



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**

**ESTUDIO PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO  
QUE CAUSAN DAÑOS A LA SALUD EN LA COMUNIDAD  
DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR",  
DELEGACION TLALPAN, MEXICO, DISTRITO FEDERAL**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A N :**

**PATRICIA MARCOS ESPINOZA  
MARIA EUGENIA ALVIRDE OLMOS  
MARIA DE JESUS ALDANA CRUZ**

**DIRECTORA DE TRABAJO**

**LIC. EN ENF. CAROLINA SOLIS GUZMÁN**

**MEXICO, JULIO DEL 2000**

282410





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

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

**TESIS**


**ESTUDIO PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO QUE  
CAUSAN DAÑOS A LA SALUD EN LA COMUNIDAD DE LA  
COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR",  
DELEGACIÓN TLALPAN, MÉXICO, DISTRITO FEDERAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**PATRICIA MARCOS ESPINOZA  
MARIA EUGENIA ALVIRDE OLMOS  
MARIA DE JESÚS ALDANA CRUZ**

**DIRECTORA DE TRABAJO**



---

**LIC. ENF. CAROLINA SOLIS GUZMAN**

**MÉXICO, D. F., 2000**

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	5
OBJETIVO .....	8
I. Marco Teórico .....	10
1.1. Factor de riesgo .....	10
1.2. Salud.....	14
1.3. Proceso salud-enfermedad .....	16
1.4. Comunidad.....	23
1.4.1 Nivel de vida.....	27
1.4.2 Salud comunitaria.....	30
1.5. Las necesidades de salud de la comunidad y la teoría de las necesidades .....	36
1.5.1. Clasificación de las necesidades de salud.....	47
1.6. Salud Pública .....	49
1.7. Atención Primaria de Salud.....	52
1.7.1. Funciones de la atención primaria de salud .....	60
1.7.2. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) .....	62
1.7.3. Tipo de información que hay que recoger en la Atención Primaria Orientada a la Comunidad.....	67
1.8. La promoción de la salud .....	69
1.8.1. Estrategias para la acción de campo.....	75
1.9. Educación para la salud .....	78
1.9.1. Educación para la salud en México .....	79
1.9.2. Principales deficiencias en los programas de Educación para la Salud Comunitaria .....	85
1.10. Panorama de la situación de salud en México .....	88
1.10.1. Las políticas actuales .....	96

	<b>PAG.</b>
2. Resultados .....	100
2.1. Diagnóstico de salud de la colonia "Lomas de Padierna Sur" Delegación Tlalpan .....	101
2.2. Factores de riesgo detectados en la colonia "Lomas de Padierna Sur" .....	117
2.3. Acciones de Enfermería realizadas para disminuir los factores de riesgo a la salud detectados en la colonia .....	121
CONCLUSIONES .....	128
BIBLIOGRAFIA .....	131
ANEXOS .....	134
CUADROS Y GRÁFICAS .....	135
ENTREVISTA .....	174

## INTRODUCCIÓN

En materia de factores de riesgo que existen en la comunidad, me interese en la salud de los individuos como grupos y en las actividades sociales y gubernamentales responsables del control del medio ambiente y de la promoción a la salud.

Muchas enfermedades han sido controladas pero, nuevos problemas sanitarios, tales como el de la contaminación del aire las radiaciones y el crecimiento desmesurado de la población, aparecen constantemente. En nuestra sociedad complicada y populosa, es cada vez más necesario afrontar de manera grupal, los riesgos que corre la salud y poseer los conocimientos básicos del auto cuidado personal y en forma colectiva. Las decisiones importantes en materia de higiene del individuo y la comunidad se derivan de un razonamiento lógico basado en el conocimiento de los hechos científicos implicados.

Se dice que las necesidades básicas del hombre son comer, arroparse y cobijarse. De hecho, la ropa, es primero una forma de cobijarse y después una forma de arte.

En nuestro país hay muchas personas que tienen una ingesta alimentaria deficiente y vive en condiciones deplorables. Los desocupados que ya no pueden pagar por una alimentación, un alojamiento adecuados. Todos sabemos que las dietas que no satisfacen por completo las necesidades de calorías, vitaminas y minerales influyen desfavorablemente en el crecimiento físico y la resistencia a las infecciones. Lo que no todo el mundo sabe es que cuando son los lactantes y niños pequeños los que reciben estas dietas su desarrollo intelectual queda irremediabilmente afectado.

Otra necesidad básica, la de cobijarse apenas necesita comentario. Algo menos evidente son los efectos de vivir en un lugar demasiado frío en invierno y demasiado caluroso en el verano, donde sus habitantes se encuentran hacinados y donde apenas es posible refrigerar y cocinar los alimentos. Estas son las características de los barrios marginales.

El esparcimiento es difícil de conseguir en el entorno urbano moderno. Además, es difícil que el trabajador, que ha estado haciendo esfuerzo todo el día, comprenda la necesidad de seguir ejercitándose, por muy sano que pueda resultar.

Alguno de los factores que dificultan el esparcimiento físico estorban también el recreo intelectual. La televisión ha pasado a ser el medio fundamental de acceso a la literatura, el arte y la música. El objetivo de la televisión comercial es la venta de productos. Por tanto el contenido de sus programas se orienta hacia el potencial de consumo del espectador y no hacia su enriquecimiento intelectual o emocional. No cabe duda que ciertos hábitos, en particular el tabaco y el alcohol, son el origen de numerosos problemas de salud graves que producen grandes gastos de atención médica y estas adiciones no son si no el producto del desmesurado ataque de los medios de comunicación principalmente la televisión atado a la ignorancia de los individuos.

Una amenidad es algo que contribuye a facilitar y hacer agradable la vida. Requerimos algunos tales como el transporte, el esparcimiento, la belleza y la distracción, para poder desarrollar nuestro potencial humano. El transporte se ha vuelto costoso y difícil en particular para los trabajadores menos privilegiados, obligados a marcar sus tarjetas en el reloj, llevar a sus hijos a la guardería, buscar alimentos baratos y muy a menudo acudir a un centro de salud ó clínica, alejado de su lugar de residencia.

Para los desempleados que deben buscar trabajo cada día el transporte resulta un gasto prohibitivo; disponen del tiempo, pero no del dinero.

La pobreza atrae consigo todos los obstáculos para la salud más que nadie, son los pobres los que viven en entornos peligrosos, los que no pueden satisfacer sus necesidades básicas y carecen de amenidades, los que ocupan puestos de trabajo, cuando los ocupan, estresantes y no gratificantes y los que están aislados de las fuentes de información y de estímulo. Además de todo esto, la pobreza es intrínsecamente degradante y alienante.

En todos los países en que se ha estudiado la relación que existe entre el nivel social y enfermedad, se han comprobado elevadas tasas de mortalidad y discapacidad en los sectores más pobres de la sociedad.

La mayoría de los factores de riesgo mencionados no son más que el viejo problema ya conocido y el resultado de nuestras estructuras políticas, sociales, económicas, etc. y la mala organización de estas.

Por lo cual en el planteamiento del problema se describen los factores de riesgo a la salud observados en la comunidad de la colonia "Lomas de Padierna Sur", ubicada en la Delegación Tlalpan, sobresaliendo los problemas de Saneamiento básico principalmente.

La estructura metodológica del presente trabajo nos lleva al proceso, a través del cual se explicará en detalle el tipo de investigación, el tamaño del universo de trabajo, los criterios de inclusión y exclusión, los recursos humanos, financieros y materiales con los cuales contamos para el desarrollo de la misma, así como las variables estudiadas tanto cualitativas como cuantitativas y los cálculos realizados para obtener los valores de las variables mediante sus indicadores.



De acuerdo a la formación académica del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, son de gran importancia las actividades llevadas a cabo en un Primer Nivel de Atención, teniendo como técnica programada la realización de encuestas para conocer el estado de salud e identificar al mismo tiempo los problemas y riesgos que existen en la comunidad y en su ambiente total de vida con el propósito de modificar las situaciones si ello es necesario o posible.

## **JUSTIFICACIÓN**

La mayor riqueza de un país radica en sus habitantes, por eso, es importante que encaminemos nuestros esfuerzos al desarrollo del recurso humano para que tengamos éxito en este tiempo en que la crisis económica es determinante, en la que buscamos integrarnos a los mercados internacionales. La salud es uno de los bienes más valiosos, dado que gozar de buena salud es la base para las tareas educativas y para alcanzar mayor productividad.

Los factores de riesgo que existen dentro y fuera de una comunidad son determinantes para la salud, estos no son, más que el reflejo de un sólo problema la corrupción que trae consigo la desigualdad y la mala organización de los recursos, a pesar de esto el principal esfuerzo debe estar encaminado a la salud, el bienestar social y no solo a la cura o rehabilitación que representan un gasto mucho mayor que la Atención Primaria, Prevención, Promoción y Educación a la Salud, esto se refiere a una atención más flexible, sensible y equitativa para todos y no solo para unos cuantos. Por lo cual no deberían consistir sólo en una serie fija de intervenciones, sino cambiar en sentido programático de acuerdo a las necesidades ya no de una comunidad determinada sino de un país.

Es por ello que el estudio realizado va encaminado a la identificación de los factores de riesgo que causan daños a la salud en la Colonia "Lomas de Padierna Sur". Delegación Tlalpan. México, D. F.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Identificar los factores de riesgo que causan daños a la salud de la colonia "Lomas de Padierna Sur", es una actividad primordial del pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el primer nivel de atención en virtud de que la mayoría de las familias poseen poca o nula información, para su auto cuidado, por lo cual se deben conocer los factores de riesgo tales como: la falta de agua potable, el mal funcionamiento y ampliación de la red de drenaje, la proliferación de fauna nociva, aumento de desadaptados sociales sobre todo los jóvenes, la existencia de calles sin terminar de pavimentar, el aumento de mujeres en edad fértil sin información profesional sobre métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados, el aumento de menores de 5 años con esquema de vacunación incompleto, la contaminación del suelo por tiraderos de basura clandestinos entre otros muchos. De ahí que como pasantes se tenga la inquietud de fomentar el cambio de los estilos de vida que permitan mejorar la salud de la población, así como la morbilidad y por ende disminuir la mortalidad e ingreso de las personas a un segundo y tercer nivel de atención a la salud.

En México desafortunadamente, no son muchas las personas que se interesan por su salud, por informarse respecto a la forma de cuidarla y por seguir ciertas recomendaciones a fin de mejorar la calidad de vida. La mayoría de nosotros desconocemos la importancia que tiene gozar de buena salud o simplemente no le brindamos la atención necesaria y tenemos una actitud apática respecto a todo aquello relacionado con el cuidado de la salud.

Por lo cual el presente estudio se realizo con el propósito de identificar los factores de riesgo a la salud y también para orientar y fomentar el auto cuidado de forma profesional, ya que una de las causas de la pérdida de la salud es el descuido y la lucha por progresar social y económicamente. Ante las exigencias de la vida social esto repercute sin duda en la comunidad, sobre todo la que pertenece al proletariado, que no cuenta con los medios suficientes para hacer frente a los factores de riesgo que se le presentan y que pueden dar paso al estado de enfermedad, ya que por lo general tendemos a dejar en segundo plano el cuidado de nuestra salud, es conveniente entonces, que una de las preocupaciones más importantes en la vida sea el fomento del auto cuidado de la salud con bases científicas. Es importante mencionar que se obtendrá, evidentemente una salud mejor, no por la simple adquisición de conocimientos de higiene, si no por su aplicación, pero hay ocasiones en las cuales no sirve de nada conocerlos, por lo que no pueden la mayoría de las veces cubrir las necesidades básicas ya que no cuentan con los recursos económicos suficientes para poder hacerlo.

## **OBJETIVO**

Identificar los factores de riesgo que causan daños a la salud en la comunidad de la colonia "Lomas de Padierna Sur", Delegación Tlalpan.

## **METODOLOGÍA**

El tipo de investigación realizada es de tipo Descriptiva/Transversal, ya que la comunidad estudiada tiene factores determinantes los cuales mediante la observación y descripción de estos podemos determinar las condiciones de salud, analizando tanto a la comunidad como a sus integrantes. Nuestro universo de trabajo esta constituido por las familias de la colonia "Lomas de Padierna Sur" Delegación Tlalpan. Teniendo como criterios de inclusión a las familias y las personas responsables de estas, encontradas el día de la aplicación de la encuesta, siendo nuestros criterios de exclusión las familias ausentes y renuencias a la aplicación de la encuesta. Los recursos humanos esta conformado por tres pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, los recursos financieros fueron aportados por las pasantes, así como los materiales. La investigación se realiza en el periodo comprendido del 1° de agosto de 1997 al 31 de julio de 1998 con el fin de recabar la información para sustentar el análisis de la comunidad en estudio.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 FACTOR DE RIESGO

Se han realizado considerables esfuerzos para el desarrollo y el mejoramiento de los servicios de salud, pero todavía existen muchas regiones en el mundo donde el acceso a estos están limitados para la mayoría de la población. Paradójicamente, algunos grupos pueden contar con servicios médicos de alta complejidad ( de segundo y tercer nivel), mientras que la cobertura universal en el primer nivel está limitada por restricciones de recursos tanto económicos, así como de personal capacitado. Es necesario, por lo tanto, buscar las formas para hacer un empleo óptimo de los recursos tanto humanos como económicos existentes para beneficio de la mayoría de la población.

En toda sociedad y comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente "vulnerables" y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características ínter actuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., las que reunidas **confieren un riesgo particular** ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro. Es así como las mujeres embarazadas, los niños, los emigrantes, las personas de edad avanzada y los grupos con pocos recursos, son especialmente vulnerables, mientras los opulentos y el grupo de adultos jóvenes son generalmente menos vulnerables.

El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos, posean factores que determinan un "riesgo" especial de alteración de la salud,

implica una serie de cadena o secuencia. Algunos de estos atributos pueden ser escritos en detalle, por ejemplo: desnutrición, infancia, vejez y embarazo. Los riesgos relacionados que es posible utilizar para propósitos administrativos, son de hecho, una expresión abreviada de la necesidad de atención. Una mujer embarazada que padece hipertensión arterial, tiene un riesgo mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer que una embarazada normotensa. El riesgo medido para ella y su hijo es una expresión de su necesidad de ayuda, tanto en términos de atención preventiva como curativa. Estas estimaciones de riesgo son únicamente una señal o un indicador del grado de su necesidad.

Existen también riesgos de una comunidad derivados, por ejemplo, la presencia de infecciones gastrointestinales en una región, de la contaminación ambiental, del abastecimiento deficiente de agua, de la pobreza o deficiencias de los servicios de salud. La identificación de un riesgo en estos casos es el descubrimiento de una necesidad, cuya cuantificación es un componente esencial en la determinación de prioridades, en la selección de intervenciones y en la distribución de recursos humanos, materiales y económicos. <sup>1</sup>

En el campo de la epidemiología se pretende conocer la etiología de un suceso a través de la búsqueda del factor o factores que lo producen. Ante la dificultad de encontrar una causa única, la epidemiología comienza a hablar de factores de riesgo. La presencia de éstos no implica necesariamente que el problema de salud se produzca, sino la mayor o menor probabilidad de contraerlo.

---

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



El concepto de riesgo en epidemiología se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuesto a ciertos factores de riesgo. Por lo tanto, el concepto de factor de riesgo es una noción estadística que no permite formular previsiones exactas respecto a la salud o a la enfermedad de una persona o grupo.

El riesgo es siempre una probabilidad de que aparezca un acontecimiento en un individuo o grupo de individuos, y los factores de riesgo son las variables de todo tipo asociadas al riesgo. Todos los seres vivos están expuestos constantemente a muchos y diversos riesgos de enfermar o accidentarse, de quedar inválido o morir.

El grupo de riesgo es el conjunto de personas con mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuesto a los factores de riesgo asociados a ella. El conocimiento de estos factores tiene como finalidad el permitir la intervención sobre ellos, para encontrar o reducir la exposición y prevenir de esta forma los problemas de salud. <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Alfonso Roca María Teresa. **Enfermería Comunitaria** T.I. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1992. pp. 56

## AGENTES CAUSALES DE LA ENFERMEDAD

Factores	Elementos	
Biológicos	<p>Exógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bacterias</li> <li>Hongos</li> <li>Metazoarios</li> <li>Rickettsias</li> <li>Virus</li> </ul> <p>Endógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Genes, transmiten la herencia</li> </ul>	
Físicos	<p>Calor extremo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Frio extremo</li> <li>Humedad extrema</li> <li>Radición</li> <li>Intenso ruido</li> <li>Infección</li> </ul>	
Químicos	<p>Exógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por ingestión</li> <li>Por inhalación</li> <li>Por contacto</li> </ul> <p>Endógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Productos de anomalías metabólicas</li> <li>Agentes de anomalías metabólicas</li> </ul>	
Mecánicos	<p>Agentes punzo-cortantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Armas de fuego</li> <li>Fricción</li> <li>Estramamiento</li> <li>Otras fuerzas mecánicas</li> </ul>	
Psicológicos	<p>Estados de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stress, traumas, conducta condicionada, etc.</li> </ul>	
Sociales	Clase social	Con relación al nivel de nutrición, vestido, vivienda, propiedad, poder, ingreso, etc.
	Época histórica	Variación entre patrones de comportamiento, aceptación o rechazo a mutilaciones corporales, poligamia, etc.; Valores sobre lo aceptable, significado del dolor, el incesto, etc.; cambios ambientales vida rural-urbana, condiciones laborales, coccido.
	Sociedad Global	País central o metropolitano o dependiente y periférico.
	Culturales	Modelos del saber, esquemas racionales o de medicinas alternativas. La determinación de lo patológico, considerar la menstruación, el embarazo o la menopausia como enfermedad.

<sup>1</sup> Gomezjara Francisco. **Salud comunitaria. Teoría y técnicas.** Ed. Porrúa, México, D.F. 1989. pp. 173

## 1.2 SALUD

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez”.<sup>4</sup> Considera estos aspectos por que el hombre se debe estudiar como una unidad biopsicosocial.

El concepto de salud cambia conforme a las épocas, países y personas, por eso es complejo. La definición de la OMS es utópica, busca un objetivo difícil de alcanzar en los países ricos y casi imposible para las naciones en desarrollo. Por otra parte, la definición tiene virtudes, sirve para planificar Programas de Salud. Otra definición la describe como la posibilidad de adaptación al medio y la capacidad de funcionar, en este medio; en las mejores condiciones posibles. Otra definición tiene carácter ecológico, su principal valor es no oponer la salud pública contra la individual ni a los médicos clínicos contra los higienistas. Otra dice es el estado donde el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

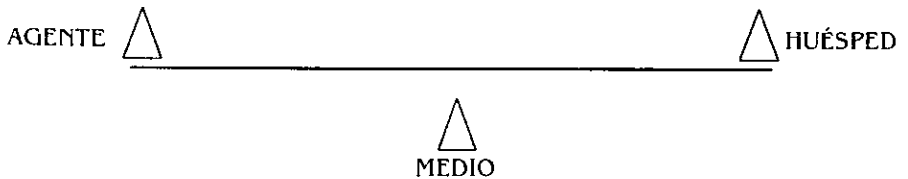
El concepto de salud ha venido sufriendo modificaciones y se ha ampliado y multiplicado según épocas y según los conocimientos.

Nosotros consideramos que es inconveniente definir la salud como un “estado” por cuanto este término da idea de permanencia, de estabilidad y precisamente lo que caracteriza a la salud es la dinámica e inestable de su equilibrio, por lo que apoyamos la tendencia a modificar esa definición considerando la salud como un proceso que busca alcanzar el

---

<sup>4</sup> Migashida. **Educación para la Salud**. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México 1995 pp. 2

bienestar físico, mental y social del individuo. Desde otro punto de vista y siguiendo el esquema propuesto, se considera a la salud como el resultado del equilibrio por interacción entre el medio el agente y el huésped. Estos tres elementos son inseparables y las modificaciones espontáneas o provocadas en uno de ellas, determinaran cambios en los otros dos, que tiendan a conservar, a romper o a establecer ese equilibrio que es la salud. <sup>5</sup>



Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. La mejora de la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de información y habilidades personales; requiere asimismo un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan, finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico (el entorno global).

<sup>5</sup> Idcm pp. 3

### **1.3 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

Los estados de salud y de enfermedad representan, dos grandes extremos en la variación biológica, con una imperceptible graduación intermedia entre los dos polos. Ellos son el resultado del éxito o del fracaso del organismo humano para adaptarse, física, mental y socialmente a las condiciones variables del ambiente de vida del hombre. Dos grandes tipos de factores generales influyen sobre nuestra capacidad de tolerancia y de adaptación a los factores del ambiente las imperfecciones biológicas (anatómicas, fisiológicas, hereditarias y congénitas) y los factores adversos a nuestra biología que pueden existir en el ambiente externo, adversos por su calidad o cantidad y en el sentido de incapacidad relativa o absoluta del organismo humano para adaptarse a ellos.

Como el hombre se ha transformado en un ser eminentemente social, depende en todos los fenómenos de su vida de la organización social en que vive. Hablando en términos generales, es indudable que, aparte de los factores físicos y biológicos del ambiente externo, hay condiciones culturales, económicas y sociales que influyen sobre el nivel de salud de las colectividades.

En la práctica la salud del individuo depende de la forma en que satisfaga sus necesidades elementales de adaptación lo cual en gran parte depende de lo que la organización social ofrezca. Al analizar las múltiples causas que producen la salud y la enfermedad, siempre encontramos que derivan de imperfecciones de la organización social humana la pobreza (Incapacidad para obtener los elementos vegetativos mínimos: alimentos, protectores, vivienda, vestuario), producto de una

organización social inadecuada, es todavía la causa más común de enfermedad en el hombre. <sup>6</sup>

Teniendo presente que existe una interacción entre los seres vivos y su medio ambiente, podemos interpretar tanto la salud como la enfermedad como fenómeno ecológico, por tanto a leyes biológicas. Es decir dos estados de la vida del hombre, enlazados recíprocamente, resultantes de la relación ecológica entre él y su ambiente.

Sería simplista admitir que la salud es la ausencia de enfermedad y la enfermedad es la pérdida de la salud. Los límites son prácticamente imposibles de establecer según podemos observar. Cuándo comienza una y termina la otra es difícil de precisar.

Así pues desde el punto de vista ecológico, la salud y la enfermedad no son dos estados opuestos que se presentan en la vida del hombre, sino una variación del proceso de adaptación del organismo al medio ambiente en que vive. Por esto el estado de salud y de enfermedad de un individuo o de una comunidad no pueden ser considerados aisladamente, sin la influencia de su ambiente. Recordemos que éste actúa constante y permanentemente sobre el individuo, y que unas veces puede ser beneficioso y otras perjudicial para la salud, siendo su acción de naturaleza muy dispersa, física, biológica, psicológica, social, económica, cultural, etc. <sup>7</sup>

El estado de salud y de enfermedad, que no es más que un proceso continuo de adaptación, cuya consecuencia representará, salud si ha

<sup>6</sup> San Martín Hernán. **Salud y Enfermedad**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A. 4a. edición. México, D. F. 1984. pp. 15-17

<sup>7</sup> Pastor Arana. **Epidemiología**. T. I. Ed. Díaz de Santos. Madrid, España 1988 pp. 54-57

tenido éxito, o enfermedad si ha fracasado, comprende tres etapas, según Payne:

1. La causalidad, es decir, los múltiples factores causales que provocan la reacción de adaptación.
2. Los mecanismos fisiológicos, patológicos o de la conducta mediante los cuales el organismo humano trata de adaptarse;
3. La reacción o respuesta fisiológica o patológica o de la conducta producida por los mencionados mecanismos.

La causa de una enfermedad no sólo es el resultado provocado por un agente específico sobre un individuo, sino un complicado enfrentamiento entre el hospedero y el agente causal de enfermedad, con la participación de una gran variedad de factores ambientales. En otras palabras se debe a una multiplicidad de causas.

De acuerdo con las ideas expuestas, la interpretación ecológica de la salud y la enfermedad puede resumirse diciendo; que ambos estados son el resultado de la reciproca relación ecológica entre el hombre y su ambiente que en esta interrelación participan tres elementos del sistema ecológico, agente, hospedero y ambiente que todos los componentes del ambiente físico, biológico, social y cultura, junto con los factores genéticos, constituyen un conjunto causal que influye y determina el fenómeno ecológico, salud y enfermedad.

## **TRIADA ECOLÓGICA**

Debido a que el proceso salud-enfermedad es el resultado de la tríada ecológica formada por el agente, el huésped y el medio ambiente es necesario definir cada uno de ellos.

**Agente:** Es el elemento o sustancia o energía animada o inanimada, cuya presencia, ausencia, aumento o disminución, seguido de contacto con el huésped susceptible bajo condiciones ambientales apropiadas, sirve como estímulo para producir o continuar una enfermedad.

**Huésped:** Es el individuo humano, animal o vegetal (organismo susceptible) capaz de albergar a un agente en la superficie corporal o en sus tejidos o cavidades.

**Ambiente:** Es importante para la existencia de una determinada patología, ya que de él depende en gran parte la presencia o persistencia de distintas fuentes de infección o de producción de agentes, permite también el establecimiento de mecanismos de transmisión y la existencia de vectores, reservorios y huéspedes intermediarios en la flora y la fauna y la población humana. <sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Fajardo Ortiz. **Atención Médica**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. México, D. F. 1989. pp. 5,6



## **HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD**

Es el estudio completo de la naturaleza del agente patógeno, de sus fuentes y distribución, de los mecanismos de reservorio y transmisión, y de su impacto en el hombre en otras palabras, lo que generalmente se describe como la epidemiología de una enfermedad. Pero debe ir unido con el estudio del ambiente social donde vive el individuo enfermo, clase social, nivel económico, etc., a la que pertenece.

### **ETAPAS**

#### **PERIODO PREPATOGENICO O DE GÉNESIS**

Se caracteriza por la interacción de los componentes de la tríada ecológica: huésped, agente causal y ambiente, que en muchas ocasiones contiene el agente. Es una relación equilibrada, dinámica y constante, por lo que el individuo se encuentra sano. En determinado momento se rompe este equilibrio al presentarse cambios en los integrantes de la tríada, por ejemplo: el aumento del tiempo de exposición al agente causal, aumento en la virulencia del agente biológico, nutrición inadecuada del huésped, tensión emocional, contaminación del ambiente, etc.

#### **PERIODO PATOGENICO O DE EVOLUCIÓN NATURAL**

Comprende el proceso evolutivo de la enfermedad. Inicialmente puede haber cambios bioquímicos en las células y tejidos que el individuo no percibe, por lo que se encuentra debajo del horizonte clínico; este lapso en las enfermedades infecciosas recibe el nombre de periodo de incubación. Al avanzar la enfermedad empiezan a aparecer

manifestaciones es decir, se cruza el horizonte clínico. Al principio los signos, que son manifestaciones objetivas que el médico o el paciente reconocen, y los síntomas, que son manifestaciones subjetivas por que son las que siente el paciente, pueden ser inespecíficos; es decir, hay algo anormal pero todavía no se puede hacer un diagnóstico, por ejemplo, cuando hay malestar, dolor de cabeza o fiebre.

Más adelante se presentan los signos y síntomas específicos de la enfermedad que permitan hacer el diagnóstico.

Si las condiciones del huésped y el ambiente son favorables, el individuo pasa a la convalecencia y el resultado es la recuperación de la salud, que también puede lograrse desde el inicio del periodo patogénico cuando hay alteraciones bioquímicas, pues se ha encontrado que muchas personas tienen anticuerpos que protegen contra enfermedades infecciosas.

Hay enfermedades que pueden dejar invalidez, es decir la persona queda con limitación de las actividades de la vida humana. Finalmente, el camino que puede seguir una enfermedad es hacia la muerte. ”

El paso de la salud a la enfermedad comienza en un periodo silencioso de incubación valido para todo tipo de enfermedades, periodo que puede ser muy corto o puede ser muy largo. Al comienzo cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso ya es activo pero no tenemos medios técnicos para descubrirlo.

---

<sup>1</sup> Higashida. **Educación para la Salud**. Ed. Interamericana McGraw-Hill. Mexico. 1995. pp. 21, 22

En una segunda etapa aún preclínica, podríamos diagnosticarlo si pudiéramos aplicar todas las técnicas de laboratorio de que hoy disponemos y si el público se preocupara de los controles periódicos de salud.

En una tercera etapa ya hay síntomas más o menos manifiestos a los que el paciente puede o no descubrir. En la etapa final, la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo (Como defensa final) en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y a un con la vida del paciente.

Salud y enfermedad dos grandes extremos en la variación biológica, son pues el resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total.

10

---

10 Pastor Arana. Op. Cit. T. I. pp. 8,9

## **1.4 COMUNIDAD**

Concepto: Es un grupo social determinado por límites geográficos y los valores e intereses sociales comunes. Es la unión de esfuerzos para el logro de objetivos comunes. Es un agrupamiento caracterizado por su localización física la cual proporciona también un vínculo importante de cohesión y solidaridad. Son entidades socio territoriales reducidos en número de integrantes.

Estadísticamente en México se considera comunidad rural a la que tiene menos de 2,500 pobladores.

Las comunidades urbanas, mantienen por lo tanto más de 2,500 habitantes.

### **ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD**

Demográficos. La comunidad es un agrupamiento humano particular, cuyo tamaño, crecimiento, composición por edades, por sexos, por intereses, definirán su característica, a los miembros los unen lazos generalmente de parentesco e identidad de interés político, económico, etc.

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

Histórica. Siempre existe un pasado que nutre su forma de ser y proyecta su futuro; participan de una misma tradición histórica.

Políticos. Su forma de organización políticas y jurídica y también la forma de aplicación de ley, de la fuerza pública. Se incluyen además en

este aspecto sus formas Institucionalizadas, culturales, religiosas, sindicales y políticas propiamente dichas, es decir, son tributos de un cuerpo de instituciones y servicios.

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

## ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Primer principio. El conocimiento de la comunidad en todos sus aspectos, es el primer paso en la organización de la misma para promover su desarrollo y saber a que sector de la comunidad se sirve.

Situación geográfica

Antecedentes históricos

Recursos humanos

Recursos y potencialidades

Estructura social

Recursos institucionales

Estructura familiar

Salud e higiene

Recreación

Organización social, económica, política y religiosa

Dirigentes comunales

Segundo principio. Establecer relaciones de amistad y confianza con los habitantes de la comunidad, constituye una garantía para el éxito del trabajo.

