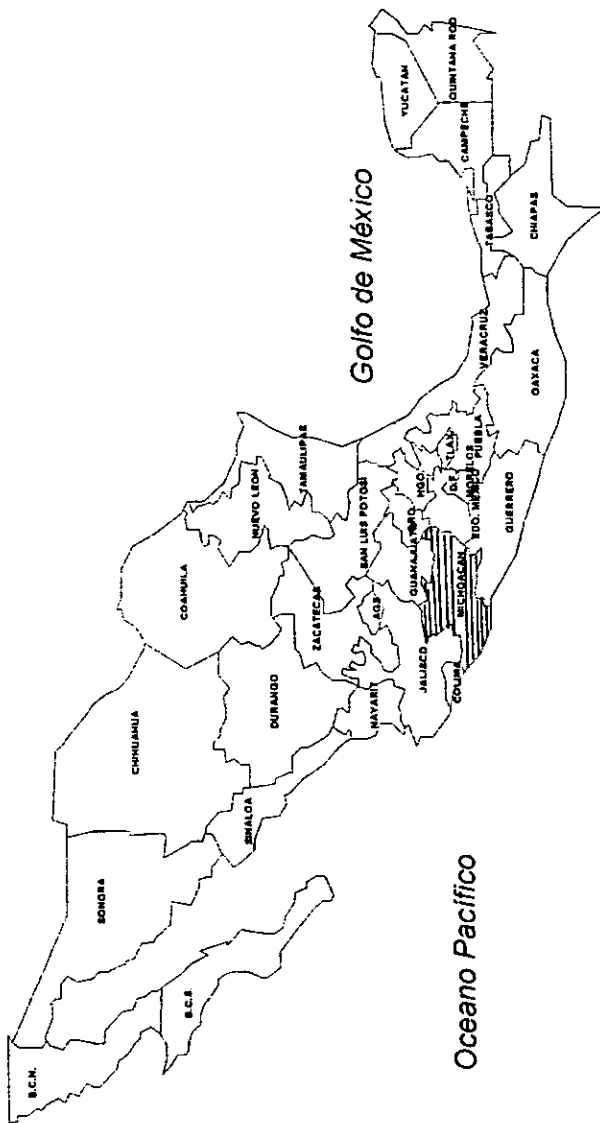
- accidentes

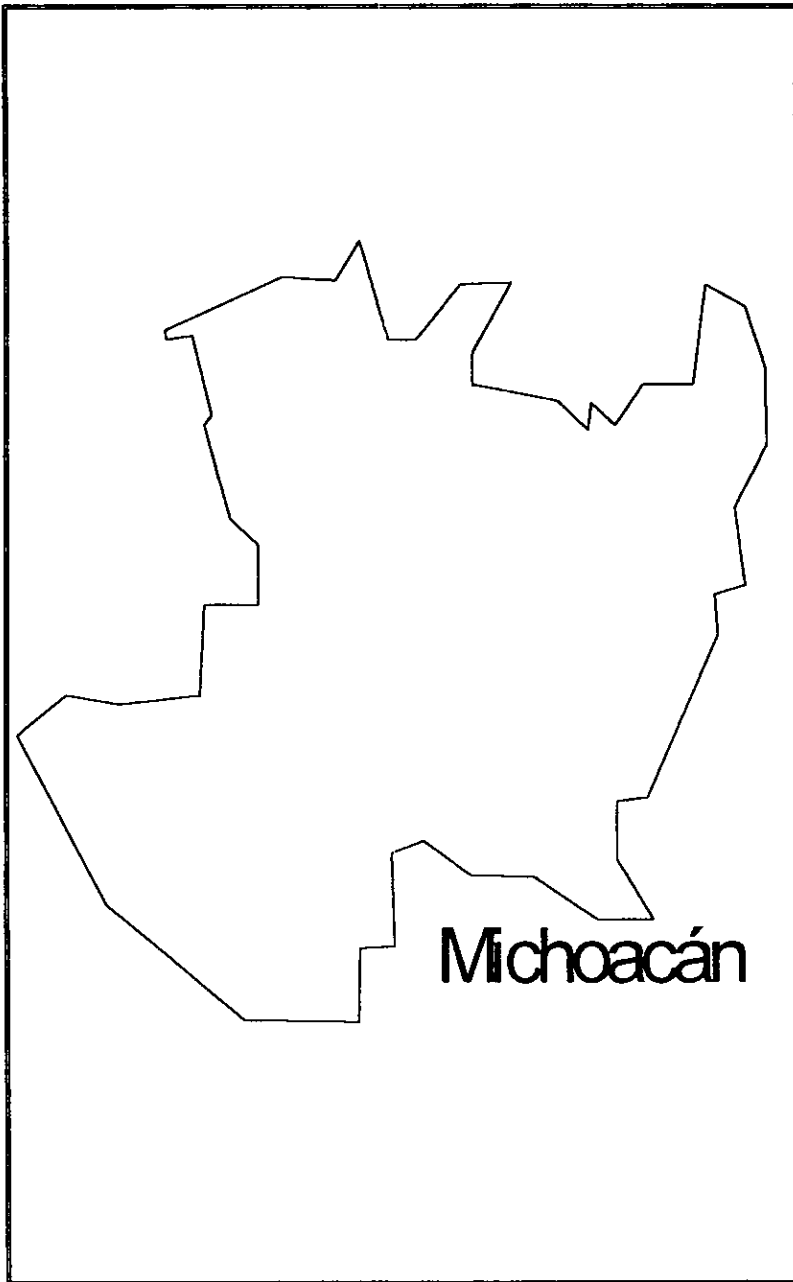
Mortalidad

- general
- por edad
- las 10 principales causas de defunción

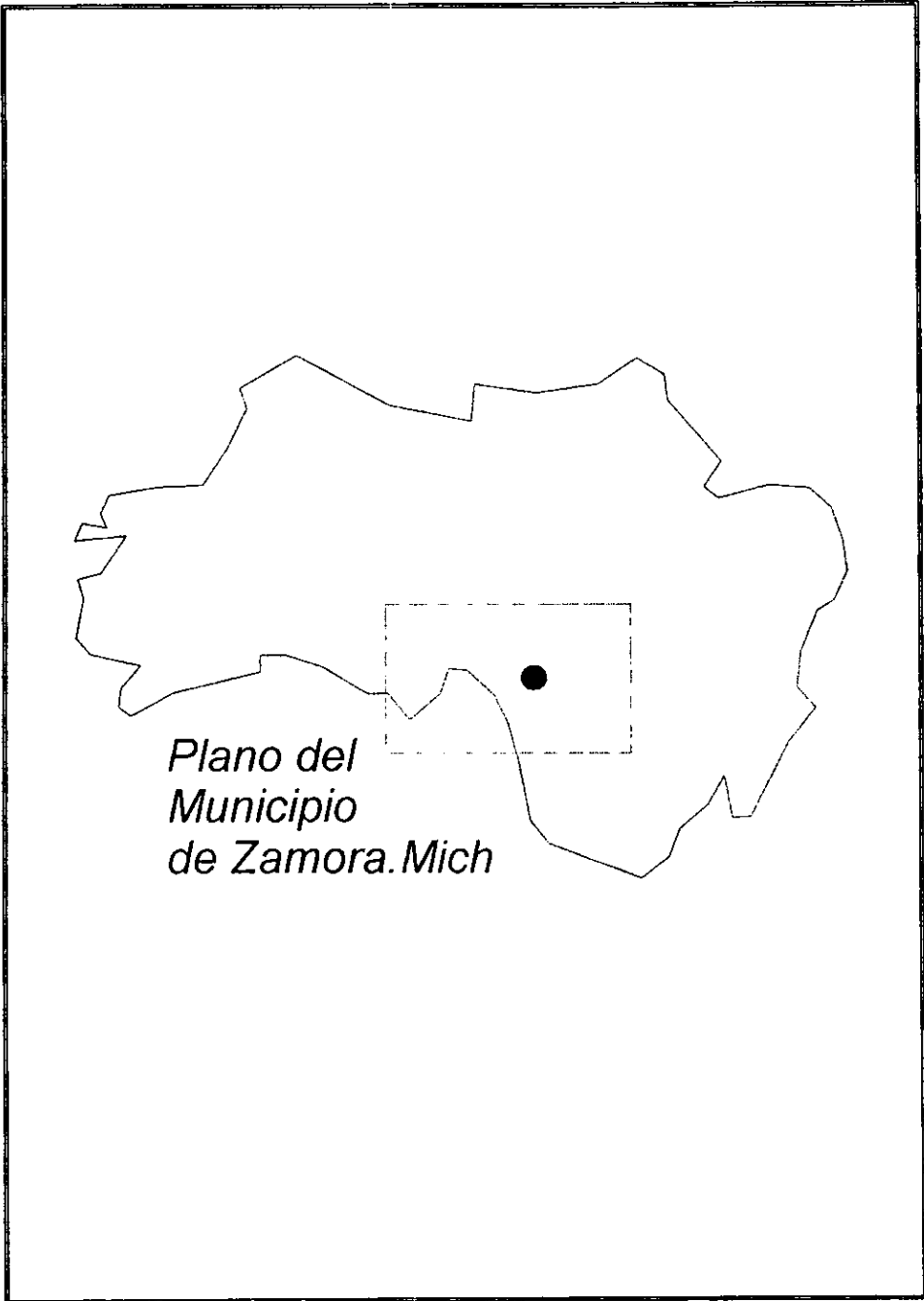
LA FUENTE PARA LA CAPTURA DE ESTOS DATOS DEBERÁ HACERSE POR FUENTE INDIRECTA EN INEGI, DELEGACIÓN POLÍTICA Y EN ALGUNAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LA MISMA.

Estados Unidos Mexicanos



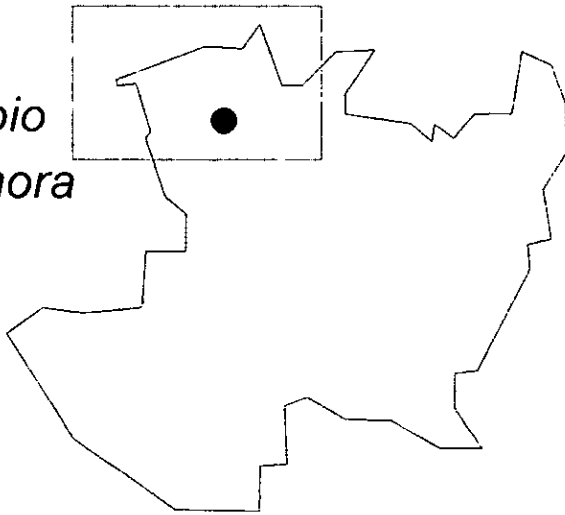


Michoacán

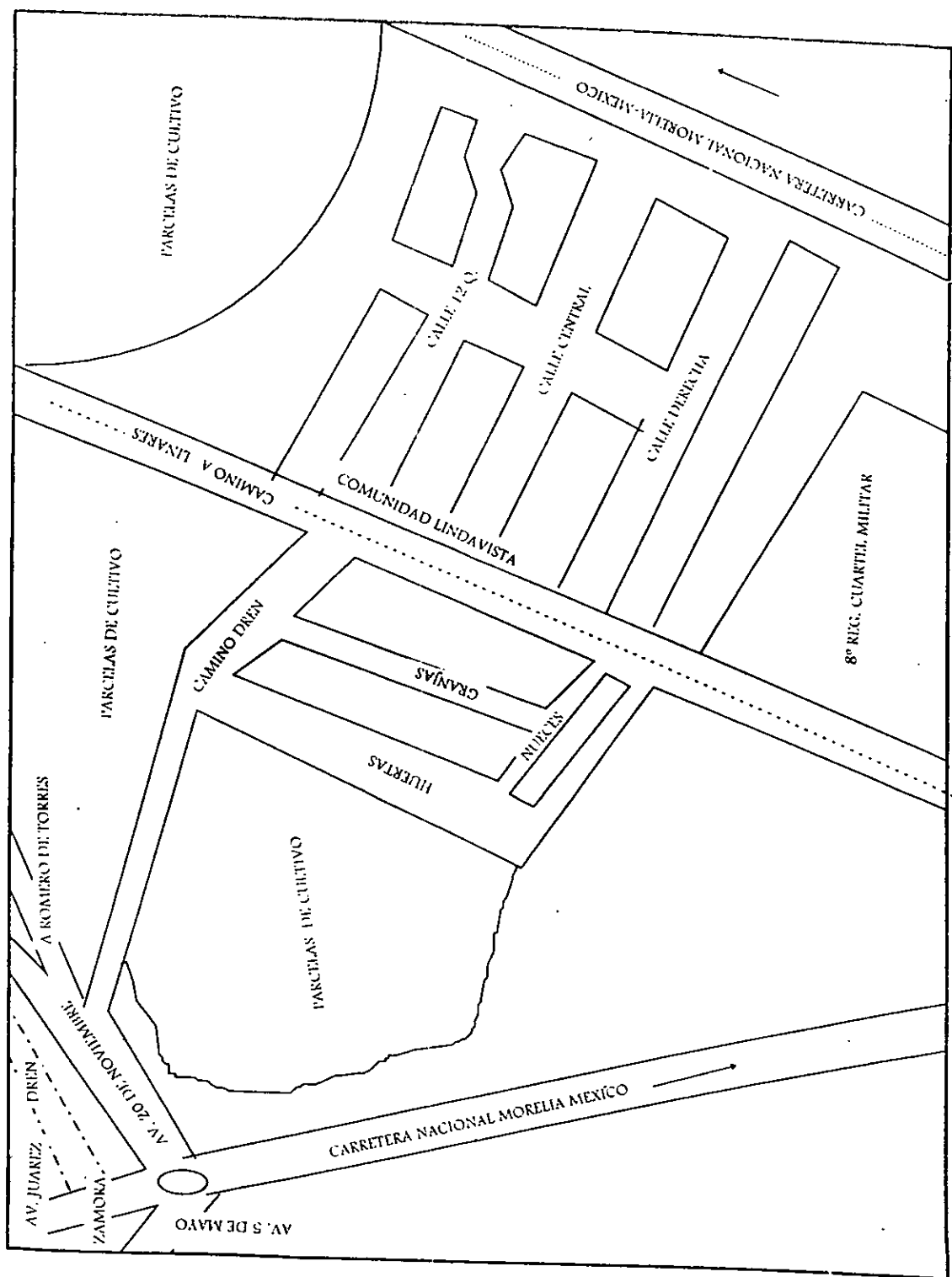


*Plano del
Municipio
de Zamora.Mich*

*Municipio
de Zamora*



COMUNIDAD LINDAVISTA



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .

1. OCHOA MORENO, J. Et.al. Metodología del Diagnóstico de Salud, p.256
2. Determinación de Necesidades, p.45
3. Ibidem p.45
4. Ibidem p.45
5. Ibidem p.45
6. Ibidem p.46
7. Ibidem p.47
8. ROJAS SORIANO, Raúl Capitalismo y Enfermedad, p.17
9. FERRARA, A. Floreal et.al. Medicina de la comunidad, p. 40-44
10. HERNAN, San Martín et.al. Salud Comunitaria, p. 47
11. FERRARA, A. Floreal et.al. Medicina de la comunidad, p. 49
12. HERNAN, San Martín et.al. Salud Comunitaria, p. 50
13. BIESANZ Y BIESANZ
14. HERNAN, San Martín et.al. Salud Comunitaria, p. 55
15. ROSENDO ESCALANTE. p. 63
16. Ibidem. p. 63-64
17. HERNAN, San Martín et.al Salud-Enfermedad, p. 724
18. COPLAMAR. Necesidades Esenciales, p.9
19. KROEGER, Axel. et.al. Atención Primaria de Salud. p.136

BIBLIOGRAFIA .

1. ALARCON, Jorge, et al. Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a los Servicios de Salud (TLEA). 2a.ed. Ed. Limas, (s.e.), 1991. 149p.
2. ALVAREZ, Jesús. Prontuario Zamorano. Ed.Colegio de Michoacán, 3a.ed. México, 1989. 134p.
3. BALSEIRO, Almarío Lasty. Investigación en Enfermería. México, Ed.Prado,1991. 211p.
4. CERDA, Enrique. Una Psicología de Hoy. Ed.Herder.12ava.ed.Barcelona 1980. 669p.