Tercer principio. Identificación de los intereses de la comunidad para no imponerles acuerdos opuestos a la mayoría: Una vez que la comunidad decida democráticamente realizar el proyecto, utilizar técnicas que facilitan su mayor comprensión y solidaridad.

Cuarto principio. Asegurar la participación en el trabajo del mayor número de miembros.

## ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD

Se, considera entidades sociales en cuanto se forman por grupos de personas que además de una base geográfica de acción, mantiene actividades e intereses comunes, formalizados por leyes estatutos o códigos, o bien relaciones informales pero permanentes. Comunidad de profesionistas, de trabajadores, artistas, etc.

Se consideran entidades territoriales cuando esa unidad de personas, se relacionan en función del asentamiento material donde vivan, ejido, barrio, edificio de departamentos, universidad, etc.

Dentro del tipo de comunidades existe además una diferencia capital, pero relacionada con los anteriores. Las comunidades constituidas por una sola clase social, y por lo tanto mucho más homogéneas, permanentes e integradas, identificadas territorialmente y socialmente.

Y las comunidades compuestas por varias clases sociales, cuya permanencia es más inestable, circunscrita a uno, dos o pocos elementos de coincidencias y por lo tanto, temporales. Sus coincidencias o son territoriales o son sociales, solamente. <sup>11</sup>

La comunidad tiene una estructura que refleja, en general, la estructura económica, social, política, etc.; de la sociedad a la cual pertenece; por

---

<sup>11</sup> Ibidem. pp. 93-97

tanto, los procesos sociales que ocurren, en la comunidad, existen, integradamente; en tres niveles simultáneos general, particular, e individual; el individual como personificación de los procesos sociales su carácter representativo de intereses y de relaciones sociales de clase y de grupos sociales, viviendo en condiciones diferentes dentro de la misma comunidad.

Una comunidad es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano ó rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural.

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

En realidad el problema de fondo en el desarrollo de la comunidad, es lo social y cultural, es decir, el desarrollo de la personalidad humana, dinamizándola para despertar su creatividad interna y local.

Por consiguiente, el desarrollo y organización de la comunidad como proceso y técnica para mejorar el nivel de vida de la población tiene dos efectos en la salud, le influye en forma favorable y ofrece un mecanismo nuevo para que el equipo de salud penetre en la comunidad y pueda realizar las actividades pertinentes para la solución o disminución de los problemas de salud. <sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> San Martín Herman. **Tratado general de la salud en las sociedades humanas.** T II. Ed. La Prensa Médica. México. D. F. 1992. pp. 67

### 1.4.1 NIVEL DE VIDA

Los niveles de vida, o el nivel económico social de cualquier colectividad, miden en forma más elocuente, el grado de desarrollo que posee ese grupo humano. Hace pocos años, Mardones decía que el "nivel de vida ha pasado a ser una síntesis del grado de satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre", mostrando de alguna manera la tendencia universal a considerar los niveles de vida como "los consumos efectivos de un grupo de personas expresados en promedio de las cantidades y calidades de bienes y servicios consumidos por unidad de tiempo, por lo general un año, y una unidad típica de grupo, por lo común una familia".<sup>15</sup>

La Organización Internacional del Trabajo ha delimitado tres aspectos concretos que permiten valorar el tipo de nivel de vida que presenta cualquier comunidad que se estudie. Ellos son:

- a) Nivel de consumo: involucra al conjunto de bienes y servicios que son necesarios para el individuo y su familia en el consumo y satisfacción de sus necesidades materiales y biológicas. En este nivel pueden incluirse la alimentación, la vestimenta, la vivienda, la cultura, los medicamentos, etc.
- b) Necesidades previsionales: componen las atenciones que la comunidad ha organizado para actuar sobre el futuro de sus miembros, con el fin de prever los elementos negativos que pueden influir sobre su salud, la capacidad laboral, etc. Están incorporadas a estas todos los servicios previsionales y de seguridad social.

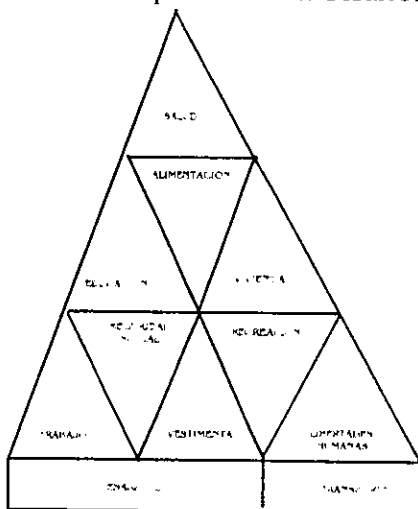
<sup>15</sup> Gomezjara Francisco. **Salud Comunitaria Teoría y Técnicas** Ed. Porrúa, México, D. F. 1989, pp. 129



c) Condiciones de la ocupación: hacen a la necesidad del hombre de servir a la producción, pero en condiciones de salud y resguardada la participación en el producto social de dicha actividad.

Así se comprende que los niveles de vida son la expresión concreta de todos los esfuerzos tendientes a conseguir para el hombre mayor posibilidad de bienestar. Constituyen así el destino final de toda actividad humana, tendiente a preservar y perpetuar la existencia en óptimas condiciones.

Se han sistematizado en forma didáctica los componentes del nivel de vida, y han pensado que debajo de la idea global de nivel de vida se puede delimitar claramente la participación de nueve elementos que intervienen en forma distinta, conjugándose para dar la síntesis que aquel expresa. Estos componentes han sido esquematizados en un triángulo equilátero, que incluye otros nueve triángulos, todo ello sostenido por un basamento que denota el desarrollo.<sup>14</sup>



<sup>14</sup> Idem. pp. 130

Así para analizar el tema salud han sido utilizados indicadores y que podemos sintetizar ahora. Estos expresan la relación del componente del nivel de vida con el desarrollo cualicuantitativo de la comunidad. Entre los primeros mencionaremos la expectativa de vida al nacer, la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad general, la tasa de morbilidad de enfermedades transmisibles y las tasas de las enfermedades degenerativas. El indicador tasa de mortalidad por transmisibles crecerá en los países cuando más subdesarrollados sean, mientras que la mortalidad por degenerativas cáncer, cardiovasculares se acrecienta en los pueblos a medida que mejoran su desarrollo económico.

Para los indicadores de recursos y de actividades de salud interesa mencionar la población abastecida con agua potable y disposición de excretas, camas hospitalarias, número de habitantes por personal de salud, gastos e inversiones en el sector salud.

Para educación pueden utilizarse los indicadores de alfabetismo y analfabetismo.

Para alimentación, el indicador más utilizado constituye el consumo de calorías por persona, aunque en este caso interesa preferiblemente el consumo de proteínas de origen animal y el consumo de leche por persona.

Para vivienda puede partirse del número de familias que requieren reubicación, o también nueva vivienda. Para utilizar elementos comparables suele trabajarse con el denominado índice de hacinamiento. Suele tomarse como indicador el porcentaje de ingreso mensual que una familia dispone para la vivienda. Resulta difícil hallar una expresión clara de medición para los componentes que restan, vestuario, recreación, libertades humanas. El trabajo es un componente que puede individualizarse un poco mejor a través de las cifras de personal ocupado y desocupado.

Las necesidades han sido divididas en básicas, es decir, esenciales sin las cuales no se puede vivir (incluyen salud, nutrición economía, vivienda, escolaridad, etc.); necesidades de elevación y dignificación humanas, que permiten llegar a la plenitud humana (organización familiar, cultural y de esparcimiento organización social, cívico-política y religiosa); y finalmente necesidades de confort, entendiendo por tales las que facilitan y hacen agradable la vida.

Cada situación y cada nivel de vida analizado se proyecta en este enfoque conforme la ponderación que resulta para cada nivel de vida, tanto en el denominado nivel básico, como en el de elevación humana. Como se comprende de lo dicho surge un perfil del nivel de vida para cada una de las regiones o comunidades que se estudien.

#### **1.4.2 SALUD COMUNITARIA**

Podría describirse como el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, de acuerdo y la participación activa de la comunidad.

Podemos, entonces hablar de la salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad local bien definida geográficamente y con lazos de interrelación entre ellos, reflexionan con los integrantes de los equipos de salud sobre los problemas de salud de la comunidad, las aspiraciones y necesidades de la población, y

participar activamente a la elaboración de un plan de desarrollo social comunal orientado a mejorar el nivel de salud.

La salud comunitaria es un proceso autoorganizativo de la población para enfrentarse a los problemas socioeconómicos, sanitarios, epidemiológicos de la comunidad; vivienda, nutrición, condiciones laborales y ecológicas, democracia, manipulación consumista, morbilidad. Es una tarea médica preventiva con un enfoque global del proceso salud-enfermedad, psico-orgánico-comunitario-histórico.

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

El equipo de salud en la comunidad se enfrenta y ubica en la triada reconceptualizadora del proceso salud-enfermedad de la siguiente manera.

1. Buscará llevar a cabo primordialmente la medicina preventiva (Mejorar ingresos, alimentación, condiciones laborales, vivienda, sanidad, vacunación, etc.) para organizar el desarrollo del organismo de los individuos de las clases explotadas y denominados resistan y/o se rehabiliten de los procesos patológicos.
2. Trabaja con diferentes modelos médicos en pos del mejoramiento de la comunidad. Tanto del modelo propio del equipo de salud, como de los modelos utilizados conceptual o empíricamente por la propia comunidad dentro de un proceso socializado de sus conocimientos y de rescate del saber popular.

3. Impulsará a la población a incorporarse a una vida activa y autogestionaria de las tareas sociales, económicas, sanitarias, culturales, incluyendo en esa dirección la recuperación del cuerpo y la mente de cada poblador.

La comunidad tiene una estructura que refleja, en general, la estructura (económica, social, etc.) de la sociedad a la cual pertenece; de aquí que los procesos sociales que ocurren en la comunidad existan, integradamente, en tres niveles simultáneos; lo general, lo particular, lo individual. Estos niveles no son independientes ni autónomos, de tal modo que existe siempre una dialéctica entre lo social y lo individual; el individuo como personificación de los procesos sociales, su carácter representativo de interés y de relaciones sociales de clases y de grupos sociales, viviendo en condiciones diferentes dentro de la misma comunidad.

Por esto la salud de la comunidad ( o nivel de salud en la comunidad) no correspondería a la suma de cada individuo de la comunidad, si esto pudiera hacerse a través de un examen médico de cada miembro de la comunidad en un instante determinado. La suma no es válida, por que las condiciones de vida en la comunidad no son uniformes; existen diferentes según la inserción socio-profesional del individuo en el sistema de producción de la comunidad. Asimismo la causalidad y la distribución de procesos sociales están relacionadas con las relaciones sociales comunales, de tal forma que al diagnosticar el nivel de salud de la comunidad no lo podemos hacer a través de individuos aislados, abstractos, es decir independientes de su ambiente total comunal y de sus relaciones sociales. <sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ibidem. Pp. 131-132

Expresado esto en términos de economía, política y sociología, sucede que en las sociedades humanas y, por cierto, también en las comunidades que las constituyen, la estructura económica y las relaciones sociales (de producción, particularmente), y no sólo los fenómenos biológicos por sí mismos, son los que <<determinan>> el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y con la sociedad y, en consecuencia, el tipo de riesgos y su cantidad, que complican o alteran el proceso ecológico individual, constituyéndose en intolerancias para nuestra biología.

De este modo, el proceso salud-enfermedad de una comunidad no es sólo el resultado de ciertas <<causas>> o de ciertos <<factores patógenos>>, ni menos de una <<etiología>> única, que existirían en la comunidad para enfermarnos (ni siquiera los microbios patógenos se pueden citar como ejemplo, o el alcohol en el alcoholismo: las enfermedades infecciosas son procesos ecológicos de convivencia, que sólo excepcionalmente producen enfermedad, y el alcohol es un producto social que tiene muchos usos útiles, pero que enferma cuando el hombre la consume en forma excesiva, desfavorable a nuestras posibilidades ecológicas, y que puede causarnos la muerte). La salud-enfermedad es, entonces, el producto global de un complejo (asociaciones causales) proceso (muy dinámico y permanente) de determinaciones sociales, con dimensiones y relaciones diferentes en cada caso, y que puede conducir, según las circunstancias y las reacciones orgánicas individuales, a la salud, a la enfermedad, a estados intermediarios o a la muerte.

Esta situación dinámica en que nos encontramos es producto del <<riesgo>> de vivir en sociedades (o en comunidades) cuyo ambiente es formado por la actividad del hombre y, por consiguiente, cargado de

elementos que pueden ser tanto protectores como desfavorables para nuestra ecología-biología.

Para la salud de la comunidad, el peso específico de <<lo social>> es mucho mayor que el de <<lo biológico>> (equipamiento genético-biológico individual); por esto, en el análisis epidemiológico y social de la comunidad, la unidad de estudio no puede ser el individuo ni aún la familia, sino los grupos sociales y a riesgos similares (riesgos económicos culturales, biológicos, ambientales, etc.)

En cambio los casos <<individuales>>, dentro de la determinación social de clases, son el producto de los riesgos de clase social de clases, son el producto de los riesgos de clase social y de las características biológicas-genéticas individuales, más la conciencia individual de la situación en que se vive (ambiente, trabajo, comportamiento, etc.).

En resumen, la vida del hombre y sus componentes, entre los que están la salud-enfermedad-invalidéz-muerte, se manifiesta en las sociedades humanas como una doble relación: <<Relación natural y relación social>> relación <<individuo-colectividad>>, ambas relaciones indisolubles.

De aquí que el estudio del estado de salud de la comunidad es muy diferente al estudio del nivel de salud de un individuo. En realidad cuando medimos el estado de salud de una comunidad, lo que tratamos de representar son los procesos sociales relacionados directa o indirectamente con la salud enfermedad, como son por ejemplo:

- La duración de la vida en la comunidad (vida media y esperanzas de vida en cada edad);

- El tiempo de vida vivido en buena salud y en bienestar;
- La calidad socio-ecológica del ambiente social de vida de la comunidad (medido por las relaciones sociales y las mediciones sanitarias y por los riesgos existentes en el ambiente);
- El origen y distribución social de la salud-enfermedad-invalididad-muerte;
- Las desigualdades sociales existentes y los riesgos existentes en cada grupo de clase social (perfil epidemiológico de las clases);
- La existencia o no de un sistema de protección de la salud y de prevención y eliminación de los riesgos (política de salud preventiva).

El problema es que estas diferentes preocupaciones no se presentan separadas en la sociedad, sino constituyendo complejos asociados (asociados causales) y, en consecuencia no podemos expresarlo en un <<indicador>> único representativo del complejo causal. De aquí que para analizar el estado de salud de una comunidad tendremos que usar un conjunto coherente y representativo de indicadores de los diversos sectores de la vida social, que finalmente, son los que determinan el proceso social que conduce a la salud o a la enfermedad.

Ahora podemos comprender que el estudio de la salud de la comunidad es, al mismo tiempo, un estudio epidemiológico de los problemas de salud (y riesgos) que existen en la comunidad; un estudio sociológico de las necesidades de salud sentidas por los miembros de la comunidad; un estudio económico de las condiciones de vida de la gente. <sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> San Martín Hernán. **Tratado general de salud en las sociedades humanas**. T. II. Ed. La Prensa Médica. México, D. F., 1992. pp. 235-237



## 1.5 LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y LA TEORÍA DE LAS NECESIDADES

En el contexto social y económico actual es utópico pensar tanto en una sociedad cuyo objetivo fundamental fuera la salud de la población total como en un sistema de servicios de salud acorde con las verdaderas necesidades de la población y con los problemas de salud y riesgos prevalentes en el ambiente social.

Sociológicamente, la salud y las necesidades para la salud están condicionadas por la producción y el consumo social y legitimadas por la necesidad de reproducir la fuerza de trabajo y las "relaciones de producción" existentes en la formación social.

En la actualidad el consumo es un modo de organización y se habla de "sociedad de consumo". Lo cual parece una ventaja, pero es, al mismo tiempo, un grave peligro para la comunidad, sobre todo cuando la gente depende por completo del sistema de producción y de los medios de publicidad, las modas, etc., y cuando la población confunde o no sabe distinguir entre "necesidades reales", "deseos" y "aspiraciones", de validez discutible. Para las "verdaderas necesidades en salud", que toda población debe satisfacer, no podemos guiarnos sólo por una lista de necesidades y servicios formulados teóricamente abstractos, por que no han sido asociados a la posibilidad real de adquirirlos de que dispone la gran masa de la población (la obrera-campesina).<sup>17</sup>

Satisfacer las necesidades de una sociedad heterogénea no es sólo reproducir la fuerza de trabajo, sino satisfacer un sistema de

---

<sup>17</sup> San Martín Hernán. **Salud y Enfermedad**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 4.ª ed. México, 1984

necesidades que cubren el conjunto del sistema y del proceso de producción-distribución-consumo, en relación con las verdaderas necesidades de los diferentes grupos de la población. Las verdaderas necesidades de salud estarán siempre relacionadas con las transformaciones de los procesos nocivos que surjan como consecuencia de las relaciones de producción en los sectores del trabajo, de la distribución-consumo y del intercambio, así como aquellas otras condiciones favorables a la salud que se produzcan con relación al desarrollo de las fuerzas de producción y de la presión de las masas trabajadoras.

La dinámica de las necesidades humanas, las de salud en particular, es determinada por el conjunto de vida social, es decir por los grupos dominantes (políticos, económicos, militares); no puede considerarse espontánea, o sea, no puede analizarse fuera de las relaciones de dominancia social.

La representación de las "necesidades de salud" está ligada a la práctica de la gestión de estas necesidades, práctica en la cual predomina la identificación de las necesidades con un sistema de servicios médicos y sanitarios que aparentemente las satisface, pero que después de todo no resuelve el problema de salud de las sociedades humanas actuales.

Todo aparece como si los sistemas de servicios de salud existieran sólo para ofrecer atención a quienes la necesitan (no siempre) y no para preguntarse cómo se forman socialmente (no puede ser de otra manera por que el hombre es un animal formado socialmente) los problemas de salud enfermedad y, por tanto, las necesidades de salud-enfermedad.

Lo mismo sucede con la economía de la salud que, en realidad es, en general, más economía médica y, por tanto se limita así misma en sus posibilidades.

Con base en estos dos ejemplos de consumo de “necesidades reales” de la comunidad, los mismos factores que podrían ayudar a darnos salud también pueden producirnos la enfermedad, es decir, son factores, como la alimentación o los medicamentos y los servicios de salud, que forman parte de la vida cotidiana comunal. Estos factores a su vez, están condicionados por la producción y la oferta, es decir por el sistema social de producción y oferta.

La población puede confundir las “necesidades reales de salud” (individuales o comunales) con las “necesidades percibidas” que pueden ser muy subjetivas o no prioritarias con relación al costo y a las demás necesidades existentes).

Podría pensarse que las “necesidades de salud” de la comunidad son expresadas a través de la “demanda” de servicios curativos y sanitario-sociales.

En la práctica sucede que, por diversas razones, más estructurales que de recursos (servicios centralizados, falta de planificación, desconexión de la población, etc.), los servicios de salud no responden a todas las necesidades de salud de las comunidades, sino sólo a algunas de ellas. Por tanto, la identificación y cuantificación de las necesidades reales de salud y la planificación local, comunal en relación con las necesidades y problemas reales de salud, devienen un principio básico en la nueva salud pública y un elemento ineludible en “salud comunitaria”.

Podría decirse que lo que se necesita con urgencia es un tipo de desarrollo social fundado en las necesidades de la población. Respecto a la salud, la población necesita menos riesgos de enfermarse y más apoyo para mantener el estado de salud; aquí es donde habrá que identificar las verdaderas “necesidades de salud”.

Es interesante ver como Galtung introduce en la noción de desarrollo nuevos elementos tales como la satisfacción de las necesidades de toda la población; la igualdad y la justicia sociales; un cierto grado de autonomía individual; un cierto grado de participación de cada individuo y de la comunidad en las actividades sociales; el equilibrio ecológico del ambiente.

Hay ciertos factores donde el hombre tiene necesidades que figuran en todas las listas: alimentación, vivienda, vestimenta, salud, educación, que podrían considerarse como necesidades fundamentales. Galtung afirma que la satisfacción de estas necesidades primarias no es el único objetivo del desarrollo social; también hay que tomar en cuenta la satisfacción en el trabajo, las libertades humanas, las libertades políticas, la paz, la eliminación de las guerras y del armamentismo, el respeto entre los seres humanos, el bienestar.

Esto parece mucho pedir; sin embargo, es el mínimo que deberíamos tener para considerarnos humanos.

Hay dificultades para llegar a una definición precisa de la noción de "necesidad", por que, tal como la noción de salud es ambigua en el sentido de que es subjetiva y objetiva al mismo tiempo. Por ejemplo la población, puede confundir las necesidades con los deseos; el sistema de salud considera que las necesidades de salud de la población, según la ideología biomédica, se asimilan a la demanda de servicios curativos.

Todo ser vivo tiene "necesidades", es decir, necesidad de medios para continuar viviendo. Hay necesidades que son absolutamente imprescindibles para la vida, que responden a verdaderos imperativos biológicos y que han llegado a serlo a través de la evolución de las

especies; en el caso del hombre se agrega, a la evolución orgánica, la creación de necesidades a través de la evolución social y cultural del hombre. Por lo tanto las necesidades humanas se desarrollan y cambian y se producen nuevas necesidades, a veces indispensables para la vida, otras veces negativas e incluso agresivas. Al mismo tiempo se producen desigualdades en la satisfacción de las necesidades humanas: el hombre incapaz de satisfacer simultáneamente todas sus necesidades, debe escoger o limitarse. Las necesidades en las sociedades humanas, son un lugar de encuentro de las fuerzas económicas y de los estratos sociales diferenciados; es decir, expresión de una estratificación social generada por la lógica del sistema.

De tal modo que las necesidades están inevitablemente determinadas por las relaciones de producción y el proceso del trabajo. Sin embargo, las necesidades no conducen de modo inexorable al consumo exigido por el sistema de producción (por ejemplo, insuficiencia de salarios, cesantía, etc.). Por otro lado el sistema de producción no está estructurado para satisfacer las necesidades reales de la fuerza de trabajo ni de la población total, sino para la búsqueda de la ganancia, del provecho económico.

Los organismos internacionales de salud también utilizan la noción de necesidad de forma diversa: ellos hablan de necesidades fundamentales para designar un mínimo vital después el cual comienza la pobreza absoluta; estas necesidades fundamentales se interpretan de manera diferente en relación con las clases sociales y las diferencias culturales. Hablan también de las necesidades percibidas que corresponden a las que la población identifica a través de la demanda de servicios o atenciones de salud o de enfermedad.

Esta ambigüedad de la noción de necesidades procede de la oposición entre necesidades reales y necesidades ficticias, entre necesidades económicas y necesidades sociales. Las unas y las otras están estrechamente relacionadas y se distinguen más cómo se satisfacen que por su naturaleza.

En resumen, las necesidades realmente fundamentales son las biológicas y las sociales que históricamente se han transformado en necesidades indispensables para la vida del hombre. Pero esta definición tiene contenidos variables según las épocas históricas, las clases sociales, las culturales, el sexo, la edad, el nivel educacional, etc.

El problema que nos interesa analizar es si es más justo y factible fundamentar la planificación del sector salud en las necesidades de salud y de atención de enfermedad y de invalidez existentes en la población y no en indicadores negativos o indirectos, como la mortalidad y los recursos de salud disponibles.

Pensamos que el objetivo de un sistema de salud es ayudar a la población a proteger su salud y a evitar la enfermedad y después, a sanar a los enfermos. Para responder a este objetivo de manera específica, no existe otra manera de actuar, sino acudir a la población para identificar sus problemas de salud (análisis epidemiológico) y las necesidades de salud expresadas por la población (análisis sociológico).

En cualquier caso la existencia de una necesidad, de salud indicada que el individuo, o la comunidad, no puede satisfacer por si mismo la situación u obtener un nivel de salud superior. Según Acheson, cuatro situaciones fundamentan las necesidades de salud individuales:

1. Los riesgos que produce la morbilidad humana.
2. El riesgo de malestar, de dolor, de invalidez.
3. La inadaptación y las deficiencias o incapacidades.
4. Los riesgos de morir.

El criterio de Acheson nos parece muy clínico, es decir, individualista, en circunstancias en que las necesidades de salud no constituyen un problema individual, sino también un problema colectivo y de riesgos en la vida social. Las necesidades de salud representan una cadena sin fin, debido a la naturaleza ecológica y dinámica de la salud. En esta cadena intervienen factores muy diversos: económicos, culturales, demográficos, políticos, etc. que deben tomarse en cuenta cuando se identifican las necesidades de salud de una población.

Identificar las necesidades de salud de una comunidad es en apariencia simple: Ir a buscarlas directamente en la población y su ambiente de vida. Pero si no se toman en consideración ni las causas económicas ni las sociales que producen las necesidades de salud de la población, la simple encuesta de necesidades percibidas y expresadas conduce, de manera inevitable, a reproducir las respuestas sanitarias determinadas en función del status socioeconómico de las familias y los grupos de la comunidad, y no en función de la necesidad real y de su verdadera gravedad. Es preciso decir que la verdadera definición de las necesidades de salud debe tener en cuenta la dinámica social de las necesidades y la relación de estas con el desarrollo tecnológico.

El sistema de producción siempre esta creando necesidades artificiales o innecesarias, y también, deseos, para el consumo impositivo de los diferentes grupos de la población; lentamente estas necesidades creadas se van socializando, de tal modo que, al final, las necesidades de la

población no las define ésta, sino el sistema de producción de acuerdo con sus propios intereses, entre los cuales están reproducir el sistema, acelerar el proceso y capitalizar y diversificar los productos.

En el fondo el sistema de producción satisface necesidades indispensables al hombre, pero produce más de lo suficiente, demasiado, para satisfacer las verdaderas necesidades. Esto tiene que hacerlo el sistema para satisfacer sus propia necesidad de reproducción y de ganancia progresiva. Así el sistema de producción produce no sólo bienes y servicios materiales sino que también modela individuos para el consumo transformando los valores de uso de consumo, e incluso creando nuevas necesidades y nuevos consumos.

Las necesidades de salud las siente la población como un derecho humano e igualitario, como tal debe tratárselas.

Tanto la salud como el bienestar son tributarios de los modos sociales de producción que pueden modificar el contexto ecológico y social de la vida, los medios de subsistencia y las respuestas del individuo; este es el punto crucial y conflictivo que debe superarse en la civilización actual.

Por consiguiente las necesidades de vivir en salud que tiene todo ser vivo son muy distintas a las necesidades de servicios para recuperar la salud.

El volumen de la demanda varia mucho de una población a otra en relación al volumen y gravedad de la morbilidad, al grado de conciencia individual, al nivel de percepción de la enfermedad, al grado de desarrollo de los servicios médicos y sanitarios, al nivel de vida de la población, etc.



Por ejemplo, la alimentación podría considerarse una necesidad biológica (lo cual es cierto) e individual indispensable para subsistir, pero es una necesidad social por que el sistema social de producción nos distribuye los alimentos, por que la sociedad impone la ideología alimentaria y el simbolismo del rito de comer y, finalmente, la sociedad determina los precios de los alimentos, es decir, el acceso a ellos.

Finalmente, las verdaderas necesidades de vivir en salud no son tomadas nunca en cuenta. La población, los usuarios, quienes son los interesados en vivir en salud, no tienen voz ni voto y pesan en las decisiones sólo cuando están enfermos o muertos.

En un sistema como éste, a los usuarios sólo se les pide consumir, y consumen todos los servicios de salud que se les ofrecen. La experiencia internacional ha demostrado que mientras más servicios médicos, medicamentos, laboratorios, hospitales, etc., se ofrecen al público, más se utilizan con o sin relación directa con las necesidades reales de salud y de enfermedad; aparentemente, la oferta determina la demanda en salud. La realidad es que los usuarios están alienados, desposeídos de la capacidad de evaluar sus propias necesidades de salud y en enfermedad y han pasado a depender por completo del sistema de salud, de la propaganda farmacéutica, de las nuevas tecnologías, etc.

En realidad, lo difícil en este problema de las necesidades de salud es hacer coincidir una definición operacional de necesidades de salud con el derecho humano a la vida en salud y al tipo de salud que la población necesita.

Uno de los argumentos más sólidos en favor de la industrialización acelerada, es que la tecnología es necesaria para satisfacer las

necesidades humanas. En cambio ha sucedido que la tecnología, en vez de ser el producto de nuestras necesidades, crea sus propias exigencias e incluso entra en contradicción con nuestra biología. Esta situación no ha sido verdaderamente estudiada, tampoco se ha hecho ningún esfuerzo para adaptar la tecnología a nuestras verdaderas necesidades. Al contrario, las necesidades que no tienen satisfacción tecnológica son dejadas de lado: problemas sociales como la mala administración de los servicios públicos, la corrupción a cualquier nivel o a las injusticias sociales no parecen tener solución tecnológica. Quizá por esto continúan sin solución.

El hecho concreto es que, a pesar del progreso tecnológico y del desarrollo económico, el hombre no ha mejorado desde el punto de vista humano, ni del de bienestar, ni del de su salud.

La identificación de las necesidades de salud de una comunidad debe responder, según Galtung, a dos criterios.

1. Una necesidad debe ser una condición indispensable para la existencia del ser humano; si la insatisfacción de esta condición significa la desintegración o la destrucción del ser vivo, entonces se trata de una necesidad.
2. Una necesidad debe ser una condición indispensable a la existencia duradera de una sociedad humana; si la insatisfacción de esa condición significa la desintegración o la destrucción de la sociedad, entonces se trata de una necesidad.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> San Martín Hernan. **Salud y enfermedad**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. ed. 4a. México, 1984. pp. 58-62

Las demandas de salud de la sociedad muchas veces no obtienen la respuesta deseada, dada la diversidad de factores que influyen en el comportamiento del individuo frente a su propia percepción de necesidades de salud. Por otro lado, debemos considerar que las percepciones de las necesidades de salud de la población frecuentemente no coinciden con la identificación de necesidades elaboradas por el personal de salud o administradores de los servicios sanitarios, y que la visión de los políticos respecto a las necesidades y problemas de salud es también diferente.

Así pues las necesidad podemos medirla estimando la desviación en relación a la norma social establecida.

Cuanto más grande es la desviación con respecto a lo normal, más importante es la necesidad de salud de una población.