5. CLAY, Lingren Henry.Introducción a la Psicología Social. Ed.Trillas, México, 1980. 229p.
6. COLIMON, Kahl-Martín. Fundamentos de Epidemiología. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1990. 339p.
7. COPLAMAR. Necesidades Esenciales en México. Situación y Perspectivas del año 200. Tomo 4. Ed.Siglo XXI, México. 1989. 452p.
8. DAUSON-SAUNDERS, B. Y Trapp Roberth G. Bioestadística. 2a.ed. México, Ed.Manual Moderno. 1994. 403p.
9. ENEO-UNAM. Antología. Atención de la Salud en México. México,1992. 280p.
- 10.ELLEN, Archer Sarah et al. Enfermería de Salud Comunitaria. Ed.Organización Panamericana de la Salud. OMS, 2a.ed. 1982. 591p.
- 11.ELY, Chinoy. La Sociedad. Una Introducción a la Sociología. Ed.Fondo de Cultura Económica. 15ava.ed. México.1987. 423p.
- 12.ESCALANTE, Forton R. Investigación, Organización y Desarrollo de la comunidad. Ed.Oasis. 9a.ed. México
- 13.FERRARA, A. Floreal et.al. Medicina de la Comunidad. Ed.Buenos Aires.Buenos Aires. 1976. 478p.
- 14.FOX, J. P. et.al. Epidemiología. El Hombre y la Enfermedad. México, Ed.La Prensa Médica Mexicana, 1975. 371p.
- 15.FREEMAN, B. Ruth. Enfermería Sanitaria. Ed.Interamericana. 1a.ed. México, 1976. 340p.
- 16.FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD. El Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud. México, 1994. 96p.
- 17.GARCIA, Pérez Andrés. Elementos del Método Estadístico. Texto Universitario, México 1972.
- 18.GOMEZJARA, Francisco. et.al. Salud Comunitaria. Ed.Porrúa. México, 1989 739p.

19. GONZALEZ, Luis. Zamora Michoacán. Historia. Ed.Colegio Michoacano. 2a.ed. 1984 478p.
20. GONZALEZ, Luis. Zamora. Ed.Colegio Michoacano. 3a.ed. 1984.324p.
21. GREENBERG, R. S. et.al. Epidemiología Médica. México. Ed.Manual Moderno. 1995. 212p.
22. HERNAN, San Martín. Salud Comunitaria: Teoría y Práctica. Ed.Prensa Médica Mexicana, 6a.ed. México 1984. 893p.
23. HERNAN; San Martín. Salud y Enfermedad. Ed.Prensa Médica Mexicana, 4a.ed. México, 1984. 893p.
24. INEGI. Estadísticas Municipales. Municipio de Zamora Michoacán. México. 1996.235p.
25. INEGI. Anuario Estadístico del Estado de Michoacán. México. 1996.
26. INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO. Subdirección de Enseñanza e Investigación. Manual para la Elaboración de Protocolos de Investigación. Edo.México. 32p.
27. KROEGER, Axel y Luna R. Atención Primaria de Salud. Ed.Pax 2a.ed.México 1992. 639p.
28. LANDRES, J. H. Nociones Prácticas de Epidemiología. Ed.Prensa Médica Mexicana, 7a.reimpresión. México 1983. 68p.
29. LAURELL, Asa Cristina. La Salud-Enfermedad como Proceso Social. Revista Latinamericana de salud, Núm.2, México. Ed.Nueva Imagen, 1982. 7-25p. I.N.S.P.
30. LOPEZ, Luna Ma.Concepción. Enfermería Sanitaria. Ed.Interamericana, 1a.ed. México 1987. 237p.
31. LOPEZ Nava, Andrés. Sociología. Ed.Porrúa. México 1989. 150p.
32. MORENO Altamirano, Laura. et.al. Factores de Riesgo en la Comunidad. Ed.UNAM. México1991. 306p.
33. MORTON, Hebert Mc Carter. Bioestadística y Epidemiología. 3a.ed. Ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 1993. 184p.
34. MUÑOZ, López Leonardo. Monografía Municipal. México, 1968.
35. OCHOA Moreno, J. et.al. Marco Conceptual del Diagnóstico de Salud. Metodología del Diagnóstico de Salud integral. México, INSP/ESPM. 1989
36. PAT, Thurton. et.al. Enfermería Comunitaria. Ed.Limusa, 1a.ed. México 1992, 180p.
37. PINEAULT, Raynauld. La Planificanci3n Sanitaria. Conceptos, Métodos y Estratégias. España Mason, S.A.
38. POLIT, Denissey Hungler, P. Benadette. Investigaci3n Científica en Ciencias de la Salud. 3a.ed. Tr.del Dr. Carlos Casacuberta Zaffaroni, Lic. Guillermo Feher. México, Ed.Interamericana, 1991. 563p.

- 39.**RESENDIZ, A. Salvador. Michoacán y sus municipios. Ed.Maquiladora Periodística, 2a.ed. 1991.207p.
- 40.**ROJAS, Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Ed.Plaza y Vales, 4a.ed. México 1988. 299p.
- 41.**SECRETARIA DE SALUD. Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo, Dirección General de Enseñanza. Módulo de Atención Programada, Metodología para la Programación de la Atención a la salud a través del enfoque de riesgo. México, Noviembre 1988. 11p.
- 42.**SECRETARIA DE SALUD. Módulo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA). México, 1995. 44p.
- 43.**TESTA, Mario. Pensamiento Estratégico y Lógica de programación. Colecciones Salud Colectiva. Argentina, Ed.Lugar, 1995. 295p.
- 44.**TURABIAN, José Luis. Apuntes, Esquemas y Ejemplos de participación comunitaria en Salud. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1992. 235p.
- 45.**WAYNE, W. Daniel. Bioestadística. 3a.ed. México, Ed.Noriega Editores, 1997. 878p.
- 46.**WERNER, David y Bower, Bill. Aprendiendo a promover la Salud. Ed.Centro de estudios AC. México, 1987. 672p.
- 47.**ZAVALA Grisi, Luz Elena. Salud de la Comunidad. Conceptos y Evaluación. Ed.Limusa, México 1989. 150p.