Para algunos sociólogos, el individuo en sociedad se caracteriza por una doble necesidad; la de adaptarse a la sociedad real en la que vive para su propia subsistencia, y la de superar esa misma realidad.

De esta forma la propia sociedad es quien define las exigencias de adaptación de los individuos. Estas varían en función de su pertenencia social, del puesto que ese individuo ocupa en la estructura social, de sus conocimientos y creencias, y, en definitiva de su percepción, como individuo, del mundo en que vive.

### **1.5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD**

Las necesidades se clasifican según Bradshaw, 1977 en;

**Necesidad normativa.** Es la que define el experto, el profesional y el administrador, en relación a una determinada norma deseada y óptima. Aquel o aquellos que no responden a esta norma son considerados en estado de necesidad. Así definida, la necesidad refleja necesariamente el estado actual de los conocimientos o valores de aquellos que la determinan.

**Necesidad sentida.** Se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean con servicios de salud.

**Necesidad expresada.** Equivale a la demanda de cuidados y de servicios por parte de los individuos.

**Necesidad comparativa.** Expresa la necesidad que debería tener un individuo o población que presente las mismas características que otra, donde haya sido previamente identificada una necesidad.

Esta taxonomía de las necesidades nos conduce a considerar, cuando se trata de determinar las necesidades de salud de la población, no sólo el punto de vista del profesional de la salud, el experto o la administración, sino las percepciones también de los individuos que ha de ser atendidos.

Este proceso es de gran envergadura, no sólo por la escala y la fragmentación información disponible para lograr dicho objetivo sino principalmente, y según afirma G. Dussault (1988), por que acerca de los factores que determinan las necesidades de salud y su influencia,

estamos todavía muy lejos de conocerlos todos y no sabemos muy bien cómo actuar sobre los ya conocidos.

A lo largo de los años, los cambios que se han producido en esa percepción de las necesidades de salud es lo que nos lleva a comprender las demandas de salud, las desigualdades en esta materia y, en definitiva, la elección de políticas de salud que tengan una mayor prioridad a nivel nacional. <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Alfonso Roca María Teresa. **Enfermería Comunitaria**. T. I. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1992. pp. 54.55

## 1.6 SALUD PÚBLICA

Se ha elaborado más que una definición, un amplio concepto de la salud pública, que se considera clásico. Con algunas adiciones sigue vigente hasta la actualidad. Sus objetivos son: "Prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia".

La salud y la prolongación de la vida, nada valen por sí mismas; Valen en cuanto permiten bienestar, eficiencia y capacidad de desarrollar acciones útiles al individuo y a la sociedad. Tales objetivos sólo pueden alcanzarse reza la definición "mediante el esfuerzo organizado de la comunidad".

Es frecuente que cuando se habla de comunidad, se piense que se trata solamente de personas con escasa cultura general y médica en particular; no es así. La comunidad la formamos todos, las autoridades, el público, el personal de salud de las instituciones, el médico y la enfermera en su trabajo privado. Solamente con la acción organizada y coordinada de todos, se podrán obtener resultados positivos para la salud.

Las funciones de la salud pública, y las áreas a las que dirige sus acciones, son:

1. "El saneamiento del medio"
2. "El control de las enfermedades transmisibles"
3. "La educación de los individuos en higiene personal"
4. "Organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades"
5. "El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud"

La definición concluye con una frase muy importante:

“Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar, del derecho a la salud y a la longevidad”.<sup>40</sup>

En síntesis, la salud es un recurso biológico que favorece la productividad del hombre y, por lo tanto, la economía de la población; esto se traduce en la elevación del nivel de vida, y como consecuencia el bienestar comunal. El ejercicio de la salud pública tiene como objetivo hacer llegar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas que administran los recursos en función de las necesidades del país,

De acuerdo con las ideas expresadas, la salud de una persona no es ajena a la de otros miembros del grupo humano al que pertenece. Aún cuando éstos no manifiesten cambios fisiológicos que denoten clínicamente una enfermedad semejante, se ha señalado que se altera la interdependencia e interrelación con los otros seres.

Si se trata de enfermedades que producen cierto grado de invalidez ya sea de manera transitoria o permanente, la repercusión sobre los otros miembros puede, finalmente, ser medida por indicadores económicos o por cambios en la dinámica del grupo. Cuando la enfermedad es de naturaleza infecto-contagiosa, el daño en la población tiene, en ocasiones, mayor trascendencia dada la participación epidemiológica que suele tener la persona infectada en la aparición de nuevos casos.

Siendo el hombre un ser gregario por excelencia, la convivencia con otras personas es imprescindible para el óptimo desarrollo de sus potencialidades; de aquí la importancia de considerar la salud como un

---

<sup>40</sup> Alvarez Alva Rafael. **Salud pública y medicina preventiva**. Ed. Manual Moderno. México 1992 pp.35

patrimonio del grupo al que pertenece el individuo y no como un objeto de propiedad exclusiva de cada uno de los miembros.

Es necesario, por lo tanto, atender la salud de los habitantes de un país de la misma manera que se administran los recursos naturales que brinda la geografía de éste.

El círculo vicioso tiene un reflejo en el campo propio de la medicina, en vista de que el peso de la enfermedad trae como consecuencia una alta inversión en atención médica... a expensas de limitar los recursos para la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud.

Vista la salud de una población en términos económicos, la inversión que se haga en ella reeditará en intereses medibles a largo plazo; su contribución al bienestar de las generaciones venideras es definitiva, y por lo tanto, lo que constituye un gasto en el presente, es sólo una inversión para el futuro. <sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Vega Franco Leopoldo. **Bases esenciales de la salud pública**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1995. pp. 4, 5, 7



## 1.7 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000". En 1978, en la reunión de Alma-Ata quedo establecido que para llevar acabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria a la Salud (APS), la que no se debe confundir con el Primer Nivel de Atención o con los Servicios Básicos de Salud. Posteriormente se definieron, para la región de las Américas, las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la atención primaria.

### INDICADORES

Esperanza de vida

Mortalidad infantil

Mortalidad de niños de 1-4 años

Servicios de vacunación

Agua potable, deposición de excretas

Cobertura de los servicios de salud

### METAS

Mayor de 70 años

Inferior a 30 por mil

Inferior a 2.4 por mil

A 100% de niños -1 año

A 100% de las embarazadas

100%

100%

La estrategia de atención primaria de salud tiene varios elementos:

- a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, discapacitado.
- b) Programa para la salud general: alimentación, 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 la atención primaria son integrales; es decir, no sólo a lo curativo sino fundamentalmente, a lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de Historia Natural de la Enfermedad.

Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos es necesario readecuar y organizar los recursos físicos, humanos y materiales, de tal forma que funcione 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.<sup>122</sup>

En el documento final elaborado por la conferencia, la denominada Declaración de Alma-Ata (Apéndice I), se definió la atención primaria como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

---

<sup>122</sup> Kroeger Axel. Luna Rolando. **Atención primaria de salud, principios y métodos.** Ed. OPS. México, 1992. pp. 5, 6

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen o trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En los cinco primeros puntos de esta declaración se abordan aspectos tan importantes como el reconocimiento por parte de todos los países representados de que:

La salud es un derecho fundamental.

Existe una grave desigualdad en el estado de salud de la población mundial.

Es responsabilidad de los gobiernos el cuidado de la salud, que a la vez, requiere la participación y el auto cuidado de la comunidad.

Considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, y todo el personal de salud y desarrollo de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hizo una declaración que se puede resumir en los siguientes puntos.

1. Igualar el grado de salud de la población, es decir, propiciar la equidad en salud.
2. Promover hábitos saludables que conserven la salud de la población y luchar contra los estilos de vida que producen enfermedad.
3. Evitar factores de riesgo ambiental a través de políticas mundiales de protección al medio ambiente.
4. Orientar la prestación de los servicios de salud hacia una mejor aprovechamiento de los recursos, a la vez que se potencia la participación de los individuos, familias y colectividades.
5. Potenciar la investigación en las ciencias de la salud como instrumento que posibilita la mejora de la salud de la población.

6. Facilitar todos los aspectos que permitan el desarrollo de los puntos anteriores. Esta es una tarea que afecta tanto a las autoridades sanitarias como a los políticos, profesionales de la salud y a la población. <sup>25</sup>

## **CARACTERÍSTICAS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

Una lectura minuciosa y exhaustiva de la definición de atención primaria de salud permite identificar elementos que caracterizan y especifican este nivel de atención. Así la atención primaria debe ser:

1. Una atención integral, al considerar al ser humano en todas sus dimensiones: biológicas, psicológicas y sociales, sin perder de vista el medio ambiente en el que vive el ser humano.
2. Una atención integradora de todas las actividades que se llevan a cabo tanto desde el equipo de salud como desde otros sectores coordinados.
3. Una atención continuada y permanente, es decir, que debe prestarse atención durante toda la vida del individuo y, además, sin interrupción en el tiempo y con independencia del ámbito en el que la persona se encuentre.
4. Una atención activa, que implica la búsqueda y la investigación diligente de las necesidades de salud de la población, sin esperar a que sea esta la que demanda atención.
5. Una atención accesible, es decir, adecuada tanto desde el punto de vista físico como organizativo, a través de horarios, comunicaciones y

---

<sup>25</sup> Alfonso Roca María Teresa. **Enfermería Comunitaria**. T. I. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1992. pp. 36, 37

- transporte, información, etc., que permitan al usuario acceder fácil y rápidamente a los servicios de salud.
6. Una atención prestada por equipos multidisciplinarios, que posibiliten una visión más rica y eficaz para la solución de los problemas de salud de la comunidad y del individuo.
  7. Una atención comunitaria y participativa, puesto que el individuo es responsable de su salud y de la de su comunidad y, por tanto, deben tomar parte activa en todos los diseños y planes de intervención comunitaria que se realicen.
  8. Una atención programada y evaluable, es decir, una atención en la que se utilice la programación de salud como metodología básica y en la que se evalúen tanto los resultados de las inversiones sanitarias, como su costo, su eficacia y efectividad o la praxis de los distintos grupos profesionales.
  9. Una atención docente e investigadora para profundizar y desarrollar los conocimientos propios y específicos de este nivel de atención. La docencia y la investigación, llevadas a cabo tanto en el pregrado como en el postgrado, forma parte del conjunto de actividades que se han de desarrollar los equipos de atención primaria de salud.

La interpretación de esta definición ha llevado a Vuori a la consideración de la atención primaria como:

1. La consideración de la atención primaria de salud como una serie de actividades es una forma programática de entenderla.  
Así se recogen los principales aspectos que deben realizarse desde este nivel de atención.
2. Entendida como nivel asistencial, para atender tanto a los individuos sanos como a los enfermos, desde el primer contacto con el sistema sanitario, hace hincapié en la prevención de la enfermedad y la

promoción de la enfermedad y la promoción de la salud, a la vez que potencia el auto cuidado y la participación de la comunidad.

3. Desde el punto de vista de la atención primaria como estrategia de organización de los servicios sanitarios, se entiende que todo sistema de salud debe cumplir unos requisitos para atender a todos los ciudadanos. Estos requisitos, implícitos en la definición antes mencionada, constituyen además los elementos conceptuales básicos y característicos de la atención primaria de salud.
4. Interpretada como una filosofía, la atención primaria significa una forma de entender la prestación de los servicios de salud como principio solidario y equitativo para todos los países e individuos del mundo.

Así mismo Vuori señala que, si una de estas perspectivas es desarrollada en solitario, sin la intervención de las otras tres se obtiene una atención primaria de salud incompleta, a la que le faltan los otros aspectos o puntos de vista.<sup>241</sup>

## **CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

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

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

---

<sup>241</sup> Caja López Carmen. **Enfermería comunitaria**. T. III. Ed. Salvat Barcelona, España. 1993. pp. 53-55

establecidas en él. Esta primera toma de contacto ha de ser mutuamente interactiva en el sentido de que no se limite el acceso a la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea éste el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y la autorresponsabilización respecto a la propia salud, a través de actividades realizadas en las consultas y en el seno de las instituciones propias de la comunidad.

La APS como estrategia de organización de los servicios de salud hace referencia a la necesidad de que estén diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la atención primaria. Al mismo tiempo, los servicios de salud deben mantener una relación adecuada costo-beneficio en sus actuaciones y resultados y estar abiertos a la colaboración intersectorial. Potenciar la estrategia de la APS en un país significa proceder a una adecuada redistribución de los recursos totales (humanos, materiales y financieros) empleados en el sistema de salud. <sup>25</sup>

Según las tendencias internacionales actuales, promovidas y apoyadas por la OMS, la atención primaria a la salud (APS) parece ser la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social y que inspire en un espíritu de justicia. Esto es válido para todos los países, desde los más desarrollados hasta los de menos desarrollo, aunque lógicamente adoptaran diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales.

---

<sup>25</sup> De la Revilla. **Atención Primaria**. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1991. pp. 6-8

La situación actual mundial es de importantes desigualdades en salud, tanto en los países como entre distintas comunidades de un mismo país, o incluso de una misma ciudad. Los recursos de salud suelen concentrarse en sectores limitados de población, generalmente urbanos, quedando prácticamente desguarecida una elevada proporción de la población y existiendo además, gravísimas desigualdades dentro de las ciudades.

La situación se complica y agrava cuando tenemos en cuenta que, además este sistema de salud resulta costoso y crea desigualdades sociales, generalmente se organiza al margen de desarrollo social y económico, limitándose a prestar una asistencia médica, sin tener en cuenta que la industrialización y los cambios sufridos en la medio ambiente han creado problemas de salud cuya solución no puede ni debe ser únicamente este tipo de asistencia.

La preocupación de estos temas ha llevado a la búsqueda de soluciones para mejorar el estado de salud de las poblaciones de la forma más adecuada.

Parece ser que ésta sería la atención primaria a la salud, como un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y con plena participación. Esto debería hacerse, no como una simple extensión de los servicios básicos de asistencia en salud o médica o asistencia primaria clásica, sino de manera que abarque sistemas sociales y de desarrollo, lo que, por otra parte significa también que si se aplica de forma apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud.



### **1.7.1 FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

La conferencia internacional de la OMS celebrada en Alma-Ata (Apéndice I del capítulo 4) estableció las funciones mínimas que deben llevar a cabo los servicios de salud de la atención primaria:

1. Promoción de la salud
2. Prevención de la enfermedad
3. Tratamiento de los problemas de salud
4. Rehabilitación

La elección de estas cuatro funciones responde a la comprobación de que se ha producido un cambio progresivo en los patrones de morbimortalidad, con unas claras diferencias y desigualdades entre las comunidades urbanas y rurales. En ambos tipos de sociedad las funciones que debe cumplir la atención primaria son igualmente importantes y debe hacerse mayor hincapié en una u otra dependiendo de los recursos y de las necesidades de cada comunidad.<sup>25</sup>

### **ALGUNAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- a) Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esencial. Esto implica, en la realidad, establecer prioridades; la tienen los grupos rurales y urbanos marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.

---

<sup>25</sup> Caja López Carmen. **Enfermería comunitaria**. T. III. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1991. pp. 6-8

- b) Con respecto al contenido de los programas, deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
- c) Entre las características deben figurar la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), la equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y la continuidad (no deben ser esporádicos, como los servicios móviles).
- d) Debido a los cambios de carácter económico, social y demográfico que pueden ocurrir, conviene hacer un análisis y una selección cuidadosa de los posibles elementos del programa que se necesitan para satisfacer necesidades prioritarias, como son las de salud materno-infantil, inmunización, lucha contra las enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por contacto sexual, salud mental, enfermedades cardiovasculares y otras de tipo crónico, salud ocupacional, etc. La alimentación y nutrición, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento básico se consideran requisitos fundamentales para la protección de salud, y se clasifican como actividades intersectoriales y la participación de la comunidad.
- e) Aparte de la estructura programática que corresponde a cada caso particular, hay que destacar la necesidad de desarrollar los distintos programas de manera que las atenciones prioritarias, las normas, la tecnología, los recursos y el tipo de servicio de cada elemento constitutivo armonicen y se refuercen mutuamente, en lugar de competir entre ellos por la obtención de recursos escasos (la realidad está todavía muy lejos de este ideal).
- f) Si bien existe una definición universalmente, se han planteado diferencias de interpretación expresadas en los objetivos "comprehensiva" o "selectiva". Los que propician una APS "selectiva" reducen los contenidos prioritarios a 4 "funciones": programa ampliado de inmunizaciones, control de enfermedades endémicas,

cuidados nutricionales y educación para la salud. Para propiciar este enfoque circunscrito se aboga que estas áreas representan la posibilidad de metas realistas intermedias con respecto al objetivo global de salud y que ellas pueden garantizar una mayor eficiencia (costo-beneficio) y efectividad (impactos) en el plazo previsto.<sup>27</sup>

### **1.7.2 ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)**

La salud comunitaria puede considerarse como una expresión de la interacción de los factores biológicos, sociales, culturales y conductuales de la comunidad, su entorno y recursos materiales, y sus servicios de salud. La salud, a su vez, puede tener influencias sobre cada una de las características ampliamente definidas. En lo que se refiere a la salud como un estado de bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad, es esencial que la atención primaria comunitaria incluya funciones de promoción, prevención, alivio, curación y rehabilitación.

Con este fin la atención primaria utiliza métodos diversos, que se solapan y se refuerzan entre sí:

1. Atención personal individual del enfermo, o de los individuos que soliciten consejo y guía para mejorar su salud, inmunización u otro tratamiento de prevención para ellos mismos o sus familias.
2. Fomentar la modificación de la conducta: En contactos individuales, en pequeños grupos y mediante la educación para la salud en el curriculum escolar, educación de masas y comunitaria a través de los medios de comunicación, prensa, radio y televisión.

<sup>27</sup> Kroeger Axel, Luna Rolando. **Atención primaria de salud, principios y métodos**. Ed. OPS, México, 1992. pp. 9,10

3. Control del entorno. La prevención de la contaminación ambiental, protección e interacción contra riesgos ambientales y la promoción y mantenimiento de un entorno sano no sólo para la población global, sino también en los hogares, lugares de trabajo, clases, comercios y otros lugares de reunión de la población.

Los cinco atributos que se consideran esenciales para la práctica de una buena atención primaria son: accesibilidad, globalidad, coordinación, continuidad y responsabilidad.<sup>28</sup>

### **LOS REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD**

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

---

<sup>28</sup> Kark L. Sidney. Emily Kark. **Atención primaria orientada a la comunidad**. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1994. pp. 13

## **LOS ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD**

El desarrollo de la APOC supone los siguientes elementos:

1. Definición y descripción de la población de la que el servicio es o se siente responsable. Esta comunidad definida es la población diana para la vigilancia y atención, así como la población denominador para la medición del estado de salud y las necesidades y para la evaluación del servicio.
2. El uso de técnicas epidemiológicas y clínicas apropiadas como funciones complementarias. Debe existir un sistema de registro de las actividades epidemiológicas, y de atención sanitaria comunitaria e individualizada.
3. Programas definidos comunitarios o de grupo para tratar problemas de salud de la comunidad o sus subgrupos, en el marco de la atención primaria. Dichos programas pueden incluir intervenciones de promoción de la salud, prevención primaria o secundaria, tratamiento curativo, paliativo o de rehabilitación, y pueden llevarse a cabo junto con otras agencias.  
Los programas se basan en los fundamentos epidemiológicos de diagnóstico comunitario.
4. La implicación de la comunidad en la promoción de su salud. La implicación de la comunidad puede considerarse como un requisito previo para el funcionamiento satisfactorio y continuado de la APOC.
5. Accesibilidad que no se limita a la accesibilidad geográfica (la consulta de la APOC debe localizarse idealmente en la comunidad a la que sirve), sino que se refiere también a la ausencia de barreras físicas, sociales, culturales, de comunicación o de otro tipo.<sup>29</sup>

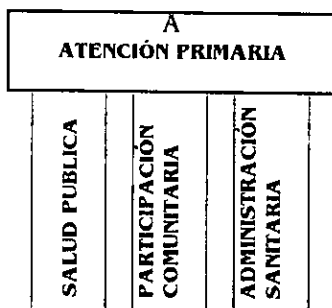
<sup>29</sup> Idem. pp. 19-21

## PASOS DEL CAMBIO DE CUIDADOS PRIMARIOS A ATENCIÓN PRIMARIA<sup>(30)</sup>

DE		A
Enfermedad	Enfoque	Salud
Curación		Prevención
Tratamiento	Contenido	Promoción de la Salud
Cuidado episódico		Cuidados continuados
Problemas específicos		Cuidados integrados
Práctica médica individual	Organización	Práctica en equipo
Sector sanitario		Personal distinto al médico
Dominación profesional	Responsabilidad	Colaboración intersectorial
Recepción pasiva		Participación comunitaria
		Auto participación

### LOS PILARES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

#### ORIENTADA A LA COMUNIDAD



<sup>30</sup> Ibidem. pp. 22

Para lograr una participación comunitaria intensa y productiva se necesita de una relación adecuada con el sector de salud, que debe estar de acuerdo con los deseos de la comunidad y asistir activamente a su implementación. Los profesionales de salud tienen que cooperar con el proceso, y su dominio se debe reducir a medida que la gente y la sociedad asumen que la salud no es sólo un derecho, sino una responsabilidad de todos. <sup>31</sup>

El proceso de desarrollo de la APOC implica conocer las necesidades o los problemas de salud de una población, a través de la recogida de datos referidos a aspectos de salud y su posterior elaboración, proceso que se denomina examen preliminar de salud de la comunidad. La finalidad de este proceso es hacer frente a las necesidades prioritarias de salud de la comunidad mediante un programa de salud. Como las posibilidades de intervención sobre todos los problemas identificados son, en general limitadas, conviene someterlos a una elección que permita actuar sobre aquel o aquellos que son prioritarios.

Se define el examen preliminar de salud de la comunidad como el "proceso de recogida de datos y su posterior elaboración en información que permita conocer cuáles son las necesidades de salud de la población que los servicios sanitarios deben atender, y cuya evolución en el tiempo permite, además priorizar los problemas según su importancia en la comunidad". Años más tarde L. de la Revilla y cols. lo definen como un estudio sistemático de una comunidad, del que se obtiene como resultado una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud de la comunidad, así como los factores que la determinan.

---

<sup>31</sup> Turabian José Luis. **Participación comunitaria en salud**. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, España. 1992. pp. 31,32

Desde la perspectiva de la atención primaria, la aproximación al conocimiento al estado de salud, o examen preliminar, debe relacionarse con las actuaciones sobre los problemas de salud identificados. Desde los niveles superiores del sistema de salud (planificación, administración y gestión), la utilidad del conocimiento del estado de salud y sus determinantes estará referida a la necesidad de adecuar los recursos existentes para el mantenimiento o la mejora de un determinado estado de salud.

La otra alternativa, el tradicional Diagnóstico de salud, sería un estudio exhaustivo de todos los factores relacionados directa o indirectamente, con la salud; el diseño de instrumentos de medida específicos y el análisis de los recursos existentes, de las actividades de los servicios de salud y de sus resultados. El objetivo del diagnóstico de salud comunitario es la valoración de la equidad, la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud. El enorme esfuerzo que requiere la recogida y el análisis de la información que debe realizar el equipo de salud, unido al coste de esta alternativa en recursos y en tiempo, determina que a menudo sea poco aconsejable.

### **1.7.3 TIPO DE INFORMACIÓN QUE HAY QUE RECOGER EN LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD**

En la información que hay que recoger en la APOC pueden distinguirse dos grandes apartados:

1. Información sobre los factores que determinan el estado de salud de las personas y de la comunidad.
2. Información que hace referencia directa al estado de salud de esos individuos y de esa comunidad.



Tanto la información referida al primero de los apartados como al segundo debe estar expresada en forma de indicadores, es decir constituyendo tasas que permitan su comparabilidad.

1. Información demográfica
2. Información económica
3. Información sociocultural
4. Información medio ambiental
5. Información de los recursos comunitarios
6. Información sobre la utilización de los servicios de salud

La información que hace referencia directa sobre el estado de salud está representada por:

7. Información sobre mortalidad
8. Información sobre morbilidad
9. Información sobre incapacidad y dependencia
10. Información sobre calidad o nivel de vida
11. Información sobre la salud autopercebida<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Caja López Carmen. **Enfermería comunitaria**. T. III. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1993. pp. 145-149

## **1.8 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se recibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud.

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

1. Establecer una política saludable. La salud es responsabilidad de todas las personas que elaboran la política, en todos los niveles y a todos los sectores; es decir, la salud debe ocupar un lugar prioritario en las políticas de los gobiernos.

Este campo fue desarrollado en la conferencia sobre Promoción de la salud, celebrada en Adelaida (Australia) en 1988, cuyo planteamiento señala que la principal meta de una política pública saludable es crear que permitan llevar a la población a una vida sana y donde las opciones saludables sean posibles y fáciles.

2. Crear ambientes favorables. Se debe conservar el medio ambiente y los recursos naturales, pero sin olvidar el medio ambiente artificial en el que vivimos los hombres y que se compone de aspectos sociales,

aspectos sociales, económicos, políticos. etc. Por ello, tanto el trabajo como el ocio deberían ser una fuente de salud. Es imprescindible evaluar periódicamente la repercusión que tiene el entorno en la salud, para intervenir en consecuencia y garantizar la salud.

3. Reforzar la acción comunitaria. Sin la participación de las personas es imposible conseguir los objetivos propuestos; por tanto, se debe contar con las comunidades para establecer prioridades de salud, tomar decisiones, plantear estrategias y llevarlas a cabo, con unos acuerdos basados en el consenso multisectorial.
4. Desarrollar las habilidades personales. Se intenta que los individuos comprendan los factores que influyen en la salud y sepan actuar sobre ellos buscando ayuda cuando lo precisen, en cualquier ambiente y en cualquier etapa de su desarrollo.
5. Reorientar los servicios de salud. Se destaca el importante papel de la promoción dentro del sistema de salud, que debe modificar su organización y orientación para satisfacer la totalidad de las necesidades del individuo considerado en su globalidad.<sup>35</sup>

El papel de los profesionales de salud es a pesar de la situación actual de responsabilidad en el sector terapéutico a una actuación en la promoción de la salud. Para hacerlo, es necesario reconocerlo previamente que la mayoría de las causas de pérdida de la salud están fuera de la influencia directa de los profesionales de la salud, y que estos deben estar dispuestos a trabajar con aquellos otros sectores que pueden influir en las causas de la enfermedad.

---

<sup>35</sup> Alfonso Roca María Teresa. **Enfermería Comunitaria**. T. I. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1992. pp. 38, 39

## **LOS DESAFÍOS DE LA SALUD**

A medida que ampliamos y profundizamos nuestra comprensión de la salud, comenzamos a percibir con mayor claridad la importancia y magnitud de los desafíos que asechan en este campo. También llegamos a la conclusión de que nuestro sistema de salud, tal como es en la actualidad, no sirve para enfrentarse correctamente a los principales problemas de salud de nuestro tiempo.

Los desafíos a que nos enfrentamos hoy día no pueden ser nuevos; ya habían sido identificados por separado en distintas ocasiones. Sin embargo, su consideración conjunta nos permite identificar ciertas tendencias. Estas tendencias sugieren que debemos inclinarnos hacia el enfoque denominado promoción de la salud.

**Desafío 1.** Reducir las desigualdades. El primer desafío a que nos enfrentamos radica en encontrar la forma de reducir las desigualdades con respecto a la salud de los grupos de bajos ingresos en comparación con los de ingresos más altos. La pobreza afecta a más de la mitad de las familias con un sólo progenitor, que en la inmensa mayoría de los casos es la madre. Todos ellos pertenecen a grupos para los que la afirmación “una vida más larga, pero una salud peor” es una dura realidad.

Hasta ahora no hemos hecho lo suficiente para corregir estas desigualdades. A medida que buscamos las políticas de salud que nos permitan llevar con confianza al país hacia el futuro, resulta cada vez más evidente que la reducción de las desigualdades en el campo de la salud entre los grupos de ingresos más altos y los bajos constituye uno de nuestros desafíos, principales.

**Desafío 2.** Incrementar el esfuerzo preventivo. Nuestro segundo desafío consiste en encontrar modos nuevos y más eficaces de prevenir la

aparición de lesiones, enfermedades, trastornos crónicos y las incapacidades consiguientes.

La prevención comprende la identificación de los factores que causan un proceso, y a continuación reducir o eliminar dichos factores. Hoy en día, los trastornos, las lesiones y las discapacidades a que dan lugar son consecuencia de numerosos factores interrelacionados. Ello implica que la prevención es una tarea mucho más compleja de lo que pudiéramos haber imaginado.

**Desafío 3.** Incrementar la capacidad de afrontamiento de las personas. Consiste en incrementar la capacidad de las personas para manejar y afrontar esos procesos crónicos, discapacidades y problemas de salud mental, etc.

Sabemos que la ansiedad, la tensión, la tristeza, la soledad, el insomnio y la fatiga son a menudo síntomas de un estrés mental que se manifiesta de muchas formas, incluyendo los malos tratos a los niños, la violencia familiar, el abuso de fármacos, drogas o alcohol y el suicidio. Los problemas asociados al estrés mental pueden aparecer en los momentos de crisis o a consecuencia de una acumulación de circunstancias.

Reducir las desigualdades, ampliar el esfuerzo preventivo y mejorar la capacidad de afrontamiento de las personas son los desafíos más importantes a los que nos enfrentamos y a los cuales debemos destinar nuestros esfuerzos y la disposición de recursos a lograr estos objetivos.

Hasta aquí hemos descrito una visión general, positiva, de la salud y destacado tres desafíos de la mayor importancia a nivel nacional. Nuestra responsabilidad última radica en garantizar la conservación y mejora de la salud, objetivo que sólo podemos alcanzar cuando cada uno de nosotros tenga la ganancia de un acceso igual a la salud. Sin embargo,

resulta evidente que las políticas y prácticas actuales no bastan para garantizar que los hombres y mujeres de todas las edades, y procedencias dispongan de una oportunidad similar de lograr la salud.

## **EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Nuestra conclusión es que la promoción de la salud contiene un considerable potencial para afrontar los complejos desafíos en materia de salud a que se enfrenta nuestro país.

El marco para la promoción de la salud aquí descrito en el medio con el que unir las ideas y las acciones que consideramos fundamentales para lograr la salud, objetivo que constituye nuestra aspiración. Otros componentes esenciales del marco son un conjunto de mecanismos de promoción de la salud y una serie de estrategias de ejecución.

Ahora presentamos estos mecanismos y estrategias, detallando su relación, tanto mutua como los desafíos planteados para la promoción de la salud.

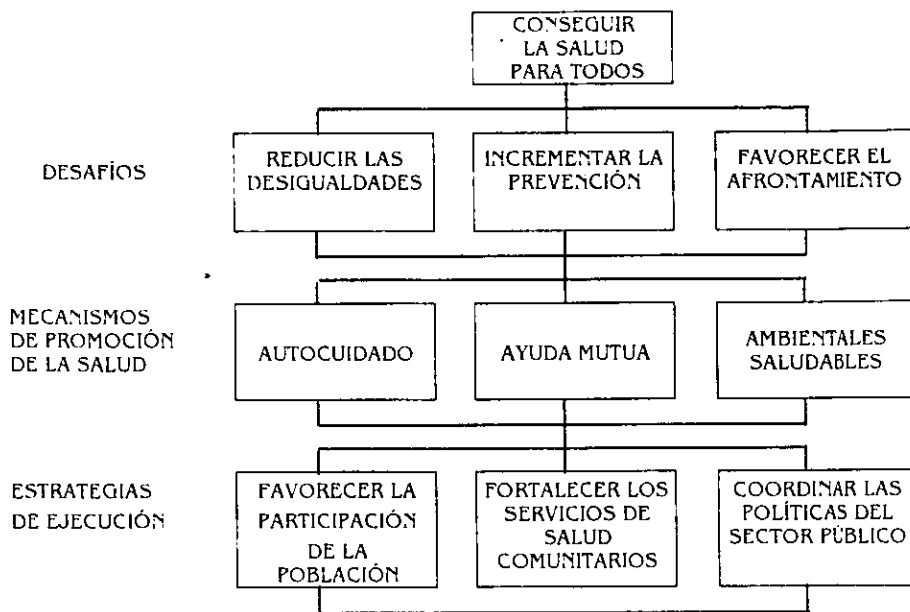
Creemos que la promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos.

Auto cuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud;

ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y

- Entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Cuando hablábamos de auto cuidado, nos referimos a las decisiones tomadas y a las prácticas adoptadas por un individuo con la intención específica de conservar su salud.



Un marco para la promoción de la salud <sup>(34)</sup>

<sup>34</sup> Organización Panamericana de la Salud. OMS. **Promoción de la Salud**. D.C. OPS, 1996. pp. 31

### 1.8.1 ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN DE CAMPO

Consideramos que las estrategias o procesos más importantes sobre los que podemos actuar con firmeza como respuesta a los desafíos a que se enfrenta la salud son:

**Estrategia 1.** Favorecer la participación de la comunidad y/o población. Favorecer la participación de la población significa ayudar a las personas a tomar el control de los factores que influyen en su salud. Debemos equipar y hacer capaces a las personas de actuar de forma tal que conserven o mejoren su salud.

La conclusión es evidente: la participación de la población no es sólo valiosa sino imprescindible para lograr la salud.

**Estrategia 2.** Fortalecer los servicios de salud comunitarios. Una orientación dirigida a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad supone que los servicios de salud comunitarios deberán centrarse sobre todo en la corrección de los problemas de salud que hemos identificado. Por ejemplo, implica que harán más esfuerzos por proporcionar servicios a los grupos más desfavorecidos. Además implica que las comunidades participarán más activamente en la planificación de sus propios servicios y que se reforzarán los lazos entre las comunidades y sus servicios e instituciones. De esta forma, los servicios de salud comunitarios se convertirán en agentes de la promoción de la salud, adoptando una misión esencial en el fortalecimiento del auto cuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables. Ello supondrá una coordinación mucho más estrecha entre sus programas y los de los servicios sociales, a fin de mantener el ritmo del esfuerzo de promoción de la salud.



**Estrategia 3.** Coordinar políticas saludables. Todas las políticas que influyen directamente en la salud deben ser coordinadas. La lista es larga y comprende, entre otras, la seguridad de los ingresos, el empleo, la educación, la vivienda, los negocios, la agricultura, el transporte, la justicia y la tecnología. No será tarea fácil coordinar las políticas de los distintos sectores, puesto que todos ellos tienen, como es obvio, sus prioridades. Debemos tener en cuenta que para estos otros sectores la salud no es necesariamente prioritaria.

Conviene afirmar ahora que cualquier estrategia o mecanismo, por sí sólo, tiene escaso impacto. Sólo reuniendo las distintas piezas, asignando los recursos y estableciendo las prioridades podremos asegurarnos que la promoción de la salud tendrá un significado y cobrará vida. ”

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD POR MEDIO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA Y SOCIAL**

Las relaciones entre los factores sociales y medioambientales y la enfermedad son bien conocidas en el campo de la salud pública. En consecuencia, son dos los retos que se plantean: 1) Cómo, cuándo y dónde intervenir para modificar los factores de riesgo, y 2) cómo evaluar la efectividad, la relación costo-beneficio y la aceptación sociocultural de tales intervenciones de salud pública.

Aunque los intentos de modificación de los factores de riesgo individuales son, evidentemente, importantes, representan tan sólo una de las caras de la moneda. En la otra cara se encontraría la contribución de los distintos aspectos de un sistema social más amplio... incluyendo la política del gobierno, las prioridades de organización y los

---

” Idem. pp. 32-35

comportamientos profesionales. Cuando se investigan nuevos modelos de prevención primaria o secundaria, particularmente los dirigidos hacia los subgrupos más vulnerables de la sociedad, tales características podrían ser vehículos más eficaces para lograr el cambio social. La investigación ha demostrado ya que una estrategia de población global resulte más eficaz y muestra una relación costo-eficacia mejor que el enfoque orientado hacia el alto riesgo individual.

El mayor problema es que los esfuerzos hechos para persuadir a la población de que acepte cambiar voluntariamente determinados factores de riesgo han tenido hasta la fecha, por desgracia, poco éxito.

Política social: Mientras continúen dilapidándose los recursos cada vez más escasos en procedimientos prácticamente ineficaces o de eficacia no comprobada, el estado no podrá financiar un paquete mínimamente adecuado que permita reducir las desigualdades y facilite el acceso de los más pobres al sistema de salud.

En términos generales, la igualdad de acceso significa que los que gozan de mayores ventajas relativas reciban más atención (sea esta eficaz o ineficaz) mientras que los pobres reciben menos atención, aunque pagan desproporcionadamente más por ella a causa de una estructura impositiva regresiva.

Las tres contribuciones del sistema son interdependientes: la política gubernamental puede influir en las organizaciones y, en última instancia, modificar el comportamiento de los proveedores, en una escala progresivamente descendente. Por desgracia los cambios de las prioridades organizativas y de las prácticas profesionales rara vez se basan en pruebas científicas o en los hallazgos de la investigación sobre servicios de salud; por el contrario tienden a seguir al dinero.

Aunque se afirme lo contrario, tarde o temprano todo comportamiento profesional dependerá de las necesidades económicas. Las tasas que reflejan las desigualdades en el campo de la salud reflejan de cerca el comportamiento del dinero, puesto que las organizaciones exigen a los profesionales que sigan ese mismo comportamiento.<sup>36</sup>

Sin embargo en nuestra opinión, la expresión directa de las necesidades de salud de la comunidad y la identificación de los problemas de salud es posible siempre que se efectúen a nivel local o comunal, que permite el acceso directo a la gente y al ambiente de vida. Los indicadores de niveles más altos no los expresan realmente por que ellos ocultan la realidad local que no aparece en esos promedios generales.

Por otra parte, hay que esperar que los resultados de la investigación de las necesidades de salud de la población sean más o menos contradictorios, y si esta actividad se hace a nivel local siempre habrá oportunidad para armonizar las contradicciones.

## **1.9 EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

El comité de expertos de la OMS define la educación para la salud como “el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, aptitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella”. Con respecto a los medios para lograr tales cambios, el mismo comité refiere los “esfuerzos formales adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de

---

<sup>36</sup> Ibidem. pp. 60-67

los conocimientos, las aptitudes y los tipo de conducta favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad”.

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

Griffiths. Señala que “la educación para la salud intenta llenar el vacío entre los que se conoce científicamente acerca de la conducta necesaria para obtener un nivel óptimo de salud, y lo que realmente práctica la población. Los esfuerzos en educación para la salud deben ser enfocados, en primer lugar, al individuo que carece de conocimientos adecuados para mantenerla, y en segundo término, al individuo que, teniendo tales conocimientos, no los práctica por diversas razones. Al tratar de llenar este vacío, la educación para la salud no sólo, concierne al individuo y a su familia, sino que debe extenderse a las instituciones sociales y a las condiciones económicas que facilitan o impiden al individuo el máximo nivel de salud posible”.

### **1.9.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MÉXICO**

Como parte de las acciones que conciernen a las autoridades de salud pública, de acuerdo con el Código sanitario en vigor, la educación en aspectos de salud es una responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como de otros organismos gubernamentales, descentralizados y privados. En colaboración con las autoridades educativas del país la Dirección de Educación Higiénica asesora la personal del magisterio nacional, y proporciona unidades educativas para el proceso educacional en materia de salud en los niños.

Otras instituciones de seguridad social, como IMSS, ISSSTE, cuentan también con servicios especializados en educación para la salud, dirigidos a la población derechohabiente. Las actividades educacionales en estas instituciones se orientan al reforzamiento de las formas de conducta más apropiadas para preservar la salud y prolongar la vida.

La realidad social y económica del país requiere de un amplio espectro de actividades en educación para la salud, con base en las prioridades que pueden encontrarse en diversas regiones y en diversos extractos de la población. Es bien sabido que existen áreas del territorio nacional en las que todavía las enfermedades infecciosas y parasitarias son la primera causa de mortalidad y morbilidad. La contaminación del agua y de los alimentos la inadecuada disposición de excretas, y las condiciones de hacinamiento y promiscuidad en habitaciones carentes de todo tipo de servicios, hacen sumamente difícil la labor del personal de salud, incluyendo al educador. Es obvio que precisamente quienes viven en esas condiciones son aquellos que más atención requieran para modificar el ambiente y forma en ellos hábitos favorables para la salud.

Así pues la población nacional muestra una gran diversidad de necesidades en lo que se refiere a los problemas de salud y en consecuencia se requiere de la educación para llenar los vacíos existentes en información acerca de las actitudes y la conducta más apropiada de la promoción de la salud a nivel individual y colectivo. La participación activa de los profesionales de salud por quienes desarrollan sus actividades en instituciones gubernamentales o descentralizadas, como por quienes se dedican a la práctica privada, es el punto de contacto más importante en la educación para la salud en comunidad. <sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Vega Franco Leopoldo. **Bases esenciales de la salud pública**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. S. A. de C. V. 14a. reimpresión. México, 1995. pp. 89-97

- Aunque la información es necesaria, no es suficiente; sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido en cambio favorable para la salud.
- La educación para la salud es enseñanza-aprendizaje; por tanto involucra tanto a quienes la imparten como a los que la reciben: aquellos informando y motivando; éstos, realizando el cambio que se pretende conseguir, con base en sus "motivos" o intereses.
- El cambio de actitud o de conducta sólo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adaptación conscientes de las medidas propuestas: es una acción que deben llevar acabo los individuos que se educan.
- La educación para la salud busca un "proceso de cambio" es decir una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos: si son negativos hay que cambiárselos por acciones favorables a la salud. Dicha sustitución, resultado de la acción voluntaria de los propios individuos, es con frecuencia lenta y progresiva.
- La autorresponsabilidad en la salud implica aprovechar y aplicar los recursos disponibles para alcanzarla, no sólo para el bienestar personal o familiar, sino también para el de la colectividad. Es éste uno de los propósitos de la participación de la comunidad en las acciones de salud. <sup>38</sup>

<sup>38</sup> Álvarez Alva Rafael. **Salud pública y medicina preventiva**. Ed. Manual Moderno. México, D. F. 1992. pp. 45. 46

## **EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA**

La educación para la salud puede aplicarse de manera individual o colectiva. En ambos casos puede dirigirse a la promoción y fomento de la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento de la autorresponsabilidad de la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud, sean oficiales o privadas.

La educación colectiva debe cumplir con los siguientes pasos:

Análisis del problema, sensibilización de la población, publicidad o propaganda, motivación y educación propiamente dicha.

El análisis del problema no es otra cosa que el diagnóstico de salud de una comunidad, que forma parte de la planeación de los programas sanitarios en general. Este diagnóstico incluye: Primero el conocimiento de los factores condicionantes de la salud (ubicación geográfica, condiciones socioeconómicas y culturales de la población, saneamiento ambiental).

Segundo, los daños a la salud, que se conocen a través de los índices de morbilidad y mortalidad, y tercero, los recursos materiales y humanos de que se dispone para mejorar la salud colectiva.

La sensibilización es una información no muy bien detallada de los propósitos y de las actividades del programa: pretende despertar cierto interés en el público para disponerlo a aprovechar los servicios del mismo.

La publicidad o propaganda es indispensable en la educación colectiva. Se utilizan para ella, la radio, la televisión, y la prensa, así como la distribución de carteles y folletos; estas acciones deben complementarse con pláticas informativas.

La motivación pretende despertar el interés de los individuos y decidirlos a aceptar voluntariamente lo que se les propone. Como se sabe la motivación es una acción doble en la que intervienen tanto el educador como las personas a quienes se educa.

La educación propiamente dicha, como ya se ha mencionado, pretende un cambio de conducta favorable a la salud. Sólo cuando se ha logrado este cambio, puede decirse que la educación se ha realizado. Esta es una labor difícil y permanente que requiere dedicación, constancia y paciencia por parte de quien la realiza, así como un sincero deseo de ayuda y orientación a los demás. Requiere, además un claro conocimiento de las necesidades, intereses y aspiraciones de la población, así como de su cultura, es decir cómo piensan, sienten, creen y actúan.

Es bien sabido que muchos de los factores culturales de una población constituyen un serio obstáculo para el cambio. La inteligencia, habilidad y don de convencimiento del educador ayudaran a vencer poco a poco dicho obstáculo.

Ha sido, costumbre limitar las acciones de información-educación, a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, en apoyo de los programas que con ese objeto tiene establecido el sector salud; es necesario, sin embargo, darles mayor protección siempre con el propósito de fomentar la salud de las poblaciones.

Para ello se requiere obtener la participación consciente y activa de los individuos que integran la comunidad. Es importante involucrarlos en los programas de salud, tanto en su planeación como en su desarrollo. Darles a conocer cuáles son sus objetivos y sus actividades, así como su estructura y organización que se les ha dado. Además hay que saber



escuchar sus observaciones y sugerencias, así como los inconvenientes y dificultades que , a su juicio, pudieran encontrarse, por ejemplo, rechazo o falta de aceptación a llevar acabo los programas por motivos culturales o religiosos. Del mismo modo solicitar su importante y necesaria colaboración, precisando en qué debe consistir. En otras palabras hacerles sentir que son parte de los programas, y que el éxito de los mismos está muy relacionado con su apoyo y participación. <sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Idem. pp. 47.48.49

## **1.9.2 PRINCIPALES DEFICIENCIAS EN LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA**

A pesar de haber transcurrido muchos años desde la conceptualización de la A. P. S., que incluye la educación para la salud como instrumento fundamental para lograr una mejora de las condiciones de vida de la población, muchos de los programas de salud comunitaria continúan siendo deficitarios.

Entre las causas que condicionan estas deficiencias podemos señalar las siguientes:

1. Frecuentemente los programas son diseñados a nivel central y no se adecuan a la realidad local. Esto puede manifestarse en diferentes formas:

Los objetivos perseguidos por los programas no responden a los problemas sentidos por la población al no haber sido definidos en función de ésta.

Los canales de información elegidos no logran llegar a los grupos objetivos: por ejemplo, el uso de carteles escritos para una población analfabeta o de mensajes televisivos para grupos que carecen de aparato receptor.

Se facilitan informaciones que no responden a preguntas o inquietudes de la población, o bien cuyos contenidos son incomprensibles por el propio lenguaje, ajeno a la población, o por ser contradictorio a sus vivencias y valores.

Se utilizan técnicas y materiales didácticos que no han sido puestos a prueba antes de su elaboración final y cuyo impacto educativo no ha

sido medido. Así, por ejemplo, el uso de métodos didácticos semejantes a los de la escuela, olvidando que se trata de adultos.

Otra falla que se comete en algunos programas de salud es no ser coherentes con la disponibilidad de recursos. A través de carteles, folletos películas y otros medios se estimula a la gente a utilizar servicios que están escasamente disponibles o totalmente ausentes.

Por ejemplo, el promover el uso de sales de rehidratación oral, cuando no son proveídas, fomentar medidas de higiene como hervir el agua cuando el costo del gas es alto.

2. Aunque se ha prestado mucha atención a la elaboración de programas y materiales para la educación en salud se ha descuidado con mucha frecuencia la preparación de las personas sobre quienes recae la responsabilidad de realizar actividades de educación y promoción de la salud. La mayoría de ellas no dispone, ni recibe la formación básica necesaria que le permita diseñar, organizar y realizar prácticas educativas de acuerdo a las necesidades y al contexto sociocultural de la población con quien trabaja.
3. Se pretende motivar a la población a incorporar conductas que no han sido adoptadas por el propio equipo de salud. Por ejemplo, se promociona la higiene personal y de la vivienda presentando el centro de salud o puesto de salud unas condiciones de higiene lamentables.
4. Aunque los programas de A. P. S. promueven la participación popular e incluso logran en ocasiones que se llegue hasta una evaluación conjunta entre el personal de salud y la comunidad de las actividades realizadas, pocas veces éstas llegan a influir sobre las decisiones a

nivel central. Por ejemplo, se implica a los trabajadores básicos de salud en la evaluación de la campaña de vacunación para analizar entre todos las fallas y deficiencias, observándose donde habría que realizar cambios; sin embargo, en la siguiente jornada se cometen las mismas fallas: esto significa que no hubo influencia de la retroalimentación.

## **1.10 PANORAMA DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN MÉXICO**

La explicación colectiva de la salud y la enfermedad no constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales. Estos se suman a las características de la naturaleza, intocada y transformada, que están presentes en un ámbito específico, así como a la dinámica social y a los patrones culturales de ella surgidos. Por ello es importante revisar algunos aspectos ambientales que se derivan de la estructura económico-social y que, sin lugar a dudas, ejercen también una influencia determinante en los niveles de salud de la población en articularse como factores ecológicos que favorecen las altas tasas de enfermedad y de muerte.

Los niveles de contaminación de las grandes ciudades mexicanas, en especial el Distrito Federal. Los daños producidos por humos y gases industriales y por los contaminantes generados por los vehículos automotores y otro tipo de transportes, alcanzan cifras de las mayores del mundo.

La prensa capitalina da cuenta, prácticamente a diario, de problemas específicos de contaminación ambiental. En su gran mayoría están dados por los daños que genera el proceso de industrialización y su disposición de los desechos.

La impunidad de quienes perpetran la contaminación es casi absoluta. En México se instalan fabricas contaminantes del ambiente que ya han sido prohibidas en otros países. La degradación del paisaje urbano, los elevadísimos y crecientes niveles de ruido en las grandes ciudades y la utilización indiscriminada de plaguicidas en el campo, se suman a lo anterior y junto con sustancias corrosivas, gases tóxicos, compuestos

metálicos y agentes cancerígenos, invaden el ambiente y se añaden al imperio de los contaminantes biológicos.

Demografía y salud: El primer punto relevante de los problemas demográficos es la distribución urbano-rural de los habitantes y los centros de población, que da origen a un problema simultáneo de dispersión y concentración.

Un segundo punto significativo para la salud es el incremento demográfico. Es decir en menos de 40 años la población del país se ha cuadruplicado, lo que revela un vertiginoso crecimiento demográfico que debe ser modificado.

En suma padecemos una alarmante explosión demográfica y a esto se agrega, como consecuencia de la migración proveniente del campo, un elevado ritmo de crecimiento de las áreas urbanas y una multiplicación de los cinturones de miseria y las zonas suburbanas, con la consiguiente subsistencia infrahumana y carencia de recursos y servicios de sus pobladores.

La crisis económica, el hambre el desempleo, la inflación y la dependencia, obedecen a desequilibrios y contradicciones estructurales que van más allá del crecimiento de la población; la causa última, entonces, reside en un modelo de desarrollo cuya razón de ser es la acumulación de capital y que resulta ya insuficiente para satisfacer las necesidades elementales de toda la población.

Lo que indican los indicadores: En primer término, nuestros sistemas de información y registro en el área de la salud son muy deficientes. En el caso de la morbilidad los registros son prácticamente inexistentes; no hay encuestas nacionales de salud y sólo se encuentran con incompletos

boletines epidemiológicos que ni siquiera reúnen todos los casos existentes de enfermedades de notificación obligatoria.

**Alimentación y nutrición:** En medio de una profunda crisis de la producción de alimentos, cuyos visos de solución no parecen entretenerse a corto plazo a pesar de los recursos derivados de los energéticos; sumidos en enormes desigualdades en distribución y el consumo de lo poco que se produce y de lo que se importa, los fenómenos de la alimentación y la nutrición adquieren una importancia de primer orden en una sociedad semidesnutrida como la nuestra. Por si fuera poco, todas las deficiencias en ellos presentes tienen una clara y directa repercusión sobre los hechos de la salud. Además se trata de fenómenos en los que se articulan diversos procesos colectivos de índole económica, social y cultural con aspectos biológicos de tipo individual.

La nutrición es uno de los fenómenos ligados a la salud donde más se ha buscado la interrelación de ésta con los procesos sociales.

La consecuencia necesaria de lo anterior es una elevada prevalencia de la desnutrición que, a su vez, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas.

¿Cuánto vive un mexicano?; En síntesis, la atmósfera determinante de la salud en nuestro país está dada por una situación en la que el bienestar de una minoría se consolida a un alto precio para las mayorías; el desarrollo de las ciudades se logra a expensas de la pobreza en las áreas rurales y suburbanas; la explosión demográfica potencia las carencias estructurales y reproduce la miseria a un ritmo todavía más acentuado; los alimentos escasean y están distribuidos desigualmente; las agresiones contra la naturaleza, nocivas para la salud, son cada día mayores y el saneamiento y la vivienda son extremadamente deficientes.

En cierto sentido un indicador como la esperanza de vida conjuga lo anterior y lo combina con los años específicos a la salud que experimenta la población. La esperanza de vida, que es el promedio de años que pueden vivir las personas a una edad determinada, constituye una fórmula para comparar la mortalidad de distintos países o regiones cuya estructura de edades de la población es diferente. En cambio, al comparar las cifras, los mexicanos viven en promedio, 65 años hasta 8 menos que los habitantes de Estados Unidos, Canadá, Cuba y Puerto Rico que tienen una esperanza de vida al nacer mayor de 70 años, que indica sus avances sanitarios y su mayor nivel general de vida. <sup>40</sup>

### **LOS SERVICIOS DE SALUD: SU ORIGEN, SU COBERTURA INSUFICIENTE Y SU ESTRUCTURA CLASISTA**

La única congruencia presente en los servicios son las necesidades políticas, económicas y corporativas de los grupos dominantes, su insalvable obligación de dar una respuesta mediatizadora a las demandas, expresadas e inexpressadas, de las clases populares.

El caso de México ofrece una gama muy amplia de matices que no permiten hacer una caracterización fácil. Con todo, puede decirse que se trata de un sistema muy peculiar de servicios de salud que corresponde genéricamente al esquema de la asistencia pública y que incluye: a los rudimentarios servicios asistenciales y de salud pública de la Secretaría de Salubridad, a los servicios médicos de algunas dependencias e institutos estatales, a un exagerado número de agencias de seguridad social que otorgan una prestación "directa" de servicios médicos y a los

---

<sup>40</sup> López Acuna Daniel. **La salud desigual en México**. Ed. Siglo veintiuno, 9a. ed. México. D. F. 1993. pp. 20-48



servicios privados que atienden a los minoritarios y acaudalados núcleos de la clase media alta y la burguesía. Puede hablarse para fines prácticos de tres grandes tipos de atención profesional a la salud. En primer lugar, el que se ajusta, en teoría, al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud. Tal es el caso de los Servicios Médicos de la Secretaría de Salubridad, del Departamento del Distrito Federal, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, etc. y de los hospitales e institutos descentralizados que funcionan bajo los auspicios de un patronato mixto, público y privado, en el que por lo general tiene una intervención amplia la Secretaría de Salud, tales como el Instituto Nacional de Cardiología, el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición, el Hospital Infantil de México, etc. En segundo término el de las instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, los de salud entre otros, a través de diferentes fórmulas de financiamiento, generalmente tripartita o bipartita, es decir, con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno. Dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del IMSS, ISSSTE, PEMEX, de la Comisión Federal de Electricidad, Ferrocarriles Nacionales de México, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Marina, etc. Finalmente en tercer lugar, los servicios de salud privados, constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por grupos reunidos en unidades de atención externa y/u hospitalaria, que prestan servicios como un negocio, sujetos a las leyes del mercado y el régimen de libre empresa.

Por su parte, el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales. Según el tipo de atención que éstas reciben puede hablarse de tres grandes grupo sociales. El primero está constituido por la burguesía y algunos sectores de la clase media que tienen suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados. El segundo está formado por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes. El tercero lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad social ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de la ciudad, etc., es decir la gran mayoría de la población que, parcialmente, queda cubierta por alguna institución de asistencia pública.

Es importante subrayar que los servicios de salud pública en el país sufren también de una cierta dispersión, a más de caracterizarse en un atraso pasmoso que los ubica más en las estructuras decimonónicas del saneamiento que en las exigencias modernas de acciones integrales para la protección de la salud colectiva. Así a la Secretaria de Salud, dotada de relativamente pocos recursos económicos, como se verá más adelante, le corresponden las acciones básicas de servicios no personales o colectivos, como las campañas de vigilancia, control y erradicación de ciertos padecimientos, las acciones de saneamiento ambiental y control de contaminación, la potabilización del agua, los programas de nutrición y promoción de obras comunitarias, el control de fauna nociva, la inspección sanitaria de mercados, establecimientos comerciales, puertos de entrada al país y otros lugares públicos, etc. Pero además de esto, tiene el compromiso, al menos declarativos de otorgar servicios médicos a dos terceras partes de la población mexicana, cosa que desde luego no cumple.

## **EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, INSUFICIENCIAS Y CONTRACCIONES RECIENTES.**

La mayoría de los análisis nacionales sobre salud y seguridad social hacen una revisión muy fragmentaria y simplificadora de los recursos financieros con los que cuentan las instituciones públicas destinadas a tales fines.

Las políticas generales del estado tienen una expresión concreta, ya no sólo propositiva, al momento de traducirse en recursos que puedan o permitan echar a andar los programas existentes y que hagan posible dinamizar y expandir la esfera de influencia de los servicios que se requieren o se deben proporcionar.<sup>41</sup>

Por todo lo anterior resulta importante emprender un análisis de la situación de este problema en México durante los últimos años. No existen hasta ahora exploraciones de este tipo y si es importante, en cambio, empezar a precisar, con información completa, ya no sólo con retórica reivindicatoria, el estado que guardan la salud y la seguridad social dentro del modelo de desarrollo del país. Además, al mismo tiempo que se examina la expresión económica del interés real que ha tenido el Estado Mexicano por algunos aspectos del bienestar social, pueden empezar a desentrañarse las consecuencias y las determinaciones que dicho modelo ha impuesto a la evolución de la salud y la seguridad social.

---

<sup>41</sup> Idem. pp. 95-101

## **EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, INSUFICIENCIAS Y CONTRACCIONES RECIENTES.**

La mayoría de los análisis nacionales sobre salud y seguridad social hacen una revisión muy fragmentaria y simplificadora de los recursos financieros con los que cuentan las instituciones públicas destinadas a tales fines.

Las políticas generales del estado tienen una expresión concreta, ya no sólo propositiva, al momento de traducirse en recursos que puedan o permitan echar a andar los programas existentes y que hagan posible dinamizar y expandir la esfera de influencia de los servicios que se requieren o se deben proporcionar.<sup>41</sup>

Por todo lo anterior resulta importante emprender un análisis de la situación de este problema en México durante los últimos años. No existen hasta ahora exploraciones de este tipo y si es importante, en cambio, empezar a precisar, con información completa, ya no sólo con retórica reivindicatoria, el estado que guardan la salud y la seguridad social dentro del modelo de desarrollo del país. Además, al mismo tiempo que se examina la expresión económica del interés real que ha tenido el Estado Mexicano por algunos aspectos del bienestar social, pueden empezar a desentrañarse las consecuencias y las determinaciones que dicho modelo ha impuesto a la evolución de la salud y la seguridad social.

---

<sup>41</sup> Idem. pp. 95-101

En un informe técnico reciente de la OMS, un grupo de estudio señaló que el problema del financiamiento de los servicios de salud debe ser conceptualizado en forma amplia. Esto implica que el analizar el fenómeno han de incluirse no sólo las consideraciones sobre la manera en que se costean las acciones y sobre la magnitud de recursos con que se cuenta para llevarlas acabo, sino también los aspectos operativos del financiamiento de los servicios e incluso, todo lo relacionado con la asignación de los recursos existentes, es decir, en la forma en que se gasta y distribuye el dinero que ha sido otorgado a los organismos públicos de salud.

Las dificultades para esto no son pocas ya que, a más de las inaccesibilidad de muchos datos, sobre todo las referentes a la manera en que se gasta el dinero, se agrega un número importante de carencias, deficiencias e inconsistencias en la información existente.

El hecho central del que se desprende un análisis de esta índole es la concepción del gasto público en salud y seguridad social como uno de los renglones fundamentales de la intervención estatal en el área del desarrollo social y como uno de los aspectos más importantes para hacer efectivo el derecho de toda la población a la salud, aún no formulado explícitamente como obligación del Estado, pero si crecientemente demandado en la práctica social y política y gestado involuntariamente por la evolución misma de una Estado corporativo que ha empleado como instrumento de negociación política el otorgamiento de los servicios públicos de salud.

El modelo de desarrollo que ha seguido México en las últimas décadas se ha caracterizado, además de la protección del capital, por la baja inversión pública y, en particular, por la baja inversión social. Esto mismo significa un regazo del Estado en su papel de redistribuidor del

ingreso. Tal situación, de por sí adversa, se agrava cuando, como en el presente, se vive una crisis económica estructural a la que el Estado responde con políticas monetarias de tipo restrictivo que, entre otras cosas, comportan una importante contracción del gasto público evidenciada de modo particularmente tajante en el área de bienestar social.<sup>42</sup>

### **1.10.1 LAS POLÍTICAS ACTUALES**

Puede decirse que en lo que va del sexenio, no ha habido definiciones claras ni detalladas de lo que se persigue en materia de salud. Las pocas acciones que se emprendieron no han tenido como fundamento una política general de salud y seguridad social para el país.

Pero lo que está ausente es una plan general que las dirija hacia objetivos concretos que tengan relación con la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Otro aspecto que cabe destacar dentro de las políticas actuales de salud es el Programa Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano. Está fue la estrategia que se adoptó, inicialmente, para cumplir la afirmación presidencial de que a mediano plazo se incrementaría la cobertura de los servicios de salud en un número aproximado de 28 millones de mexicanos. Así las autoridades quisieron quedar cubiertas ante los señalamientos que podrían hacérselos a las demandas que podrían formularse en el sentido de que grandes núcleos de la población carecen de atención médica.

El programa Extensión de Cobertura planteó que, en cinco años, serían cubiertas las necesidades de salud de 13 666 localidades mediante

---

<sup>42</sup> Ibidem, pp. 168-170

auxiliares de salud comunitaria. Este personal comenzó a ser formado por los propios servicios de salud de la Secretaría de Salud, se incluyó fundamentalmente a mujeres de comunidades mayores de 500 habitantes y menores de 2500 personas, con escolaridad que sólo en ocasiones llegaba a la primaria completa. Se le adiestro superficialmente durante un periodo de dos meses y no se les contrato como personal de base ni se les extendió un contrato por servicios profesionales.

Resulta ridículo pensar que un personal tan mal capacitado será el que cubra las necesidades de atención médica y atención para la salud de 28 millones de personas que viven en comunidades rurales y suburbanas. Además, si no se les dota del apoyo técnico y logístico necesario por parte de los servicios de salud, su función será muy reducida, apenas como promotores de la salud. Por lo demás, el sólo hecho de rebautizar a las unidades de atención a la salud no es suficiente para estructurar de manera adecuada los niveles de atención en el país. En suma, como puede entreverse fácilmente, se trata de uno más de los programas declarativos cuya eficacia real dista mucho de los propósitos escritos.

En cuanto al área de salud y seguridad social, el programa de acción del sector público propone 17 objetivos igualmente utópicos, inasequible y vagamente definidos. Los que tienen que ver con la salud son los siguientes: "a) ampliar la cobertura de servicios de asistencia pública a todos los grupos que están al margen de la medicina institucional; b) proteger a la niñez contra riesgos de enfermedades contagiosas, derivadas de la desnutrición y la falta de higiene; c) asegurar la protección, a las mujeres embarazadas y los niños en contra de los riesgos de la desnutrición y la falta de higiene; d) garantizar que el mayor número de menores de 14 años reciba la vacunación que los proteja contra el sarampión, tifoidea, tétanos, poliomielitis, etc.; e) lograr que los

programas de gineco-obstetricia cubran a la población de las regiones y zonas marginadas; f) proporcionar educación higiénica y sanitaria a la población, para protegerla de la contaminación y de las enfermedades endémicas; g) incrementar los programas de planificación familiar y educación sexual y h) procurar el saneamiento del medio ambiente familiar y social”.

El programa de Acción del Sector Público establece que, para el área de salud, el eje central de las políticas es la coordinación de programas y acciones de “los grandes organismos en la materia: Secretaria de Salud, IMSS, ISSSTE Y DIF”. Nunca se habla de intenciones de unificar los servicios ni de pasos encaminados a reducir en forma drástica las duplicaciones institucionales. Se menciona que la medida básica para establecer la coordinación interinstitucional es el presupuesto por programa, cuando, en todo caso, tienen que ser los programas mismos y no los instrumentos financieros para llevarlos a cabo o las herramientas contables para controlarlos administrativamente.

Da la impresión de que el gobierno ha buscado por todas partes, sin tener un rumbo que lo oriente sobre hacia dónde debe dirigir sus esfuerzos para lograr un mayor estado de bienestar social de las mayorías.

En suma, los grandes problemas de salud y seguridad social, las enormes necesidades de la población en esos aspectos y las deficiencias e insuficiencias en dichas áreas no están siendo enfrentados, en México, con los planes y programas realistas, factibles, inteligentes, populares y democráticos que requieren las circunstancias presentes.

Los fenómenos analizados son un buen ejemplo de cómo el ofrecimiento de soluciones que tengan algún sentido y alguna dirección social necesita derivarse de todo un planteamiento y un modelo de



organización en salud diferente del actual. Es decir se trata de una situación que amerita ser considerada dentro de los lineamientos de una política sanitaria planeada en los términos en los que se discute anteriormente.<sup>43</sup>

Hasta el momento las políticas educativas y de investigación en el área de la salud, así como la solución a los conflictos que se han producido en este terreno, no han sido más que parches para tapar los agujeros generados por la crisis de la salud, la crisis social y económica en México.

---

<sup>43</sup> Ibidem. pp. 223-235

# **R E S U L T A D O S**

**2.1 DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COLONIA  
"LOMAS DE PADIERNA SUR",  
DELEGACIÓN TLALPAN CENTRO DE  
SALUD COMUNITARIO T II CULTURA  
MAYA**

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Colonia "Lomas de Padierna Sur"

Ubicación: Esta ubicada en la parte suroeste de la Delegación Tlalpan

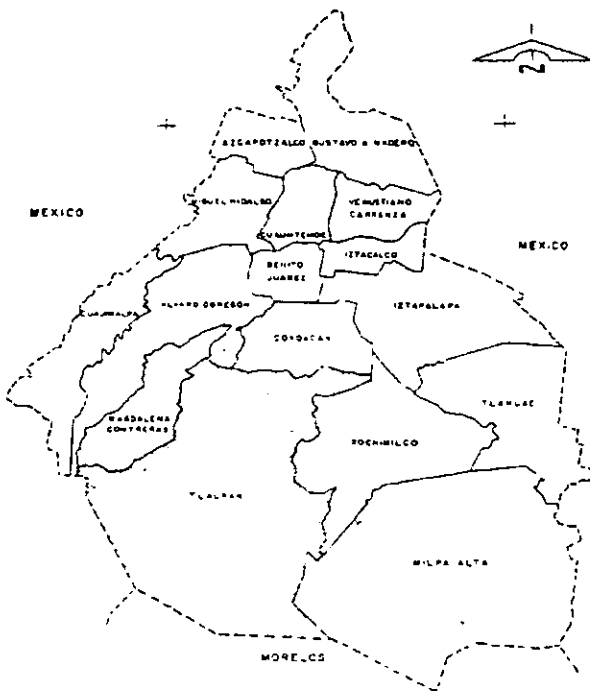
Limites: Norte: Colonia Belvedere

Sur: Colonia Encinal y Cultura Maya

Este: Colonia 2 de Octubre

Oeste: Mirador II

## PLANO DE UBICACIÓN DENTRO DEL DISTRITO FEDERAL



## **ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRESALIENTES**

El Ajusco Medio es una zona ubicada en la parte suroeste de la Delegación Tlalpan, está integrada por 28 colonias populares, entre ellas la colonia Lomas de Padierna Sur, la cual es una zona relativamente nueva, poblada a partir de los años setentas sobre tierras originalmente dedicadas al cultivo y extensas áreas cubiertas de piedra volcánica.

El Ajusco Medio se consolida como el hogar de miles de familias que inmigraron a la ciudad de México, buscando salir de la crisis económica que se presentaba en su lugares de origen.

En cuanto a la infraestructura urbana cabe señalar que hasta hace poco tiempo se constituyó como uno de los principales problemas, por lo que las autoridades delegacionales se han apoyado en programas sociales para restar el grado de rezago que prevalecía en esas comunidades. Indudablemente tiene un gran mérito, la acción sociopolítica de la comunidad pues en el Ajusco Medio se han consolidado organizaciones de colonos que han sido el mecanismo y conductor para luchar por su bienestar.

La economía de esta zona se ha visto beneficiada con la apertura y consolidación de comercios y empresas de alto nivel sobre Periférico y la carretera Picacho-Ajusco ya que se han creado fuentes de empleos temporales y permanentes en beneficio de familias que habitan en el Ajusco Medio.

## **DATOS GEOGRAFICOS**

Clima: Templado-frío

Temperatura promedio 11.4°

Flora: Predominan el árbol de encino y plantas coníferas.

Fauna: Se encontraron perros, gatos, roedores, hormigas, alacranes, entre otros.

• Vías de acceso:

Colectivos ruta 60: Metro Universidad-López Portillo

Metro Viveros-López Portillo

San Angel- López Portillo

Colectivos ruta 87: Metro Copilco-2 de Octubre

San Angel-2 de Octubre

Taxis

## **DEMOGRAFIA Y HECHOS VITALES**

Población total: El Ajusco Medio cuenta con 41 491 habitantes. No existen datos específicos de la colonia Lomas de Padierna Sur. Población abierta 17 121 habitantes.

Grupos de población por:

- Edad y sexo: El 100% de nuestra población equivale a 2090 personas, de estas el 51.38% corresponden al sexo femenino, el 48.62% al sexo masculino. Por grupos de edad: El 20.14% lo ocupan los individuos de

18 a 25 años el 14.31% corresponde a los de 12 a 17 años, 13.59% los de 26 a 35 años, el 11.39% los de 2 a 6 años, 11.15% los de 41 a 50 años cabe destacar que en este grupo sobresale el sexo femenino, por otro lado el 10.38% lo ocupan las personas de 7 a 11 años, sobresaliendo por una diferencia mínima el sexo masculino, el 8.04% los de 36 a 40 años siendo casi igual el mismo número de ambos sexos, el 3.97% lo ocupan los recién nacidos a 1 año 11 meses, el 3.92% las personas de 51 a 60 años sobresaliendo el sexo masculino y el 3.11% los de 61 años y más.

Como podemos ver en relación con la población un alto porcentaje corresponde al sexo femenino y por grupos de edad los porcentajes mayoritarios pertenecen a la población joven tanto del sexo femenino como masculino. (Cuadro No. 1)

- Alfabetismo: El 39% de la población tiene sólo la primaria terminada, ocupa el mayor porcentaje por lo cual indica que tienen la educación básica solamente; la población que tiene la secundaria terminada equivale al 23% observando la diferencia notable en comparación con el porcentaje anterior, el 13% nos muestra a la población con pre-primaria terminada, cabe mencionar que algunos de estos niños se encuentran cursando del 1° al 6° año de primaria, el 8% corresponde a la población con bachillerato terminado como se observa es muy bajo si se toma en cuenta el total de población; el 6% muestra a los que tienen educación no formal el 5% indica a la población analfabeta siendo un porcentaje considerable en relación con el total de la población; el 4% corresponde a la población con alguna carrera técnica terminada, 2% tiene la licenciatura terminada, este porcentaje es el más bajo del total de la población el cual preocupa si tomamos en cuenta que la mayoría de la población es joven. (Cuadro No. 2)

- **Ingreso económico:** El 48% son pocos menos de la mitad que reciben un salario mínimo siendo insatisfactorio a las necesidades de una familia, 34% recibe 2 salarios mínimos que al igual que el primer porcentaje es insuficiente. 17% tiene un ingreso económico de 3 a 4 salarios mínimos que sólo cubre una parte de las necesidades primarias para una familia de 6 ó más integrantes y tan sólo el 1% persive de 5 a más salarios mínimos, teniendo un mejor nivel de vida en comparación con el resto de la población haciendo mención que los que reciben este salario tiene alguna carrera terminada. (Cuadro No. 3)

### **Hechos vitales**

- **Morbilidad:** Se observa que tiene una gran relevancia con el 32% los problemas de caries dentales, el 25% es ocupado por infecciones respiratorias agudas, 18% los problemas de agudeza visual, 15% en las enfermedades crónico-degenerativas, el 7% corresponde a otras patologías este es un porcentaje bajo, ya que se incluyen diferentes enfermedades como cardiopatías, problemas de la piel, artritis, etc., el 2% lo ocupan los accidentes, este porcentaje lo ocupan las enfermedades diarreicas no perdiendo su importancia si tomamos en cuenta que la mayoría de los que las padecen en el momento de la visita son los menores de 5 años. (Cuadro No. 4)

## **CONDICIONES AMBIENTALES DE LA COMUNIDAD**

### **Saneamiento Básico**

- **Método de potabilización del agua:** El 49% de la población toma agua hervida, 34% consume agua embotellada, 11% utiliza la cloración como método de potabilización por se más económico, 5% de la población no utiliza ningún método para potabilizar el agua, este es un porcentaje bajo sin perder su importancia por ser un facto de



riesgo para la salud, el 1% filtra el agua de consumo siendo el porcentaje más bajo. Es importante destacar que las familias no utilizan un sólo método de potabilización del agua los combinan en la mayoría de las ocasiones. (Cuadro No. 5)

- Tipo de construcción para la eliminación de excretas: El 97.78% de las familias tiene fosa séptica; el porcentaje es elevado debido a que aún no se ha instalado el drenaje en la colonia, el 1.34% utiliza letrina; mientras que el 0.66% tiene pozo negro, este es un porcentaje muy bajo, pero de gran importancia considerando que es un vector de contaminación para los habitantes de la vivienda, el 0.22% corresponde a las familias que defecan al ras del suelo, aunque es un porcentaje casi nulo tiene gran relevancia debido a que es un factor de riesgo no solo para las personas que ocupan la vivienda, sino para la población en general.(Cuadro No. 6)
- Disponibilidad de los servicios públicos para la recolección de basura: Se observa que el 77% de las familias deposita la basura en el carro recolector 2 veces por semana y el 23% lo hace sólo una vez por semana. Observamos que en este aspecto existe una cultura por parte de la población, ya que no tiran la basura a cielo abierto y utilizan el servicio público de limpias.(Cuadro No. 7)

### **Servicios Públicos**

- Abastecimiento de agua: La colonia cuenta con tomas de agua pero el tanque distribuidor no ha sido instalado, de manera que solo las familias que viven en los límites de la colonia cuentan con agua intra domiciliaria; mientras que el resto de la población se abastece de los hidrantes públicos.

Principales contaminantes: Uno de los principales contaminantes de la colonia Cultura Maya se ubica a las orillas de esta, ya que los límites son utilizados por la población como tiraderos de basura.

- Fauna nociva: El 53% de las familias encuestadas niega que haya fauna nociva en su vivienda, a pesar de que el suelo es de tipo rocoso y favorece su proliferación, el 23% tiene roedores, el 9% hormigas, mientras que el 2% de las viviendas tiene cucarachas, siendo estos últimos un riesgo para la salud por ser vehículos de contaminación sobre todo para los alimentos. (Cuadro No. 8)

### **Vivienda**

- Tipo de material utilizado para la construcción de las viviendas: El 51% están construidas de concreto, el material idóneo para brindar protección y seguridad a las familias, el 45% corresponde a las viviendas construidas con 2 o más materiales, ya sea cartón, lámina o concreto, el 2% están hechas solamente de cartón, un porcentaje igual utilizó únicamente lámina para la construcción de su vivienda. A pesar de que los dos últimos porcentajes son muy bajos, es de gran preocupación la situación de las familias por el riesgo que representa para ellas el habitar estas viviendas. (Cuadro No. 9)
- Número de personas por familia: El 26% de las familias encuestadas consta de 4 integrantes, el 24% corresponde a familias de 5 personas, el 17% lo ocupan las familias formadas por 3 personas, el 11% son familias con 6 integrantes; no es un porcentaje alto pero si considerable, el 7% de las familias están integradas por 7 personas y otro 7% son familias de 2 integrantes, 3% por 8 personas y un porcentaje igual lo ocupan las familias que tienen entre 9 y 13 integrantes. el 2% restante corresponde a personas que viven solas y en su totalidad son adultos. Analizando los porcentajes podemos

darnos cuenta de que la mayor parte de las parejas esta concientizada sobre el número de hijos que desea tener. (Cuadro No. 10)

## **Urbanización**

### **Drenaje: Aun no cuentan con este servicio público en la colonia**

**Pavimentación:** El pavimento en la mayoría de las calles de la colonia se encuentra en mal estado y el resto es terracería.

**Alumbrado:** La colonia cuenta con buen servicio de alumbrado público.

## **ORGANIZACIÓN ECONÓMICA**

### **Ocupación**

- Población económicamente activa: el 49% es el porcentaje más alto dentro de nuestra población económicamente activa tanto femenino como masculino, y que cuentan con un empleo, el 35% de la población de ambos sexos tienen un oficio y algunos de estos trabajan en sus hogares o en algún establecimiento, el 9% corresponde a los obreros que en su totalidad son del sexo masculino, mientras que el 4% son profesionistas; un porcentaje considerable si tomamos en cuenta que nuestra población tiene un nivel socio-económico bajo, el 3% lo ocupa la población jubilada; la cual solo pertenece al sexo masculino siendo el porcentaje más bajo, es importante mencionar que algunas de estas familias solas cuentan con esta aportación económica. (Cuadro No. 11)
- Población económicamente inactiva: El 31.90% son amas de casa, el 29.87% son estudiantes, el 22.35% tienen menos de 5 años de edad, el 16.57% no cuentan con un empleo y el 0.21% es población discapacitada, lo que nos da a entender que el 68.70% son dependientes económicos del 31.3% que es la población económicamente activa. (Cuadro No. 12)

- Pasatiempos preferidos además de ver televisión de los habitantes: El 64% de la población práctica algún deporte durante el tiempo que tiene libre, el 30% va al aire, el 3% se dedica a realizar actividades artesanales y un porcentaje igual se ocupa en actividades artísticas. (Cuadro No. 13)

## **SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS**

### **Alimentación**

- Alimentos que integran la dieta común de la población: El 33% de las familias consume carne 2 veces por semana, el 60% toma leche 5 días a la semana; 32% comen huevo 3 veces a la semana; 59% come frutas 5 días por semana; 57% consume verduras 5 veces por semana; el 65.7% incluye en su alimentación leguminosa 5 veces a la semana y 28% ingiere comida chatarra sólo un día de la semana. De lo anterior podemos concluir que la mayoría de las familias tratan de balancear su alimentación, siendo esto imposible por el nivel socioeconómico. (Cuadro No. 14)
- Número de comidas realizadas por la población: El 62% de las familias realizan 3 comidas al día que es lo más adecuado. El 36% realiza 2 comidas diarias, el 1% realiza 4 comidas al día y otro 1% únicamente realiza una comida al día ya que por razones de trabajo o estudio tiene la necesidad de comer informalmente y sólo realizan una comida en su hogar. (CUADRO No. 15)

### **Hábitos higiénicos que practica la población.**

- Cepillado dental: El 42% de las familias entrevistadas realizan el cepillado dental 2 veces al día, es un porcentaje aceptable si tomamos en cuenta que la población es de un nivel socioeconómico bajo. El 31% corresponde a aquellas familias que lo realizan tres

veces por día, 27% realizan sólo una vez por día, el cepillado dental este es un porcentaje alto si consideramos que es un factor de riesgo para las enfermedades bucales y la pérdida de piezas dentales. (Cuadro No. 16)

### **Problemas sociales**

- Problemas sociales: Dentro de los problemas sociales más comunes el vandalismo corresponde al 32%, 28% a la drogadicción, 26% a la delincuencia y un 14% a otros problemas, por ejemplo de desorganización social, que no les ayuda para encontrar solución adecuada a dichos problemas ya mencionados. (Cuadro No. 17)
- Adicciones: Del 100% de individuos entre los 18 años y más, el 59% equivale a las personas que tienen alguna adicción; de estas el 52.17% son fumadores; el 25.20% tienen alcoholismo ocasional: 22.22% son alcohólicos positivos; 0.41% son adictos a alguna droga. Todos los porcentajes son de gran importancia ya que más de la mitad de la población tiene alguna adicción; esto refleja un problema social que afecta a todos los integrantes de la familia y la sociedad en general. (Cuadro No. 18)

### **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR DAÑOS A LA SALUD DE LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES**

- Orientación de signos y síntomas de alarma y detección de casos de diarrea: Al 94% de las familias con menores de 5 años se dio orientación sobre signos y síntomas de alarma en caso de deshidratación. El 6% se le detectó con problema de diarrea, de los cuales el 4% contaba con tratamiento y el 2% se le remitió al Centro de Salud para su tratamiento y control médico. (Cuadro No. 19)

- Frecuencia con que se desparasitan las personas: En este rubro sobresalen las personas que nunca se han desparasitado y ocupan el 53%, y el 27% son los individuos que tienen más de 2 años de haberse desparasitado. Sólo el 12% de la población lleva un control de desparasitación cada 6 meses; el 8% restante lo hace anualmente. Por lo anterior existe un alto número de personas susceptibles a contraer enfermedades gastrointestinales y/o trastornos digestivos. A este problema le sumamos factores, predisponentes como la falta de drenaje, pavimentación agua potable entre otros. (Cuadro No. 20)
- Orientación de signos y síntomas de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas y detección de casos: El 53% lo ocupa el porcentaje de familias que tienen menores de 5 años, el cual fue orientado sobre los signos y síntomas de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas, 23% se detectó que tenía alguna infección respiratoria, al 18% se le dio referencia para asistir a consulta al Centro de Salud, 5% ya tenía tratamiento y al 1% se le realizó exploración física para detectar signos y síntomas de alarma no encontrando ninguna problemática. (Cuadros No. 21)
- Detección de personas con diabetes Mellitus e Individuos con antecedentes, heredo-familiares: Al 75.21% se les realizó Interrogatorio para la detección de dicha patología, los individuos con antecedentes, heredo-familiares lo ocupa el 13.64% mientras los que tienen diagnóstico y tratamiento tienen el 6.49%. A las personas que referirán alguna sintomatología o con antecedentes heredo-familiares se les realizó el destrozáis que fue el 4.16%, mientras que el 0.50% lo ocupan las personas que fueron referidas al centro de salud con niveles de glucosa alta tomando en cuenta el resultado de los

destróxitix y la sintomatología que referían presentar propia de la enfermedad. (Cuadro No. 22)

- Detección de personas con hipertensión arterial e individuos con antecedentes heredo-familiares: al 68% de la población se le realizó el interrogatorio para detectar la presencia de dicha patología, el 15% tienen algún signo o síntoma de la enfermedad, mientras que los que padecen dicha patología y están recibiendo tratamiento tienen el 9%, los que presentan antecedentes heredo-familiares ocupan el 6% y el 2% corresponden a los individuos que fueron referidos a la unidad de salud por presentar alteraciones de la presión arterial y a los cuales se oriento sobre las posibles consecuencias en caso de no ser tratados. (Cuadro No. 23)
- Revisión de cartillas y orientación sobre el esquema de vacunación a las familias con menores de 5 años: Se llevo a cabo el 100% en la revisión de la cartilla de vacunación, de esto se encontró que el 75% de los menores de 5 años tienen un esquema de vacunación completo y el 25% corresponde a los que esquema de vacunación incompleto, este porcentaje a pesar de ser bajo es muy importante ya que representa un gran riesgo para los menores ya que al no estar protegidos Inmunológicamente pudieran presentar alguna enfermedad Infecto-contagiosa con secuelas graves y/o ocasionar la muerte. (Cuadro No. 24)
- Métodos de Planificación familiar utilizados por las parejas con vida sexual activa: el 51% de las parejas no utilizan algún método de planificación familiar, es un porcentaje muy alto y preocupante considerando sobre todo que son mujeres en edad fértil y que están en riesgo de tener un embarazo no deseado, el 25% se decidió por el

método quirúrgico pues ya tienen el número de hijos deseados, mientras que el 16% utilizan el DIU, a las cuales se oriento para acudir a su revisión periódica y/o cambio de este, el 2% lo tienen las parejas que utilizan el preservativo, las parejas que utilizan algún otro método como el ritmo, espumas, coito interrumpido, etc. Ocupan el 2%, los individuos del sexo masculino que se realizaron la vasectomía tienen también un 2% el 1% lo ocupan las mujeres que prefieren utilizar hormonales orales, mientras que otro 1% corresponde a las mujeres que utilizan los hormonales inyectables. (Cuadro No. 25)

- Orientación acerca de la detección oportuna de Cáncer Cervicouterino a las mujeres en riesgo: el 58.15% los ocupan las mujeres que fueron referidas a realizarse la detección oportuna de cáncer, el 31.24% corresponde a las mujeres mayores de 40 años que fueron referidas a través de la persona que respondió a la entrevista, las mujeres que se lo realizan cada 6 meses tienen el 10.31%, mientras que el 0.31% lo ocupan las que presentan o tienen alguna patología diagnosticada y tratada. (Cuadro No. 26)
- Número de casos detectados de caries dental: El 47% lo ocupan las personas a las cuales se les hizo la revisión de la cavidad bucal, el 30% fueron referidos por presentar algún problema de caries, mientras que el 18% corresponde a las personas a las cuales se les oriento sobre la técnica de cepillado y el 5% corresponde a la población que se encuentra en tratamiento. Podemos decir que los problemas de caries son bastante serios ya que la mayor parte de la población es joven y representa un factor de riesgo para la pérdida de piezas dentales. (Cuadro No. 27)



- Número de casos detectados con algún problema de la vista: el 54% lo tienen las valoraciones realizadas a las personas que referían algún problema de agudeza visual, el 27% lo ocupan las personas que fueron referidas al centro de salud, para su valoración exhaustiva y el 19% se encuentran en tratamiento. Podemos decir que un gran porcentaje de la población refiere tener algún problema de disminución de la agudeza visual (Cuadro No. 28)
- Número de perros y gatos vacunados y no vacunados: Se observó que del número total de perros encontrados sólo el 91% están vacunados y el 94% lo tienen los que no están vacunados tienen el 57% y los no vacunados el 43%. Cabe mencionar que existe un alto porcentaje de perros y gatos que no están vacunados los cuales representan un grave riesgo para la salud de las familias que conviven con estos animales. (Cuadro No. 29)
- Número de familias que sé automedican: El 75% lo ocupan la población que sé automedica y el 25% corresponde a la población que no lo hace. De esto se puede concluir que existe un gran riesgo ya que se pueden presentar casos de intoxicaciones por medicamentos o ingesta accidental de estos sobre todo en niños, lo que implica una gran labor de convencimiento para concientizar a la población y de evitar la automedicación. (Cuadro No. 30)
- Número de familias que recurren a la medicina tradicional: el 75% del total de las familias entrevistadas recurren a la medicina tradicional como ayuda o auxiliar en los tratamientos de las enfermedades: crónico degenerativas y gastrointestinales principalmente, mientras que el 25% solo recurre a la medicina de patente, es importante mencionar que no podemos cambiar la cultura y creencias en cuanto a

la llamada Medicina Tradicional ya que en muchos casos es de gran importancia y ayuda en las enfermedades mencionadas.

(Cuadro No. 31)

- Servicios médicos a los que acude la población: Del total de familias entrevistadas el 36% es población desprotegida, el 48% es derechohabiente al IMSS o al ISSSTE y el 16% prefiere atenderse en algún servicio particular. Por lo anterior se concluye que el 48% de la población debe atenderla la S.S.A., o es población desprotegida que no acude a ningún servicio de los antes mencionados por carecer de recursos económicos y que no recibe atención médica a menos que sea un caso de verdad grave y que lo amerite. (Cuadro No. 32)

## **2.2 FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA COLONIA “LOMAS DE PADIERNA SUR”**

Los factores de riesgo detectados son:

### **En alfabetismo**

- Bajo Nivel Educativo (39 % primaria terminada, 23% secundaria terminada)

### **En Ingreso económico**

- Percepción de bajos salarios
- Desempleo

### **En Saneamiento básico**

- Hacinamiento
- Falta de agua intra domiciliaria
- Malos hábitos de conservación de alimentos
- Nivel socioeconómico bajo
- Basurero a cielo abierto
- Hábitos deficientes de defecación
- Contaminación del suelo, aire y agua
- Convivencia con animales domésticos y fauna nociva
- Falta de drenaje

### **En vivienda**

- Tipo de material utilizado para la construcción de las viviendas - cartón - lámina y madera.

### **En satisfacción de necesidades básicas**

- Malos hábitos higiénico-dietéticos

- Desempleo.
- Mala administración del gasto familiar
- Nivel socioeconómico bajo
- Analfabetismo

### **En Salud Bucal**

- Malos hábitos alimenticios y nutricionales
- Ingesta excesiva de bebidas gaseosas y azúcares refinados.

### **En casos de diarrea**

- Edad
- Nivel socioeconómico bajo
- Hacinamiento
- Analfabetas
- Falta de agua potable
- Almacenamiento de agua en recipientes oxidados.
- Consumir alimentos en la vía pública.
- Uso multifamiliar de letrinas

### **Frecuencia con que se desparasitan los familiares**

- Edad
- Nivel socioeconómico bajo
- Hacinamiento
- Convivencia con animales domésticos
- Hábitos higiénicos deficientes
- Uso multifamiliar de sanitarios
- No uso de zapatos
- Consumo de alimentos en la vía pública
- Defecación al ras del suelo

### **En Infecciones Respiratorias Agudas y detección de casos**

- Edad
- Falta de aseo nasal en el niño
- Vivienda sin ventilación
- Vivienda con piso de tierra
- Domicilio en drea marginada
- Hacinamiento
- Asistencia a sitios de concentración
- Ingesta de medicamentos inmuno-supresores
- Tabaquismo

### **En Diabetes Mellitus e hipertensión arterial**

- Antecedentes heredo-familiares
- Obesidad
- Vida sedentaria
- Dieta con alto contenido de sodio
- Ingesta excesiva de carbohidratos y grasas
- Tabaquismo

### **En Inmunizaciones**

- Esquema incompleto de vacunación
- Analfabetismo

### **En Métodos de Planificación Familiar**

- Analfabetismo
- Falta de información sexual
- Promiscuidad

### **En cáncer cervico-uterino**

- Nuliparidad
- Antecedentes familiares de cáncer
- Mujeres mayores de 30 años.

### **En Rabia**

- Tener perros y gatos
- No aplicar la vacuna antirrábica cada 6 meses a los gatos y perros
- Contacto con perros contaminados.

### **En la Automedicación**

- Personas que recurren a la medicina Tradicional
- Personas que recurren a la automedicación.

### **En servicios médicos**

- Población desprotegida de los servicios médicos.
- Bajos ingresos económicos

### **En Problemas Sociales tales como: Bandalismo, drogadicción, delincuencia, alcoholismo.**

- Desintegración Familiar
- Falta de convivencia con los padres
- Grupo de amigos
- Convivencia con jóvenes drogadictos, delincuentes o alcohólicos

### **2.3. ACCIONES DE ENFERMERÍA REALIZADAS PARA DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO A LA SALUD DETECTADOS EN LA COLONIA.**

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe participar en los programas comunitarios desarrollando su formación en los 3 niveles de atención, dándole prioridad al Primer Nivel de Atención, enfatizando la formación preventiva y dirigido a la promoción y educación para la salud. Todo ello para lograr mejores niveles de salud, para prevenir que los riesgos se conviertan en daños y brindar atención oportuna e integral de calidad y trato digno en cada una de las acciones realizadas.

#### **Saneamiento básico**

##### **Acciones**

- Identificar el sistema de abastecimiento de agua que hay en el hogar.
- Realizar la determinación de cloro en la toma de agua principal y en la reserva de almacenamiento (tinacos, cisternas).
- Llevar a cabo el proceso enseñanza-aprendizaje, orientando acerca de:
  - La desinfección del agua por medio de: ebullición durante 10 minutos, cloración del agua agregando 2 gotas de cloro por cada litro de agua dejándola reposar durante 20 minutos antes de beberla.
  - Desinfectar las verduras agregando 5 gotas de cloro por litro de agua y dejarlo reposar 30 minutos.
  - Realizar la limpieza diariamente en el hogar.
- Enseñar a la familia la selección de basura orgánica e inorgánica.
- Educar a las familias sobre la técnica de limpieza personal.

## **Medidas preventivas**

- Hervir y/o desinfectar el agua de consumo.
- Lavar periódicamente tinacos, tambos, cisternas y recipientes de almacenamiento de agua cada 6 meses.
- Lavar con frecuencia el cuarto del baño y mantener limpio el sanitario.
- Mantener en buen estado coladeras, sanitarios, llaves.
- Recolectar la basura en bolsa o bote con tapa y tirarla en el camión recolector.
- Instalar letrina o pozo negro de acuerdo a las características recomendables para su uso.
- Eliminar y controlar la fauna nociva en forma adecuada.

## **Salud bucal**

### **Acciones**

- Mostrar a la madre la identificación de signos y síntomas de alarma.
- Enseñar la técnica de cepillado dental.
- Mostrar la técnica del uso del hilo dental.
- Tabaquismo

### **Medidas preventivas**

- Fomentar la higiene bucal
- Cepillar los dientes después de cada comida, especialmente cuando sean azúcares.
- Evitar el exceso de alimentos azucarados
- No comer entre comidas.
- Acudir a una limpieza dental por lo menos 2 veces al año para quitar y prevenir el sarro.
- Visitar periódicamente al dentista.



## **Casos de diarrea**

Acciones Orientación de signo y síntomas de alarma.

- Capacitación a las madres sobre: los signos y síntomas de alarma del padecimiento.
- Ofrecer vida suero oral
- No suspender la alimentación
- Continuar con la lactancia materna, con mayor frecuencia
- No introducir nuevos alimentos.
- Aumentar líquidos con mayor frecuencia y cantidad.
- Evitar bebidas muy azucaradas, gaseosas o enlatadas
- El paciente debe regresar, si no mejora en 3 días o antes si continúa con los mismos síntomas.

## **Medidas preventivas**

- Mantener la lactancia materna hasta los 6 meses
- Conservar los alimentos y el agua en recipientes limpios y tapados.
- Lavarse las manos antes de preparar los alimentos, antes de comer y después de ir al baño.
- Utilización de excusados, letrinas o enterrar el excremento.
- No consumir alimentos de higiene dudosa.
- Administración de vida suero oral en caso necesario.

## **Desparasitación de las familias**

### **Acciones**

- Capacitación a las familias sobre signos y síntomas de alarma del padecimiento.
- Orientar sobre los procedimientos de desinfección del agua.
- Mencionar la manera higiénica del tendido de cama.

## **Medidas preventivas**

- Lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos.
- Higiene personal
- Higiene de ropa y cama.
- No consumir alimentos de higiene dudosa
- Combatir la fauna nociva transmisora.
- Evitar que los niños jueguen en la tierra
- Conservar los alimentos y el agua en recipientes limpios y tapados.
- Evitar el fecalismo al ras del suelo.
- Ministración de tratamiento antiparasitario.

## **Infecciones Respiratorias Agudas**

### **Acciones**

- Capacitación sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma.
- Orientación sobre los daños que ocasiona el tabaquismo.
- Informar la importancia de la ingesta de líquidos.
- Mencionar la importancia de llevar a cabo el tratamiento específico.

## **Medidas preventivas**

- No exponerse a cambios bruscos de temperatura
- Tomar abundantes líquidos y comer frutas cítricas de temporada
- Fomentar la lactancia materna hasta los 6 meses
- Evitar el hábito de fumar en lugares cerrados y cerca de los niños
- Aplicar esquema completo de vacunación.
- Evitar el contacto con personas enfermas
- Abrigarse en temporadas de invierno
- No realizar ejercicios al aire libre cuando los índices de contaminación son altos.

- No automedicarse

## **En diabetes mellitus e hipertensión arterial**

### **Acciones**

- Interrogar a la familia sobre antecedentes familiares de las enfermedades citadas
- Realizar prueba de glicemia capilar previa verificación de estado de ayuno de 6 horas y toma de presión arterial en caso de encontrar factores de riesgo
- Orientar a la familia para que pueda ayudar al paciente
- En caso de un paciente en control, reforzar indicaciones sobre el tratamiento.

### **Medidas preventivas**

- Suprimir el tabaquismo, alcoholismo
- Dieta baja en carbohidratos, grasas y sal
- Control de peso
- Aseo general y cuidado al corte de uñas
- Evitar sedentarismo y realizar ejercicio diario.

## **En Inmunizaciones**

### **Acciones**

- Aplicación y ministración de productos inmunizantes a recién nacidos y menores de 5 años.
- Completar el esquema de vacunación.
- Dar orientación de acuerdo al biológico aplicado

### **Medidas preventivas**

- Aplicación de biológicos

## **Métodos de planificación familiar**

### **Cáncer cervico-uterino**

#### **Acciones**

- Informar que el cáncer cervicouterino en sus inicios no produce dolor y puede ser curable
- Investigar la última fecha de toma citológica
- La realización de papanicolau es para poder detectar oportunamente el cáncer y debe realizarse por lo menos una vez al año.
- El papanicolau es gratuito
- Describir la forma de realizar la exploración mamaria, así como los signos de alarma
- Orientación a la pareja acerca de los métodos anticonceptivos.

#### **Medidas preventivas**

- Realizar la toma de papanicolau por lo menos 1 vez al año
- Realizar la exploración de mama 5 días después de la menstruación
- Alargar el periodo entre un embarazo y otro mediante los métodos de planificación familiar.

## **Rabia**

#### **Acciones**

- Orientar a la madre sobre signos y síntomas de alarma
- Orientar sobre acciones a seguir en caso de que algún integrante de la familia sea agredido por algún animal con rabia
- Mantener a los animales domésticos con su esquema de vacunación al corriente
- Referir al antirrábico cualquier caso detectado en la comunidad.

- En caso de que una persona sea agredida (mordedura, rasguño o lamida) por un perro o gato:
  1. Lavar la herida de inmediato con abundante agua y jabón, dejándola descubierta. No aplicar pomada ni remedios caseros
  2. Captura al animal, amarrarlo o enjaularlo para ser observado durante 10 días, aunque el animal y aparentemente sano.
  3. Acudir inmediatamente al servicio de salud más cercano y seguir las indicaciones del médico.
  4. La aplicación de la vacuna antirrábica humana es determinada por el médico.

### **Medidas preventivas**

- Vacunar a todos los gatos y perros
- Conocer los signos de un perro con rabia
- Acudir al médico al ser agredido por un animal
- Terminar con el esquema de vacunación antirrábica
- Mantener los animales dentro de la casa
- Al sacar a los perros a la calle se les debe poner su bozal y correa
- Identificar el perro o gato con su placa y certificado de vacunación oficial.
- Evitar que los perros anden sueltos en la calle.

## CONCLUSIONES

Al realizar el servicio social conocimos el vínculo que existe entre lo que es la formación académica y el contexto real de la problemática de la comunidad seleccionada para su estudio e identificación de los factores de riesgo. Para ello se necesitó de la colaboración de el personal del Centro de Salud y obviamente de la comunidad escogida. Después de planear la metodología iniciamos la aplicación práctica de los conocimientos científicos adquiridos durante la formación académica.

La mayor parte de la población encuestada fueron amas de casa que saben la importancia de acudir a las unidades médicas para la vigilancia, periódica de la salud de ellas y de su familia, a pesar, de que existe un alto índice de analfabetismo. Sin embargo, la realidad es que no acuden a una revisión periódica, por falta de tiempo, razones económicas, mala atención en los servicios de salud, la distancia entre su domicilio y la unidad médica, entre otras.

La colonia Lomas de Padierna Sur tiene una ubicación geográfica desfavorable para su población debido a la altura, el clima frío en invierno y caluroso en primavera, el suelo es rocoso y de fácil erosión; es importante destacar que el límite de la colonia se ha utilizado como un basurero clandestino. Convirtiendo esto en factores de riesgo físicos y ambientales que causan daños a la salud de la comunidad.

Además de estos factores de riesgo se encontró que el hacinamiento, la falta de agua intradomiciliaria, los malos hábitos higiénicos, el nivel socioeconómico bajo, la convivencia con animales domésticos, fauna nociva, falta de drenaje, contaminación del suelo, aire y agua fueron los

factores de riesgo más sobresalientes en la comunidad, entre otros no de menor importancia que también fueron detectados.

Después de haber identificado las necesidades y factores de riesgo, se procedió a realizar una de las partes más importantes para desarrollarnos como profesionales de la salud que fueron las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia a través de visitas domiciliarias, en las cuales se dio a las amas de casa para que hicieran conciencia de los factores de riesgo a los que están expuestas ellas y sus familias. Por ejemplo: realizar la determinación del cloro en la toma de agua principal y en la reserva de almacenamiento (tambos y/o cisternas); Enseñar a la familia sobre la selección de basura orgánica e inorgánica y el manejo adecuado; educar a las madres con niños menores de cinco años sobre los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas, entre otras.

La siguiente etapa consistió en dar a conocer las medidas preventivas necesarias para disminuir o evitar algunos factores de riesgo. Por ejemplo: hervir y/o desinfectar el agua de consumo, lavar periódicamente tinacos, tambos, cisternas y recipientes de almacenamiento de agua cada 6 meses, lavar con frecuencia el cuarto de baño y mantener limpio el sanitario, recolectar la basura en bolsa o bote con tapa y tirarla en el camión recolector, conservar los alimentos y el agua en recipientes, limpios y tapados, lavarse las manos antes de preparar los alimentos, antes de comer y después de ir al baño, no exponerse a cambios bruscos de temperatura ambientales, abrigarse en temporadas de invierno, no automedicarse, evitar sedentarismo y realizar ejercicio diario, por mencionar algunas.

Al realizar el estudio para identificar los factores de riesgo a los que está expuesta la comunidad nos enfrentamos a los problemas reales de la población que no son exclusivos de esta colonia, si no que son a nivel delegacional y nacional, ya sea por que los dirigentes quieren ganar beneficios o porque muchos de estos problemas son el resultado de la marginación social a la clase trabajadora y que nosotros como profesionales de la salud no podemos resolver, porque la solución esta a nivel de organizaciones gubernamentales (jefe de manzana, subdelegado, delegado, etc.), por ejemplo el bajo ingreso, económico, que conlleva a la marginación social, a la no satisfacción de las necesidades básicas, la falta de formación académica o nivel universitario que un jefe de familia con un ingreso de una salario mínimo no podrá solventar. Estos problemas repercuten en su salud, sobre todo mental pues es una persona con muchas frustraciones. También recordemos que todos somos un ente biopsicosocial y que no se ha podido dar un concepto único de salud pues el hombre por naturaleza es objeto de estudio, para poder explicar como a pesar de muchas carencias y dificultades el hombre vive y sobrevive.

Como profesionales de la Salud tenemos la certeza que es de vital importancia realizar este tipo de estudios, para detectar las necesidades sentidas y reales de la población y de está manera buscar la mejor solución.



## BIBLIOGRAFÍA

1. ARCHER R.N. Sarah Ellen. ***Enfermería de la Salud Comunitaria (Modalidades y Práctica)***. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 2ª ed. Colombia 1983. p.p. 591
2. ARANDA Regules. ***Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud***. Ed. Díaz de Santos. Madrid, España. 1994. p.p. 399
3. ALFONSO Roca María Teresa. ***Enfermería Comunitaria***. T.I. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1992. p.p. 437
4. ALVAREZ Alva Rafael. ***Salud Pública y Medicina Preventiva***. Ed. Manual Moderno. México. 1992. p.p. 486
5. ANN Morrine, Tomey. ***Modelos y Teorías en Enfermería***. Ed. Mooby-Doyma. 3ª ed. España. p.p. 427
6. CAJA López Carmen. ***Enfermería Comunitaria III***. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1993. p.p. 438
7. DE LA REVILLA. ***Atención Primaria***. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1991. p.p. 96
8. DONALSON R.J. Donalson L. J. ***Medicina Comunitaria***. Ed. Diaz de Santos S.A. Madrid, España. 1989. p.p. 640
9. ESPINOZA Victor Manuel, Esparza y de León. ***Prevención para la Salud***. Ed. Editor México. 1983. p.p. 153
10. FAJARDO Ortiz. ***Atención Médica***. Ed. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. México. 1989. p.p. 779
11. GOMEZJARA Francisco. ***Salud Comunitaria. Teoría y Técnicas***. Ed. Porrúa. México. 1989. p.p. 729
12. GONZALEZ CARBAJAL ELEUTERIO. ***Diagnóstico de la Salud en México***. Ed. Trillas. 2ª ed. México 1990. p.p. 369

13. HANAK Marcia, B.S.N. M.A. ***Educación Sanitaria del Paciente y su Familia***. Ed. Doyma. México. 1988. p.p. 227
14. HIGASHIDA. ***Educación para la salud***. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México. 1995 p.p. 302
15. H. HANLON JOHN. ***Principios de Administración Sanitaria***. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 3ª ed. México. 1980. p.p. 387
16. KARK L. Sidney. Emily Kark, J.H. Abramson. ***Atención Primaria Orientada a la Comunidad***. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1994. p.p. 186
17. KROEGER Axel, Luna Ronaldo. ***Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos***. Ed. Organización Panamericana de la Salud. México. 1992. p.p. 639
18. LOPEZ Acuña Daniel. ***La Salud Desigual en México***. Ed. Siglo XXI. 9ª ed. México. 1993. p.p. 247
19. OREM. E. Dorothea. ***Modelo de Orem***. Ed. Masson- Salvat, Barcelona, España 4a. ed. p.p. 178
20. PASTOR, Arana. ***Epidemiología T. I***. p.p. 479
21. PASTOR Vicente, San Martín Hernán. ***Salud Comunitaria. Teoría y práctica***. Ed. Diaz de Santos. 2ª. ed. Madrid. 1988 p.p. 376
22. ROSETTE A. Poletti. ***Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos Actuales***. Ed. Rol. Barcelona, España. 1980. p.p. 146.
23. SAN MARTIN Hernán. ***Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. T. I***. Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. México. 1992. p.p. 235
24. SAN MARTIN Hernán. ***Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. T. II***. Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. México. 1992. p.p. 520

25. SAN MARTIN Hernán. ***Salud y Enfermedad***. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 4ª ed. México. 1984. p.p. 894
26. TURABIAN José Luis. ***Participación Comunitaria en Salud***. Ed. Díaz de Santos. Madrid, España. 1992. p.p. 232
27. TURTON Pat. Orr Jean. ***Enfermería Comunitaria***. Ed. Limusa. México. 1992. p.p. 179
28. VEGA Franco Leopoldo. ***Bases Esenciales de la Salud Pública***. Ed. La Prensa Medica Mexicana. México. 1995 p.p. 389
29. ZURRO. A. Martín/ J.F. Cano Pérez. ***Atención Primaria***. Ed. Mosby/Doyma. 3a. ed. Madrid, España. 1994. p.p. 1158

# **ANEXOS**

# **CUADROS Y GRÁFICAS**

CUADRO No. 1

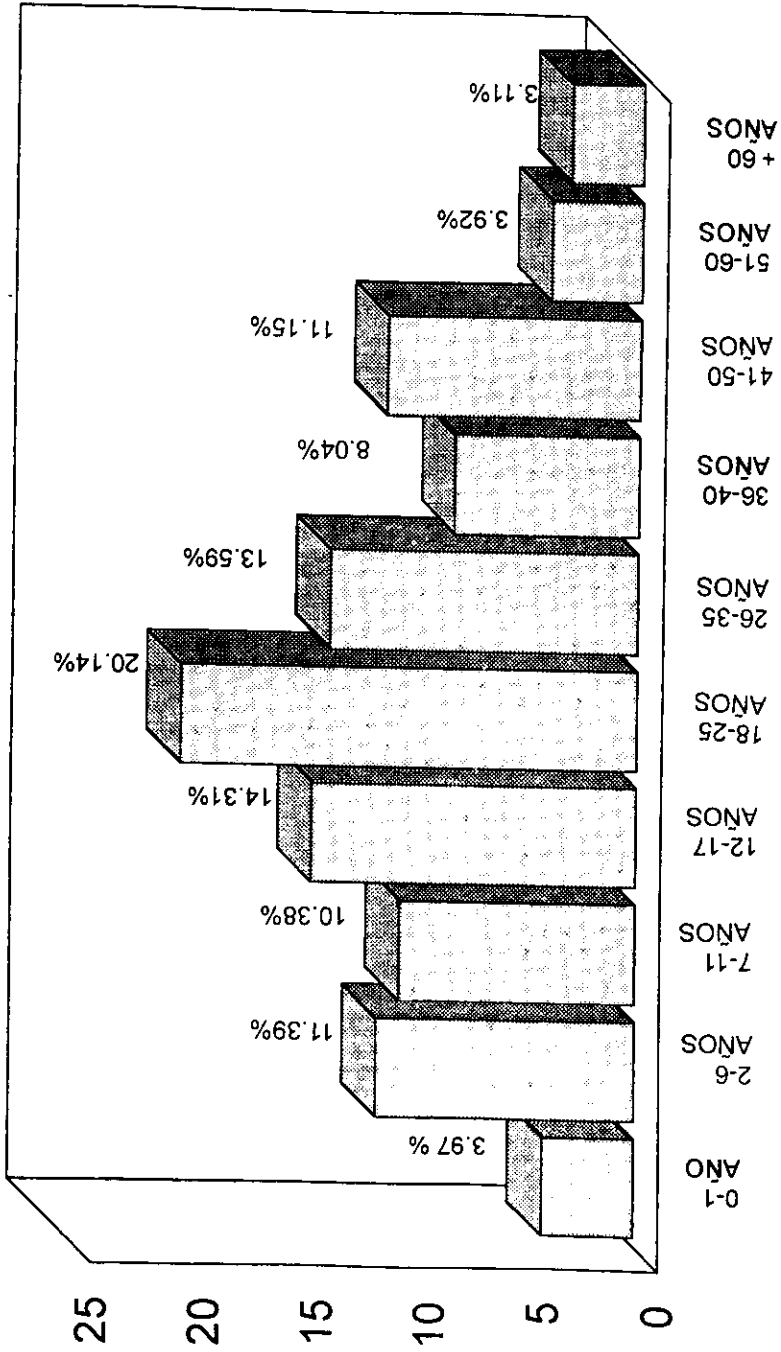
EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR",  
DELEGACIÓN TLALPAN

EDAD	FEMENINO	%	MASCULINA	%	TOTAL	%
0-1	30	2.79	53	5.21	83	3.97
2-6	122	11.35	116	11.41	238	11.39
7-11	106	9.86	111	10.92	217	10.58
12-17	166	15.45	133	13.09	299	14.31
18-25	217	20.20	204	20.07	421	20.14
26-35	155	14.43	129	12.69	284	13.59
36-40	85	7.91	83	8.16	168	8.04
41-50	122	11.35	111	10.92	233	11.15
51-60	33	3.07	49	4.82	82	3.92
+ - 60	38	3.53	27	2.65	65	3.11
TOTAL	1074	51.38	1016	48.62	2090	100.00

FUENTE: Encuesta aplicada por las pasantes de la **ENEO-UNAM** a los habitantes de la colonia "Lomas de Padierna Sur" Delegación Tlalpan, Diciembre 1997 - Julio 1998.

# GRÁFICA No. 1

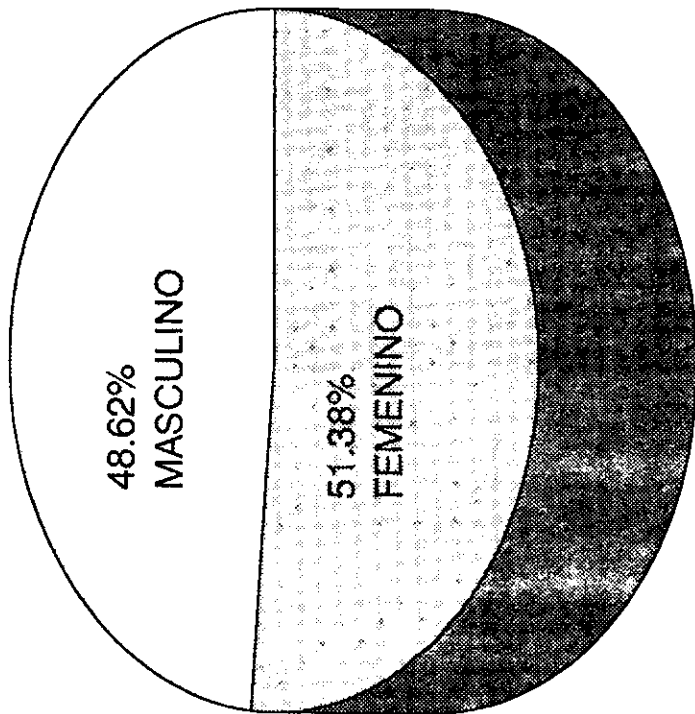
## EDAD DE LA POBLACIÓN



FUENTE: Encuesta aplicada por las pasantes de la ENEO-UNAM a los habitantes de la colonia "Lomas de Padierna Sur" Delegación Tlalpan. Diciembre 1997 Julio 1998

# GRAFICA No. 1A

## SEXO DE LA POBLACIÓN



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1



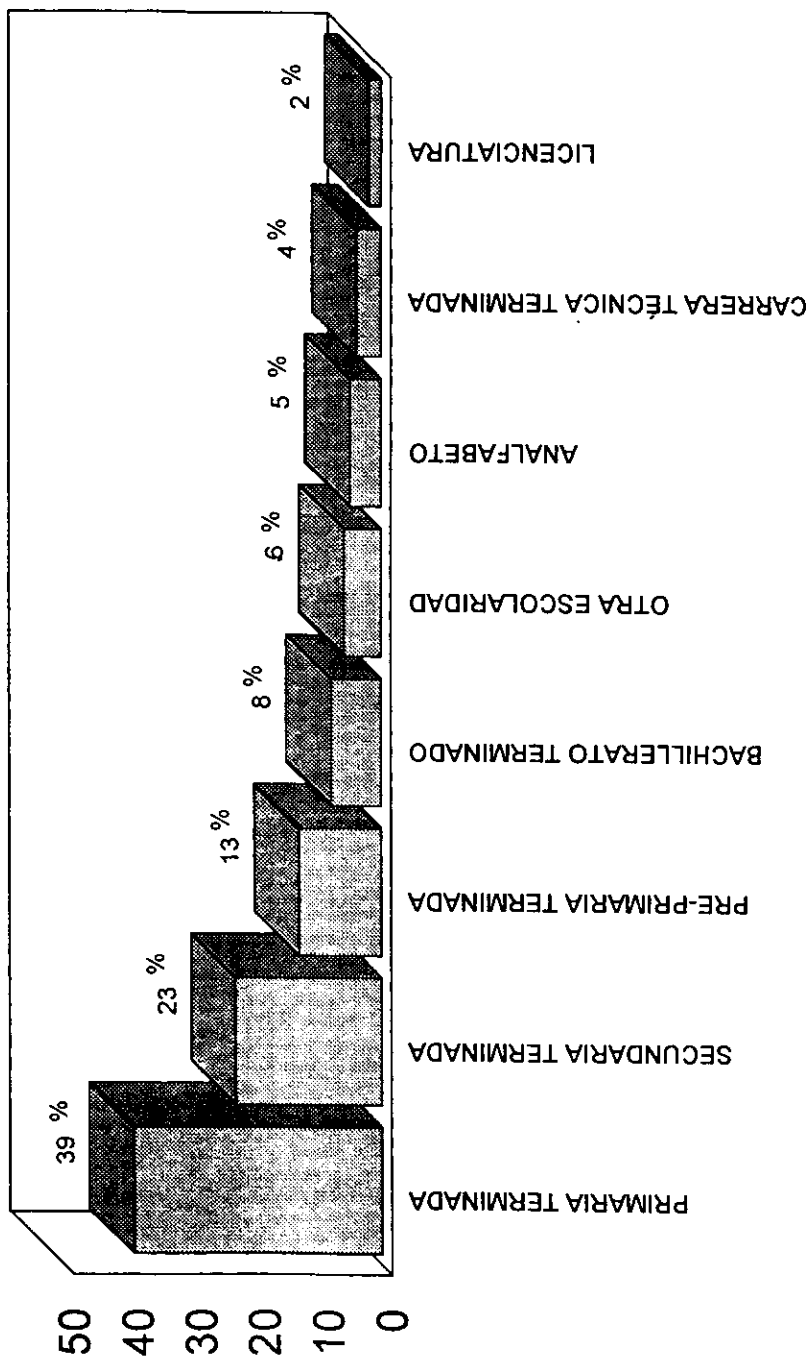
**CUADRO No. 2****ESCOLARIDAD DE LOS HABITANTES DE LA COLONIA  
"LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

PRIMARIA TERMINADA	719	39%
SECUNDARIA TERMINADA	424	23%
PRE PRIMARIA TERMINADA	232	13%
BACHILLERATO TERMINADO	141	8%
OTRA ESCOLARIDAD	118	6%
ANALFABETO	100	5%
CARRERA TÉCNICA TERMINADA	69	4%
LICENCIATURA	31	2%
TOTAL	1834	100%

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

# GRÁFICA No. 2

## ESCOLARIDAD DE LOS HABITANTES



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 3**

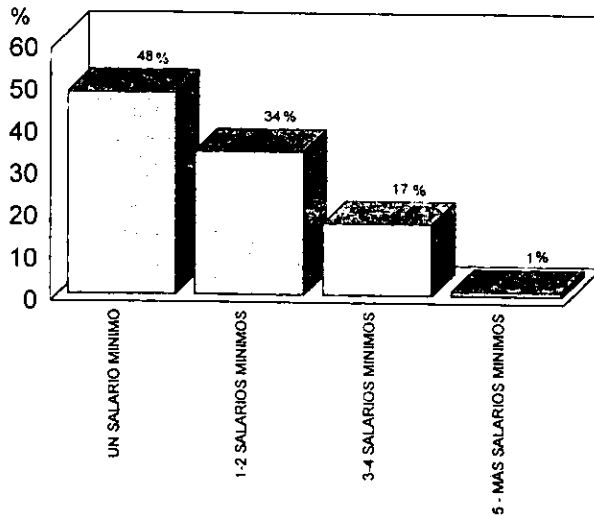
**INGRESO ECONÓMICO DE LAS FAMILIAS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

1 SALARIO MÍNIMO	215	48 %
1-2 SALARIOS MÍNIMOS	154	34 %
3-4 SALARIOS MÍNIMOS	77	17 %
5 A MÁS SALARIOS	6	1 %
TOTAL	454	100 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 3**

**INGRESO ECONÓMICO**



**FUENTE:** Misma de la gráfica No 1

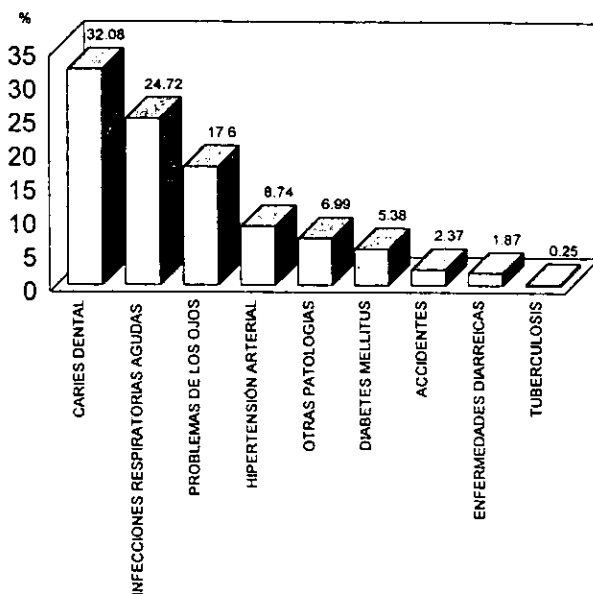
### CUADRO No. 4

## MORBILIDAD DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

CARIES DENTAL	257	32.8 %
INFECCIONES AGUDAS RESPIRATORIAS	198	24.72 %
PROBLEMAS DE LOS OJOS	141	17.6 %
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	70	8.74 %
OTRAS PATOLOGIAS	56	6.99 %
DIABETES MELLITUS	43	5.38 %
ACCIDENTES	19	2.37 %
ENFERMEDADES DIARREICAS	15	1.87 %
TUBERCULOSIS	2	0.25 %
<b>TOTAL</b>	<b>801</b>	<b>100.00 %</b>

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 4 MORBILIDAD



**FUENTE** Misma de la gráfica No. 1

### CUADRO No. 5

## SANEAMIENTO BÁSICO DE LOS HABITANTES DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

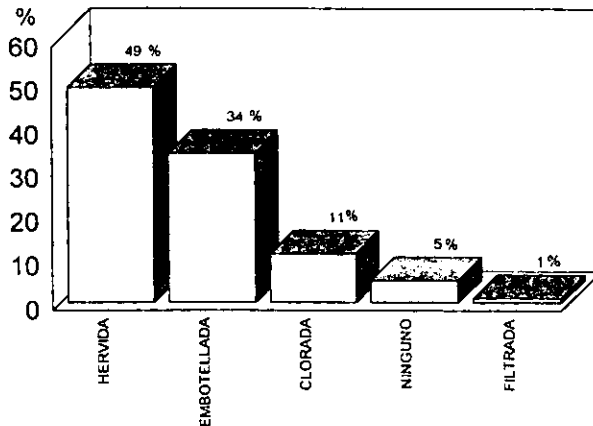
### MÉTODOS DE POTABILIZACIÓN DEL AGUA DE CONSUMO, LLEVADO A CABO POR LAS FAMILIAS

HERVIDA	224	49%
EMBOTELLADA	155	34%
CLORADA	52	11%
NINGUNO	24	5%
FILTRADA	4	1%
TOTAL	459	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 5

#### MÉTODOS DE POTABILIZACIÓN DE EL AGUA DE CONSUMO



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

### CUADRO No. 6

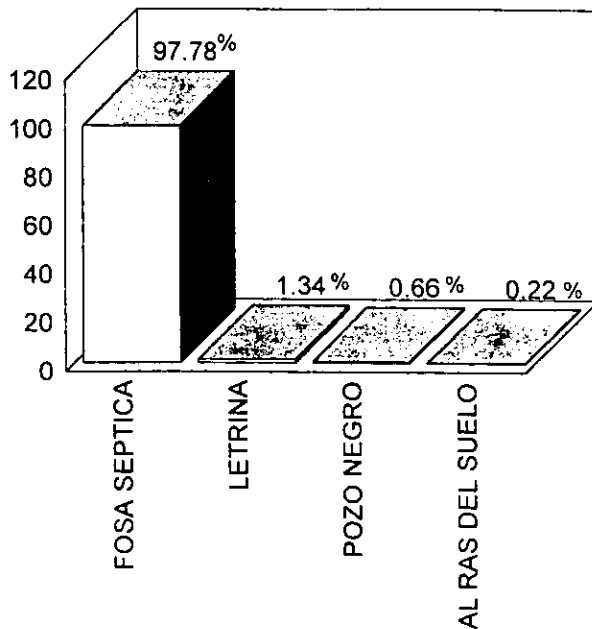
#### TIPO DE CONSTRUCCIÓN, PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS EXCRETAS DE LAS FAMILIAS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

FOSA SEPTICA	442	97.78%
LETRINA	6	1.34%
POZO NEGRO	3	0.66%
AL RAS DEL SUELO	1	0.22%
TOTAL	452	100.00%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 6

#### TIPO DE CONSTRUCCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS EXCRETAS



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

### CUADRO No. 7

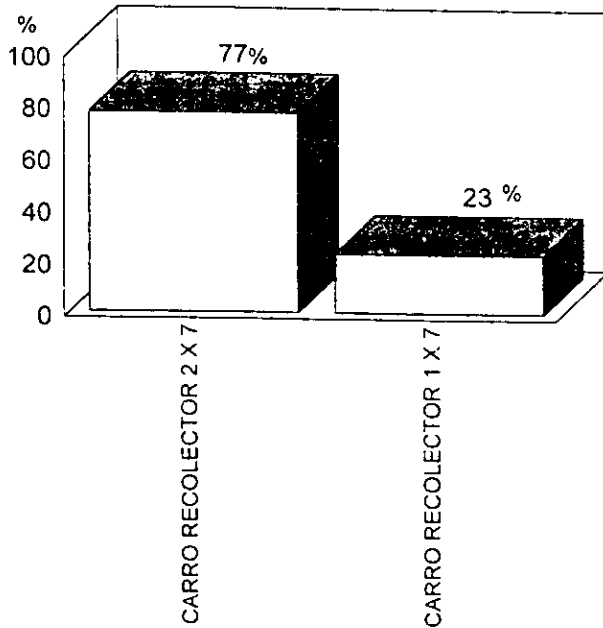
## DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS PARA LA RECOLECCIÓN DE BASURA, DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

CARRO RECOLECTOR 2 X 7	348	77%
CARRO RECOLECTOR 1 X 7	104	23%
CIELO ABIERTO	0	0%
TOTAL	452	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 7

#### DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA BASURA



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

**CUADRO No. 8**

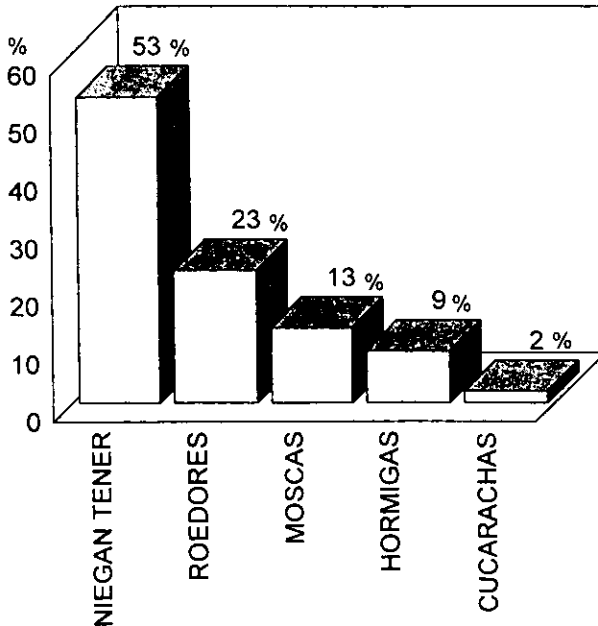
**FAUNA NOCIVA DE LAS VIVIENDAS DE LA COLONIA  
"LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

NIEGAN TENER	238	53%
ROEDORES	104	23%
MOSCAS	61	13%
HORMIGAS	42	9%
CUCARACHAS	7	2%
TOTAL	452	100%

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 8**

**FAUNA NOCIVA DE LAS VIVIENDAS**



**FUENTE:** Misma de la grafica No. 1



**CUADRO No. 9**

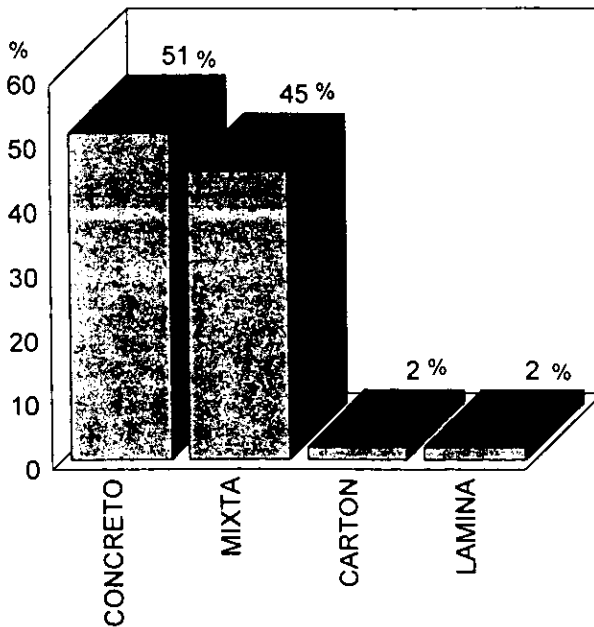
**TIPO DE MATERIAL UTILIZADO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS VIVIENDAS EN LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

CONCRETO	229	51%
MIXTA	203	45%
CARTON	9	2%
LAMINA	11	2%
TOTAL	452	100%

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 9**

TIPO DE MATERIAL UTILIZADO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS VIVIENDAS



FUENTE Misma de la gráfica No 1

**CUADRO No. 10**

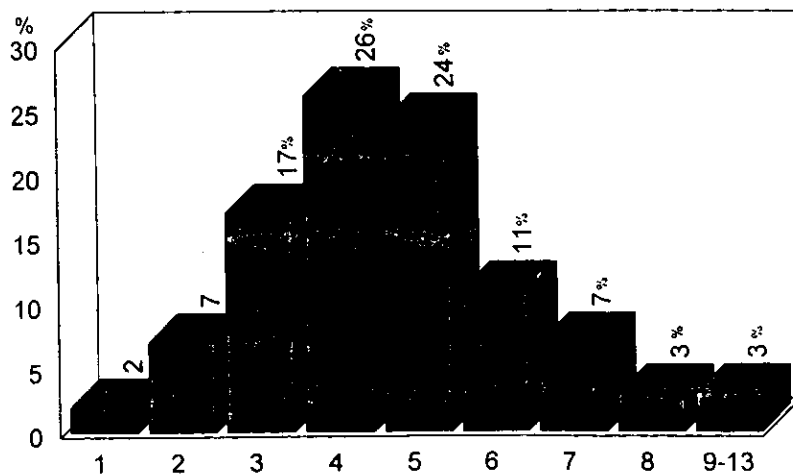
**NÚMERO DE PERSONAS POR FAMILIA DE LA  
COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR"  
DELEGACIÓN TLALPAN**

<b>No. DE PERSONAS</b>	<b>TOTAL DE FAMILIAS</b>	<b>%</b>
1	9	2
2	30	7
3	77	17
4	118	26
5	108	24
6	50	11
7	31	7
8	16	3
9-13	13	3
<b>TOTAL</b>	<b>452</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 10**

**NÚMERO DE PERSONAS POR FAMILIA**



**FUENTE:** Misma de la grafica No. 1

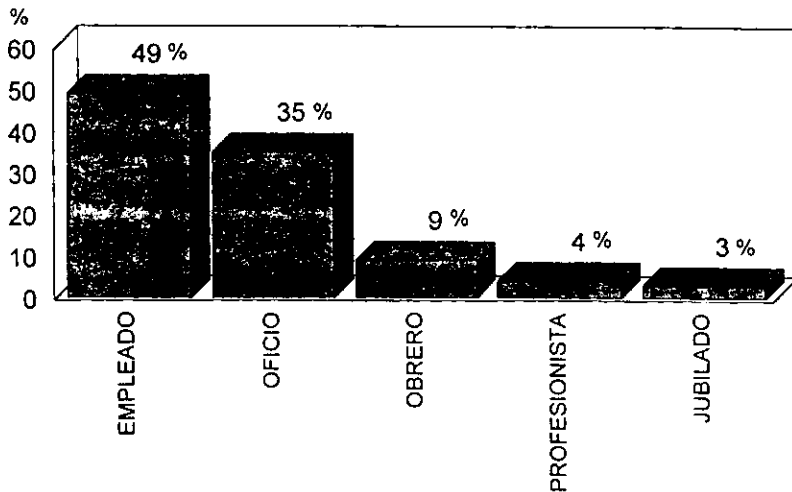
### CUADRO No. 11

#### POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
EMPLEADO	218	103	321	49
OFICIO	204	21	225	35
OBRERO	57	0	57	9
PROFESIONISTA	16	13	29	4
JUBILADO	22	0	22	3
TOTAL	517	137	654	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

#### GRÁFICA No. 11 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA



FUENTE Misma de la gráfica No. 1

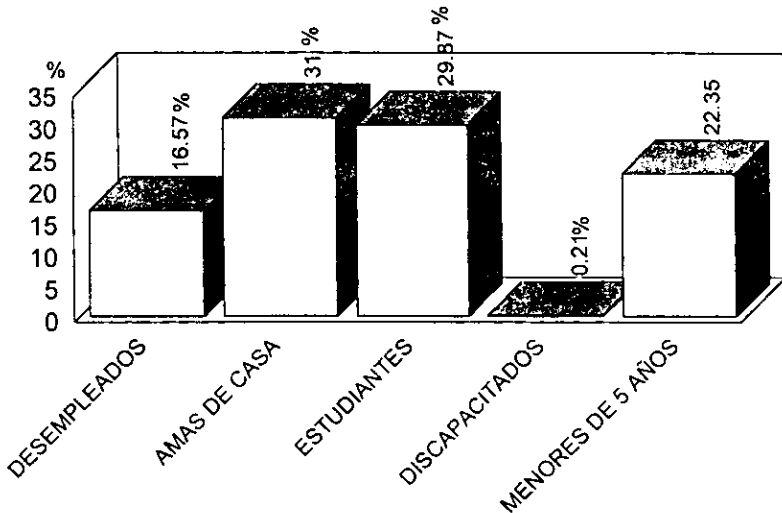
### CUADRO No. 12

#### POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

DESEMPLEADOS	238	16.57%
AMAS DE CASA	445	31.00%
ESTUDIANTES	429	29.87%
DISCAPACITADOS	3	0.21%
MENORES DE 5 AÑOS	321	22.35%
TOTAL	1436	100.00%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

#### GRÁFICA No. 12 POBLACIÓN ECONOMICAMENTE INACTIVA



FUENTE Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 13**

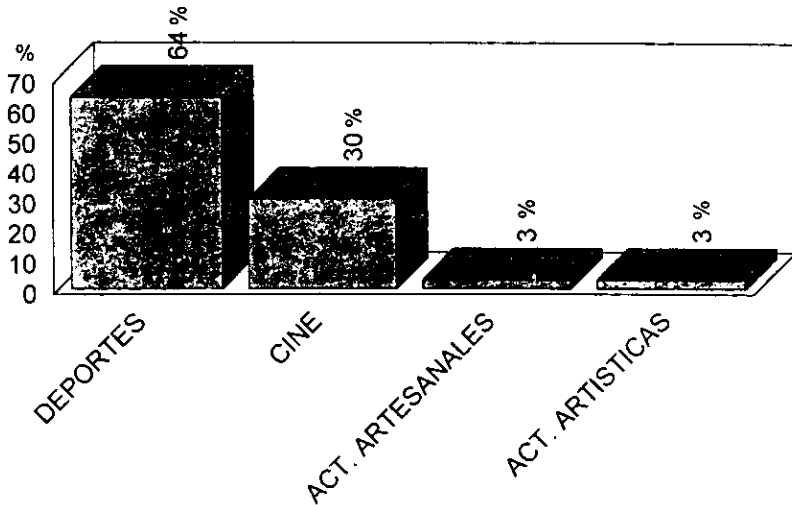
**PASATIEMPOS PREFERIDOS ADEMÁS DE VER T.V. DE LOS HABITANTES DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

ACTIVIDAD	E D A D E S							TOTAL	%
	7 -11	12-17	18-25	26-35	36-40	41-50	+ 51		
DEPORTES	53	152	193	229	50	29	8	714	64
CINE	50	70	157	10	7	15	30	339	30
ACT. ARTESANALES	0	3	0	0	5	1	30	39	3
ACT. ARTISTICAS	0	0	20	2	0	0	1	32	3
TOTAL	103	225	370	241	62	54	69	1124	
%	9	20	33	21	6	5	6		100

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 13**

**PASATIEMPOS PREFERIDOS ADEMÁS DE VER LA T.V.**



**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1

CUADRO No. 14

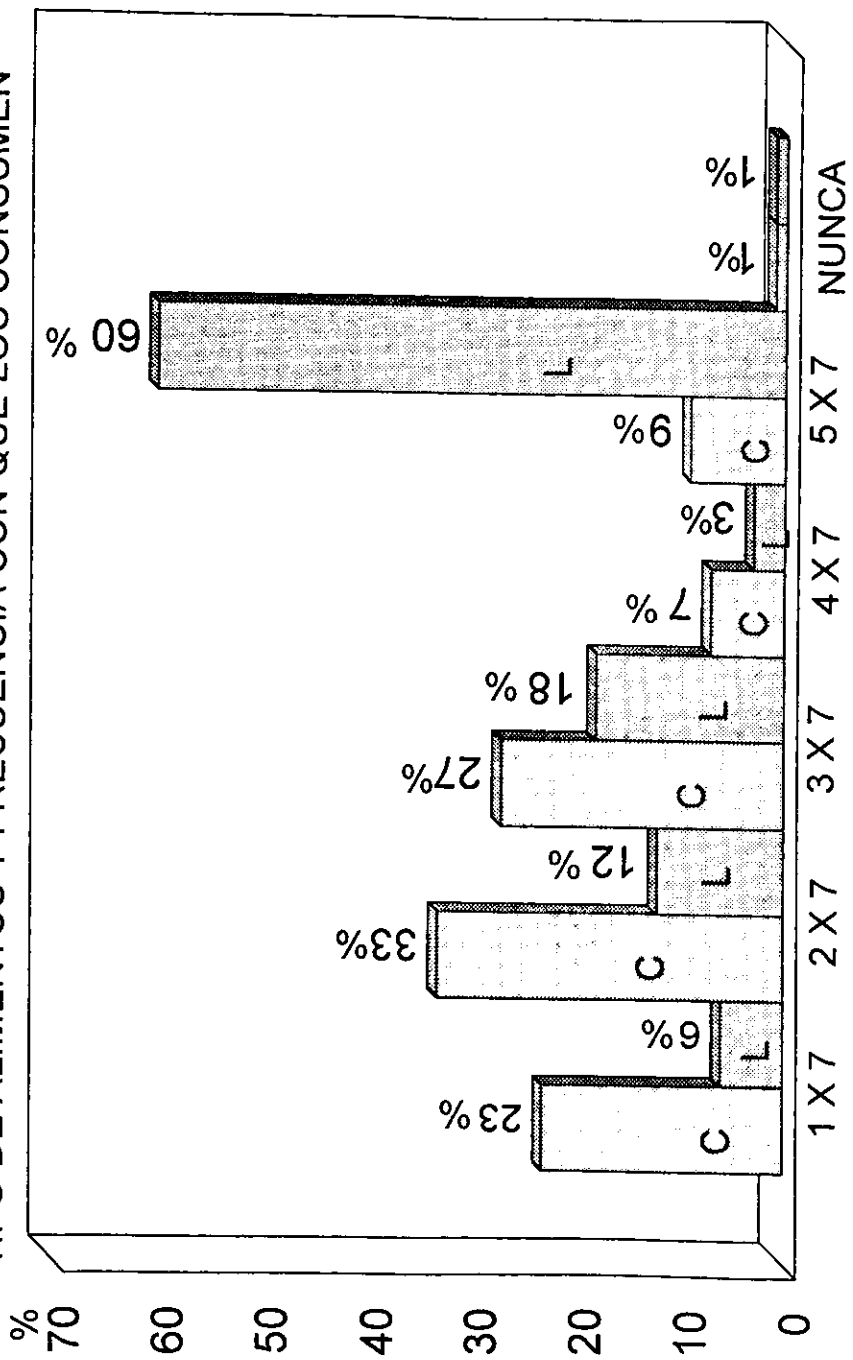
TIPO DE ALIMENTOS Y FRECUENCIA CON QUE LOS CONSUMEN LAS FAMILIAS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR", DELEGACIÓN TLALPÁN

ALIMENTO	1 X 7		2 X 7		3 X 7		4 X 7		5 X 7		NUNCA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CARNE	106	23	149	33	124	27	30	7	39	9	4	1
LECHE	29	6	53	12	81	18	14	3	270	60	5	1
HUEVO	38	8	95	21	142	32	45	10	128	28	4	1
FRUTAS	23	5	41	9	84	19	36	8	268	59	-	-
VERDURAS	19	4	44	10	96	21	37	8	256	57	-	-
LEGUMINOSAS	22	4	37	8	55	13	38	8	297	66	3	1
COMIDA CHATARRA	126	28	117	26	75	16	26	6	103	23	5	1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

# GRÁFICA No. 14.1

TIPO DE ALIMENTOS Y FRECUENCIA CON QUE LOS CONSUMEN

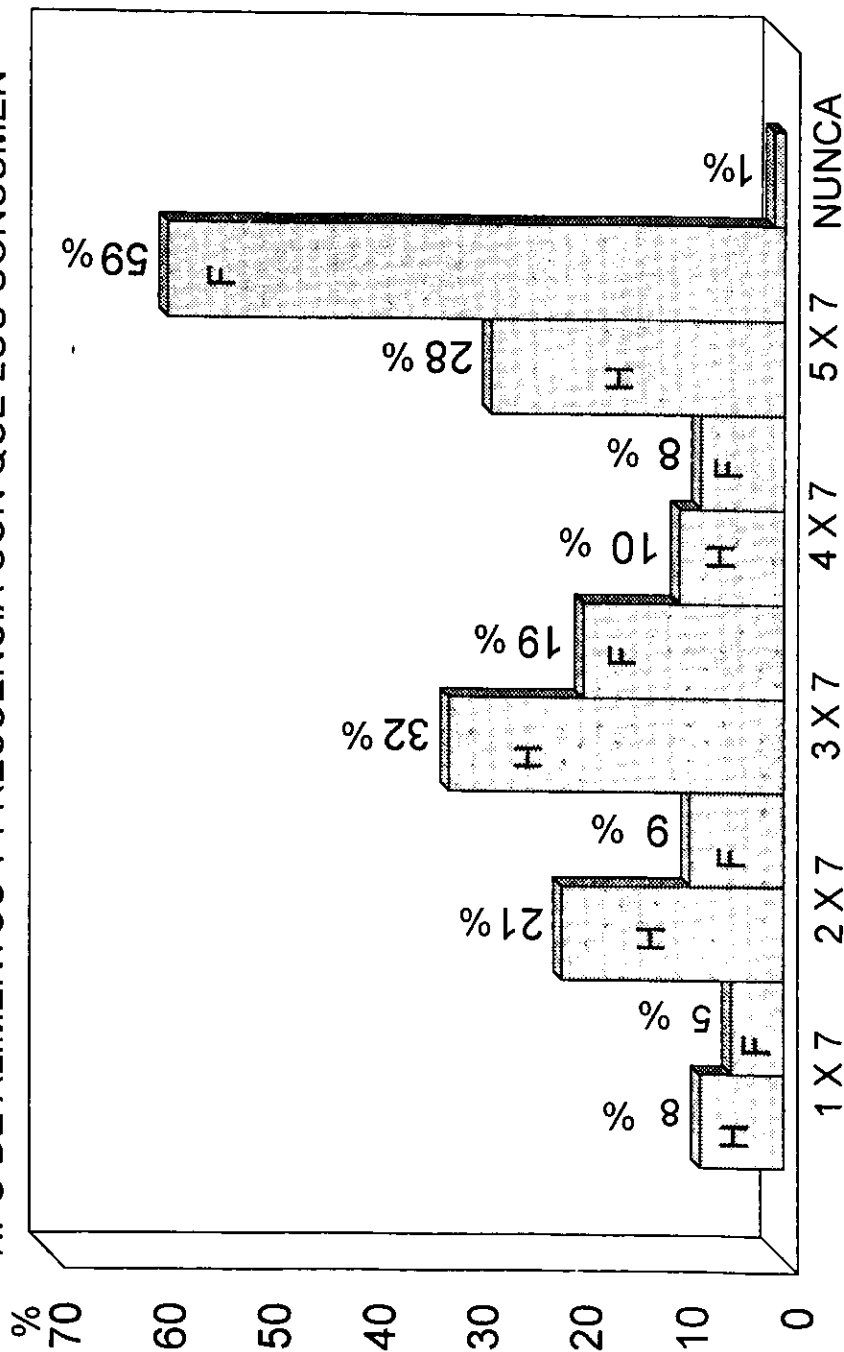


CARNE (C)  
LECHE (L)

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

# GRÁFICA No. 14.2

TIPO DE ALIMENTOS Y FRECUENCIA CON QUE LOS CONSUMEN



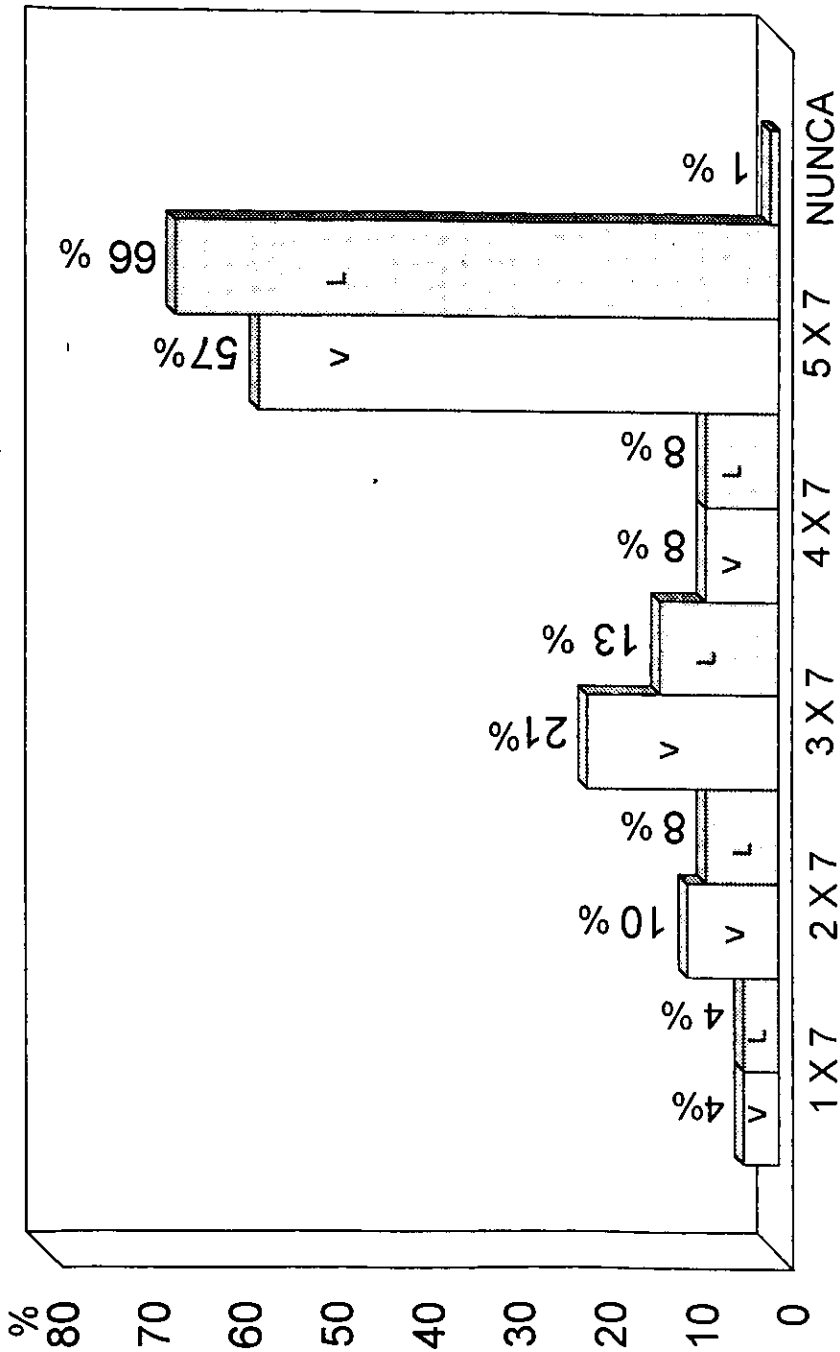
HUEVO (H)  
FRUTAS (F)

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1



# GRÁFICA No. 14.3

TIPO DE ALIMENTOS Y FRECUENCIA CON QUE LOS CONSUMEN

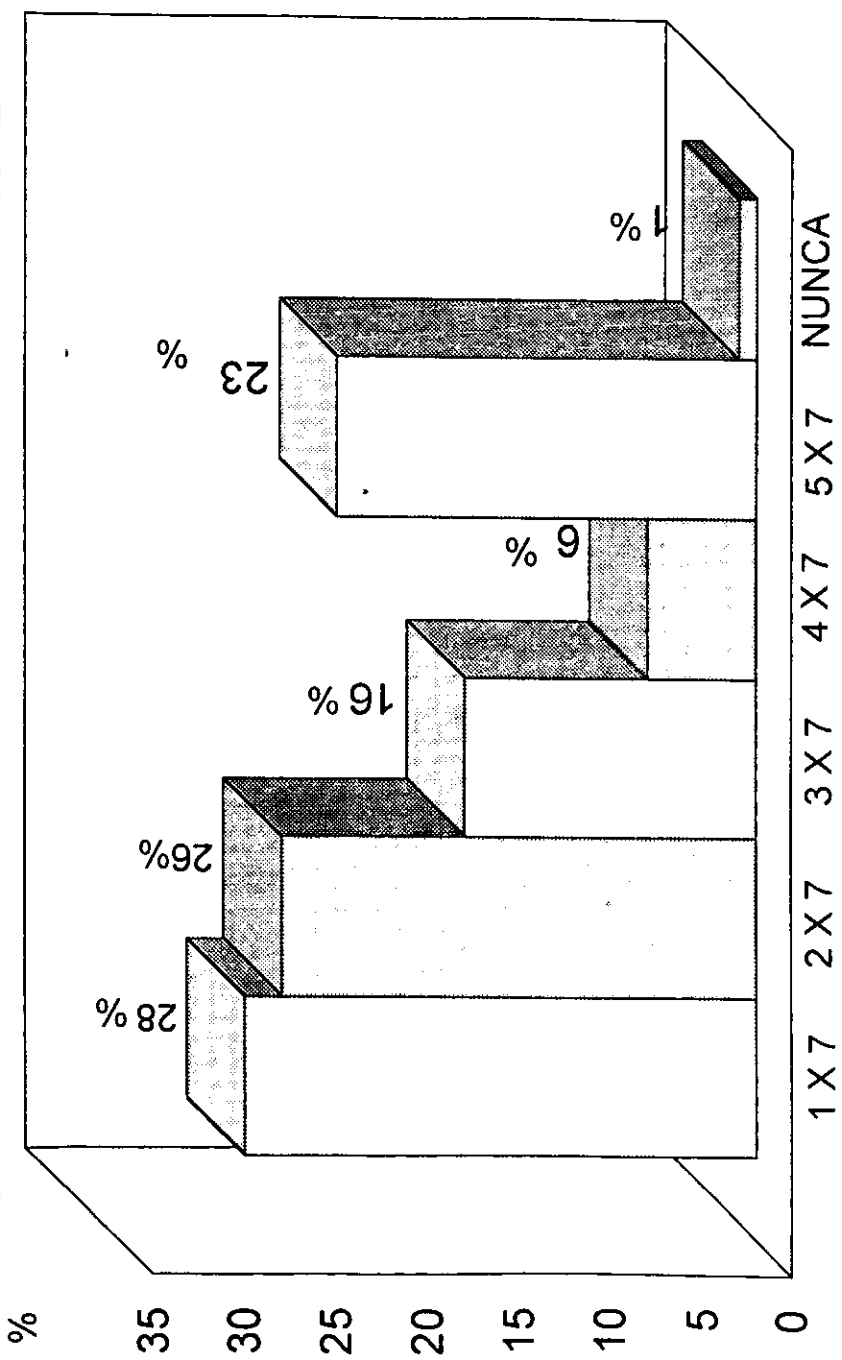


VERDURAS (V)  
LEGUMINOSAS (L)

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

# GRÁFICA No. 14.4

TIPO DE ALIMENTOS Y FRECUENCIA CON QUE LOS CONSUMEN



COMIDA CHATARRA

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

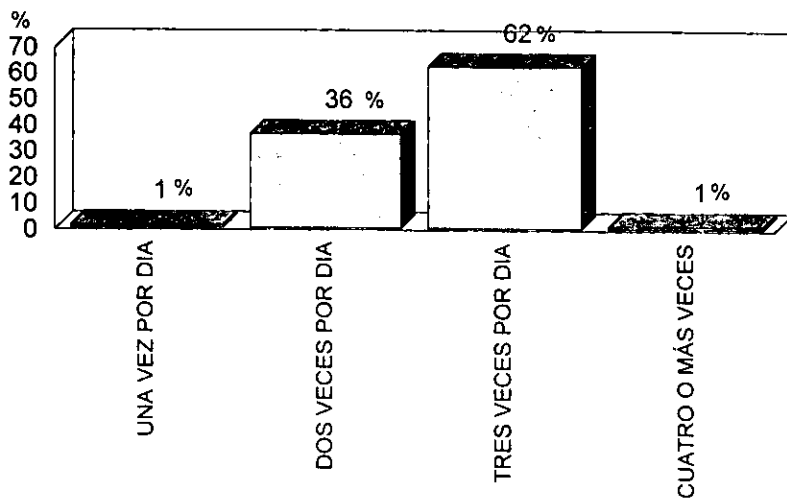
**CUADRO No. 15**

**NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA REALIZADAS POR LAS FAMILIAS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

UNA VEZ POR DÍA	3	1%
DOS VECES POR DÍA	163	36%
TRES VECES POR DÍA	282	62%
CUATRO O MÁS VECES	4	1%
TOTAL	452	100%

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 15**  
NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA



**FUENTE** Misma de la gráfica No. 1

### CUADRO No. 16

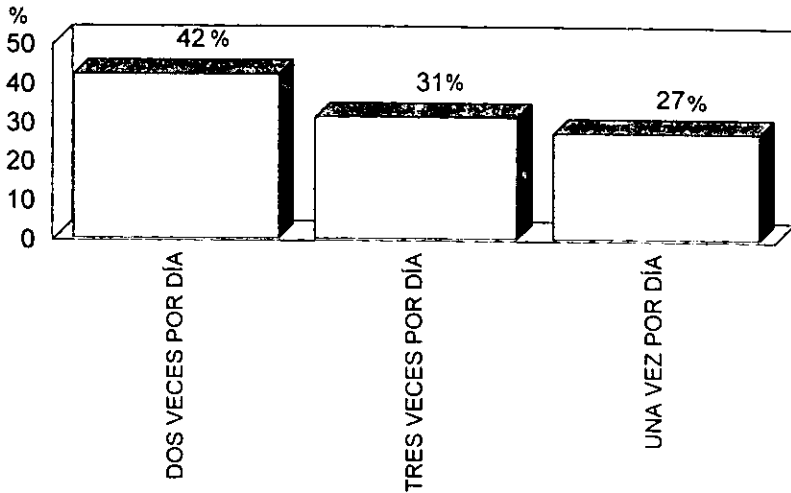
#### NÚMERO DE VECES POR DÍA DEL CEPILLADO DENTAL QUE LLEVAN A CABO LOS INDIVIDUOS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

DOS VECES POR DÍA	189	42 %
TRES VECES POR DÍA	139	31 %
UNA VEZ POR DÍA	124	0 %
TOTAL	452	100 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 16

#### NÚMERO DE VECES POR DÍA DEL CEPILLADO DENTAL



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 17**

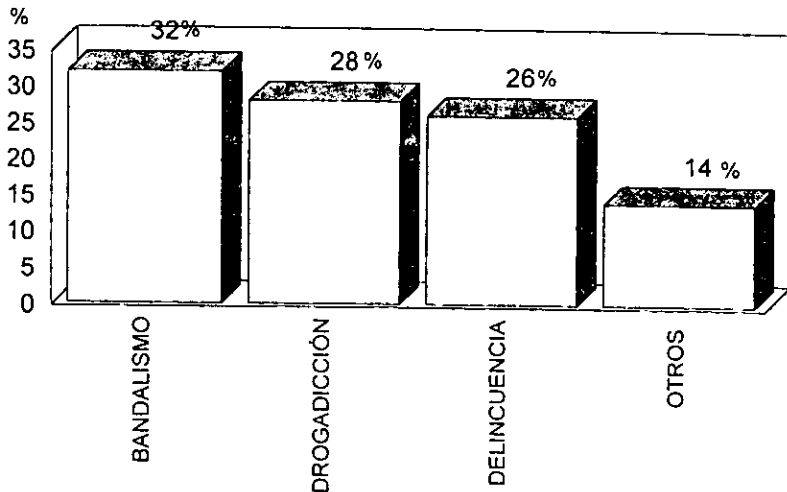
**PROBLEMAS SOCIALES MÁS COMUNES QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

BANDALISMO	236	32 %
DROGADICCIÓN	210	28 %
DELINCUENCIA	192	26 %
OTROS	101	14 %
TOTAL	739	100 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 17**

**PROBLEMAS SOCIALES MÁS COMUNES**



**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1

### CUADRO No. 18

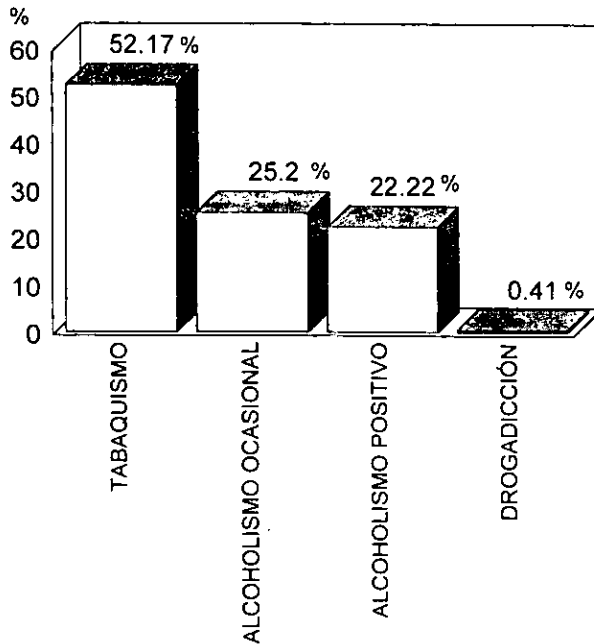
#### ADICCIONES MÁS COMUNES DE LOS HABITANTES DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIENA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

TABAQUISMO	385	52.17 %
ALCOHOLISMO OCASIONAL	184	25.20 %
ALCOHOLISMO POSITIVO	186	22.22 %
DROGADICCIÓN	3	0.41 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 18

#### ADICCIONES MÁS COMUNES



FUENTE Misma de la gráfica No 1

**CUADRO No. 19**

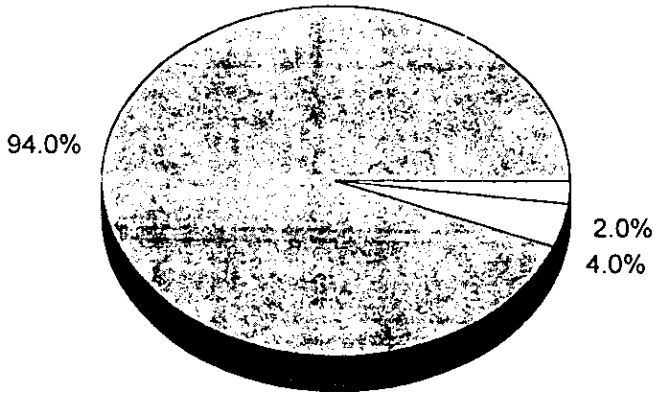
**ORIENTACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA Y DETECCIÓN DE CASOS DE DIARREA DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

ORIENTACION DE SIGNOS Y SINTOMAS A FAMILIAS CON MENORES DE 5 AÑOS	256	94 %
DETECCIÓN DE PERSONAS ENFERMAS	10	4 %
REFERENCIAS	6	2 %
TOTAL	272	100%

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 19**

ORIENTACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA Y DETECCIÓN DE CASOS DE DIARREA



**FUENTE:** Misma de la grafica No. 1

### CUADRO No. 20

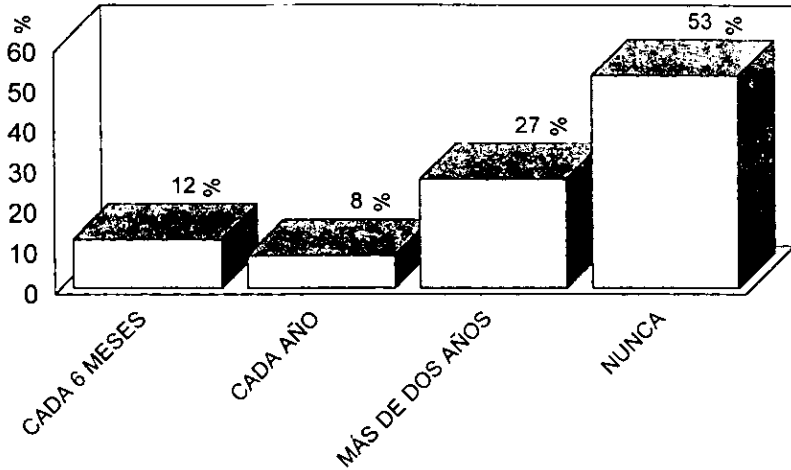
#### FRECUENCIA CON QUE SE DESPARASITAN LOS INDIVIDUOS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

CADA 6 MESES	237	12 %
CADA AÑO	166	8 %
MÁS DE 2 AÑOS	532	27 %
NUNCA	1072	53 %
TOTAL	2007	100 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 20

#### FRECUENCIA CON QUE SE DESPARASITAN LOS INDIVIDUOS



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1



### CUADRO No. 21

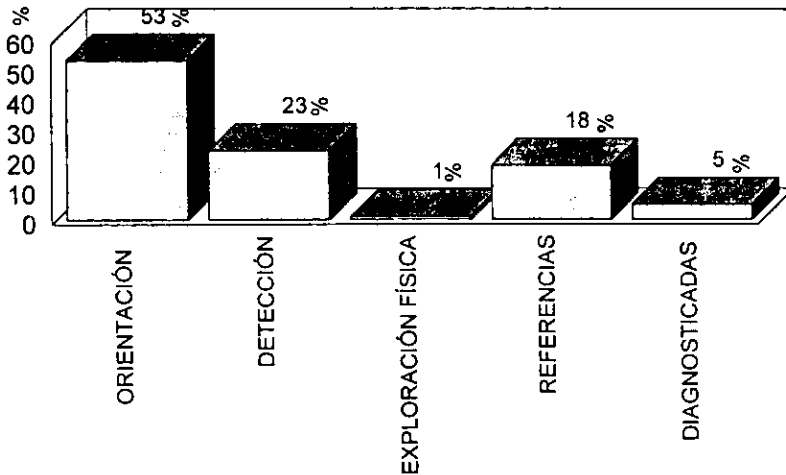
#### ORIENTACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DETECCIÓN DE CASOS EN LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

ORIENTACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA A FAMILIAS C/-5 AÑOS	256	53 %
DETECCIONES	112	23 %
EXPLORACIÓN FÍSICA	3	1 %
REFERENCIAS	87	18 %
DIAGNOSTICADAS Y TRATADAS	22	5 %
TOTAL	480	100 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 21

#### ORIENTACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DETECCIÓN DE CASOS



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 22**

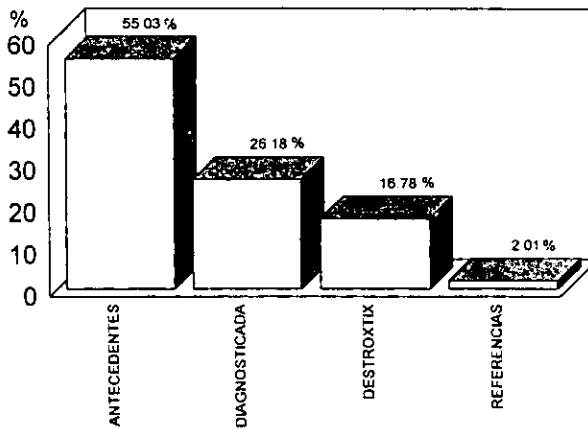
**DETECCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS E INDIVIDUOS  
CON ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE LA COLONIA  
"LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	82	55.03 %
DIAGNÓSTICADA Y TRATADA	39	26.18 %
DESTROXTIX REALIZADOS	25	16.78 %
REFERENCIAS	3	2.01 %
TOTAL	576	100.00 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 22**

**DETECCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS E  
INDIVIDUOS CON ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**



**FUENTE** Misma de la gráfica No 1

### CUADRO No. 23

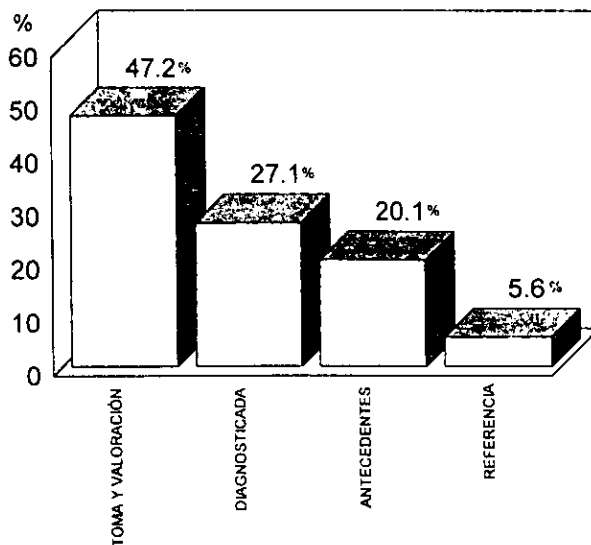
## DETECCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INDIVIDUOS CON ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

TOMA Y VALORACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	101	47.2 %
DIAGNOSTICADA Y TRATADA	58	27.1 %
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	43	20.1 %
REFERENCIA	12	5.6 %
TOTAL	214	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 23

DETECCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INDIVIDUOS CON ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES



FUENTE Misma de la gráfica No 1

### CUADRO No. 24

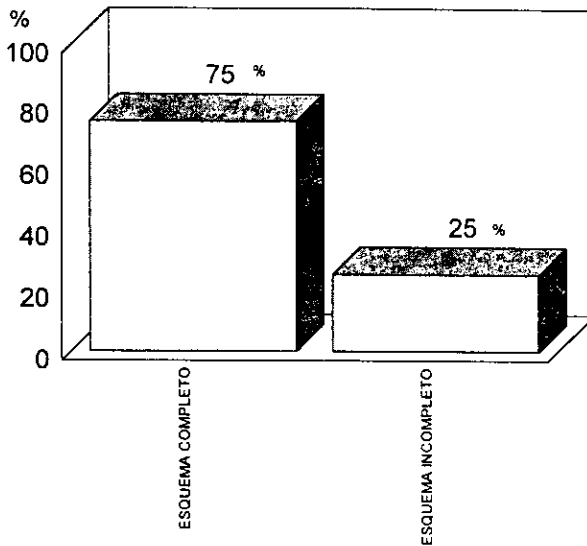
#### REVISIÓN DE CARTILLAS Y ORIENTACIÓN SOBRE ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN, A LAS FAMILIAS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

ESQUEMA COMPLETO	192	75 %
ESQUEMA INCOMPLETO	65	25 %
FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	257	100 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 24

REVISIÓN DE CARTILLAS Y ORIENTACIÓN SOBRE ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

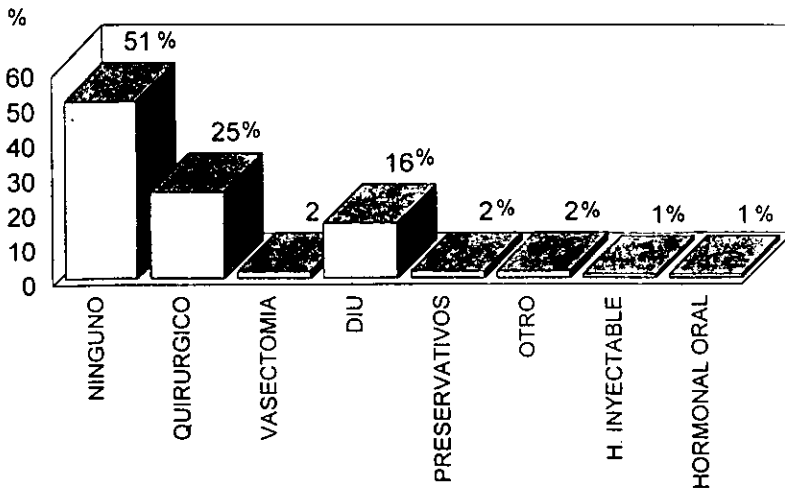
**CUADRO No. 25**

**MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS POR LAS PAREJAS  
CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA COLONIA "LOMAS DE  
PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

NINGUN MÉTODO	231	51 %
QUIRÚRGICO OTB	114	25 %
VASECTOMIA	7	2 %
DIU	74	16 %
PRESERVATIVOS	8	2 %
OTRO	7	2 %
HORMONAL INYECTABLE	6	1 %
HORMONAL ORAL	5	1 %
TOTAL	452	100 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 25**  
METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



**FUENTE.** Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 26**

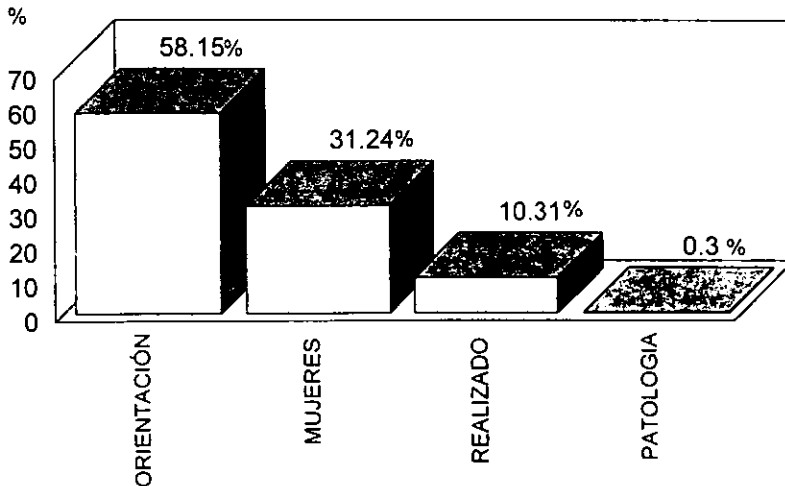
**ORIENTACIÓN ACERCA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO UTERINO A LAS MUJERES EN RIESGO DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

ORIENTACIÓN Y REFERENCIA A REALIZARSE DOC	378	58.15 %
MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS REFERIDAS	203	31.24 %
REALIZADO C/6 MESES	67	10.31 %
PATOLOGIA DIAGNÓSTICADA Y TRATADA	2	0.30 %
TOTAL	605	100.00 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 26**

**ORIENTACIÓN ACERCA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO UTERINO**



**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1

### CUADRO No. 27

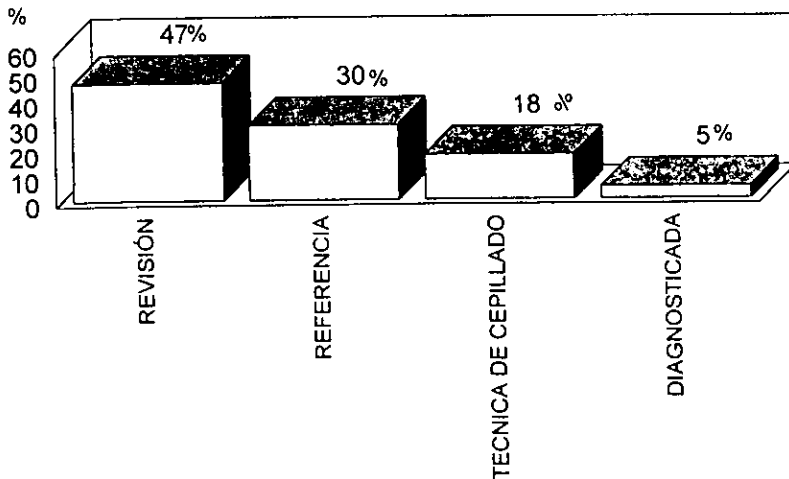
#### NÚMERO DE CASOS DETECTADOS DE CARIES DENTAL ENTRE LA POBLACIÓN DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN

REVISIÓN	285	47 %
REFERENCIA	179	30 %
TÉCNICA DE CEPILLADO	106	18 %
DIAGNÓSTICADA Y TRATADA	29	5 %
TOTAL	599	100 %

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRÁFICA No. 27

#### NÚMERO DE CASOS DETECTADOS DE CARIES DENTAL



FUENTE Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 28**

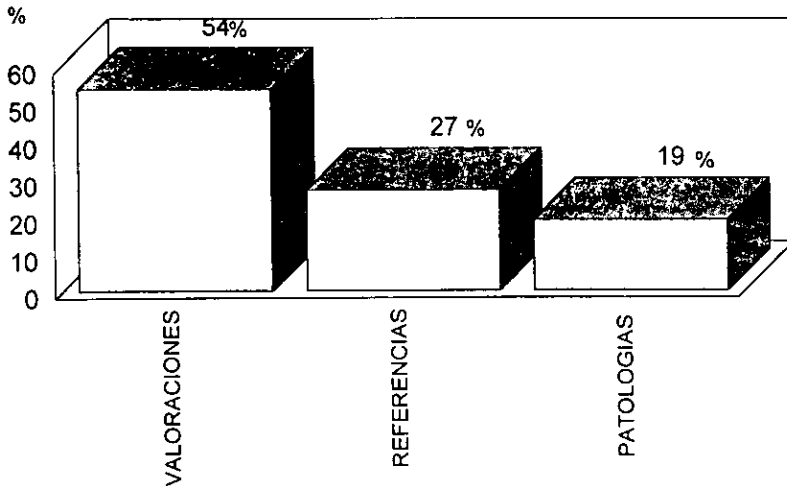
**NÚMERO DE PERSONAS DETECTADAS CON ALGUN PROBLEMA DE LA VISTA  
DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

VALORACIONES	104	54 %
REFERENCIAS	53	27 %
PATOLOGIAS TRATADAS	37	19 %
TOTAL	141	100 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 28**

**NÚMERO DE PERSONAS DETECTADAS CON ALGUN PROBLEMA DE LA VISTA**



**FUENTE:** Misma de la gráfica No 1



**CUADRO No. 29**

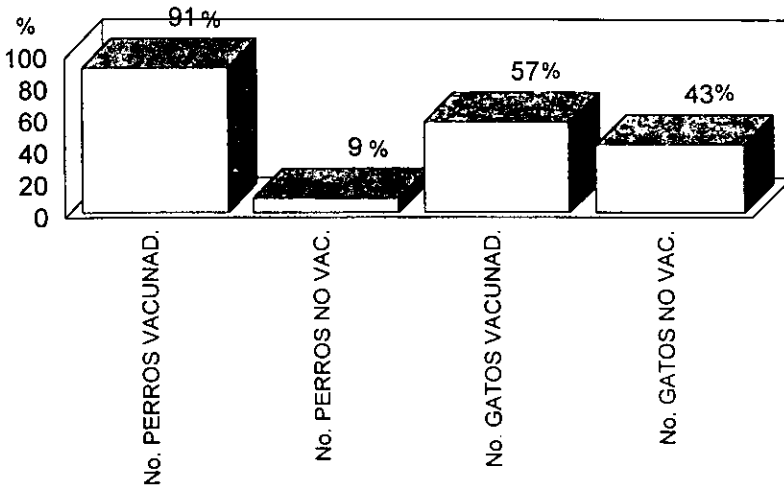
**NÚMERO DE PERROS Y GATOS VACUNADOS Y NO VACUNADOS DE LAS FAMILIAS DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

NÚMERO DE PERROS	371	100 %
NÚMERO DE PERROS VACUNADOS	339	91 %
NÚMERO DE PERROS NO VACUNADOS	32	9 %
NÚMERO DE GATOS	105	100 %
NÚMERO DE GATOS VACUNADOS	60	57 %
NÚMERO DE GATOS NO VACUNADOS	45	43 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 29**

**NÚMERO DE PERROS Y GATOS VACUNADOS Y NO VACUNADOS**



**FUENTE** Misma de la gráfica No. 1

**CUADRO No. 30**

**NÚMERO DE FAMILIAS QUE SE AUTOMEDICAN  
DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR"  
DELEGACIÓN TLALPAN**

SI	338	75 %
NO	114	25 %
TOTAL	452	100.00 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**CUADRO No. 31**

**NÚMERO DE FAMILIAS QUE RECURREN A LA MEDICINA TRADICIONAL  
DE LA COLONIA "LOMAS DE PADIERNA SUR"  
DELEGACIÓN TLALPAN**

SI	339	75 %
NO	113	25 %
TOTAL	452	100 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**CUADRO No. 32**

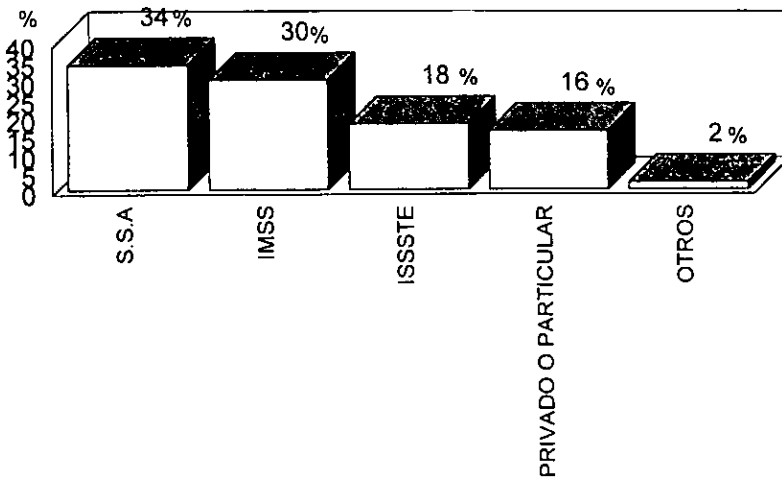
**SERVICIOS MÉDICOS A LOS QUE ACUDE LA POBLACIÓN DE LA COLONIA  
"LOMAS DE PADIERNA SUR" DELEGACIÓN TLALPAN**

S.S.A.	153	34 %
IMSS	138	30 %
ISSSTE	82	18 %
PRIVADO O PARTICULAR	76	16 %
OTROS	7	2 %
TOTAL	452	100 %

**FUENTE:** Misma del cuadro No. 1

**GRÁFICA No. 32**

**SERVICIOS MÉDICOS A LOS QUE ACUDE LA POBLACIÓN**



**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1

# **ENTREVISTA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Objetivo: Identificar a través de esta encuesta los factores de riesgo a la salud en la comunidad de la colonia "Lomas de Padierna Sur", Delegación Tlalpan

Instrucciones: Marcar con una X la respuesta que mejor describa la situación o problemática de las necesidades observadas y transmitidas.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nom. de la familia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

1.- Edad: \_\_\_\_\_

2.- Sexo: M N

3.- Escolaridad

Analfabeta

Preprimaria

Primaria

Secundaria

Carrera técnica

Licenciatura

Otra escolaridad

4 - Población económicamente inactiva

Obrero

Empleado

Oficio

Profesionista

5 - Poblacion económicamente inactiva

Desempleado

Ama de casa

Estudiante

Discapacitado

Menor de 5 años

6.- Ingreso económico por familia

1 salario mínimo

1 a 2 salarios mínimos

3 a 4 salarios mínimos

Más de 5 salarios mínimos

7. - Métodos de potabilización del agua.

Hervida

Clorada

Embotellada

Filtrada

Ninguna

8.- Tipo de construcción para la eliminación de las excretas

- Fosa Séptica
- Pozo negro
- Letrina
- Al ras del suelo
- Baño

9.- Disponibilidad de los servicios públicos para la recolección de basura.

- 1 x 7 (Una vez por semana)
- 2 x 7 (Dos veces por semana)
- Cielo abierto

10.- Fauna nociva

- Roedores
- Moscas
- Cucarachas
- Otra

11.- Frecuencia y consumo de los alimentos

- Carne
- Leche
- Huevos

- Frutas
- Verduras
- Leguminosas
- Comida chatarra

12.- Número de comidas realizadas por día

- 1 vez por día
- 2 veces por día
- 3 veces por día
- Mas veces por día

13.- Número de personas que habitan la vivienda

- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- 5 personas
- 6 personas
- 7 personas
- 8 pesonas
- 9 o más personas



14.- Tipo de material utilizado para la construcción de la vivienda

Concreto

Lámina

Cartón

Mixta

15.- Desparasitación

Cada 6 meses

Cada año

Más de dos años

Nunca

16.- Signos y síntomas de alarma en casos de diarrea

Llanto sin lágrimas

Ojos hundidos

Boca y lengua secas

Evacuaciones líquidas y más de 6 a 10 diarias

Fontanelas hundidas

17.- Signos y síntomas de alarma en casos de infecciones respiratorias agudas.

Rechazo a la ingesta

Irritabilidad

- Dificultad para respirar
- Aleteo nasal
- Estridor en reposo
- Retracción xifoidea
- Tiros intercostales
- Cianosis

#### 18.- Hipertensión Arterial

- Con antecedentes heredofamiliares
- Con diagnóstico y tratamiento

#### 19.- Diabetes Mellitus

- Con antecedentes heredofamiliares
- Con diagnóstico y tratamiento

#### 20.- Métodos de planificación familiar

- Hormonal Oral
- Hormonal inyectable
- D.I.U.
- O.T.B.
- Vasectomía
- Preservativo

Otros

Ninguno

21.- Realización de D.O.C.C.U. .

Cada 6 meses

Cada año

2 años o más

Nunca

Patología diagnosticada y tratada

22. Esquema básico de vacunación.

Esquema completo

Esquema incompleto

23.- Cepillado dental

1 vez por día

2 veces por día

3 veces por día

4 o más

24.- Caries dental

Si

No

25.- Rabia

Número de perros