



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.

DEDICATORIA

***A Dios por darme la vida y
sabiduría para el logro
de mis objetivos.***

***A mis padres por ser los padres
de Karla en mi ausencia***

***A mi hija Karla y Esposo por
su apoyo, amor y comprensión.***

AGRADECIMIENTO

*A mi Profesor Ezequiel Canela Núñez,
por su tiempo y dedicación.*

*A mis Profesores y compañeros
de generación por compartir sus
experiencias.*

*A mis Compañeros de trabajo
por darme el espacio para estudiar y
brindarme su apoyo*

	Página
Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivos del estudio de caso.....	4
Metodología.....	5

□□□□□□□□ □

□ □□□□□ □□□□□□

1.1 Aspectos de enfermería en salud pública	
1.1.1 Transición epidemiológica.....	6
1.1.2 Funciones esenciales de la salud pública.....	10
1.1.3 Métodos de priorización Hanlon.....	14
1.1.4 Estudio de comunidad.....	16
1.1.5 Diagnóstico de salud.....	20
1.1.6 Respuesta Social organizada.....	27
1.1.7 Determinantes de la salud	29
1.1.8 Enfoque de riesgo en la atención a la salud.....	31
1.1.9 Rabia.....	36

□□□ □□□□□ □□□□□□□□□□

1.2.1 Paradigma de enfermería.....	45
1.2.2 Teoría del déficit de autocuidado.....	60
1.1.3 Proceso de Atención de enfermería	70
1.2.4 Consideraciones ético – legales.....	80

□□□ □□□□□ □□□□□□□□□□

1.3.1 Antecedentes Históricos del municipio de Ecatepec de Morelos	85
1.3.2 Perfil epidemiológico de la rabia en México.....	95
1.3.3 Perfil epidemiológico de la rabia en el municipio de Ecatepec.....	97

□□□□□□□□ □ □□□□□□□□□

2.1 Resultados taller Hanlon.....	105
2.2 Resultados de la cedula familiar.....	121

□□□□□□□□ □ □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□.....

167

□□□□□□□□ □ □□□□□□□□□□

□□□ Propuesta de Intervención.....	171
------------------------------------	-----

□□□□□□□□ □

5.1 Conclusiones.....	178
5.2 Referencias Bibliográficas.....	182
5.3 Bibliografía.....	183
5.4 Anexos.....	184

INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico de salud constituye una investigación que permite a enfermería conocer las necesidades de salud de la comunidad e identificar factores de riesgo, siendo este el inicio del proceso de intervención.

El estudio de caso comunitario representa la investigación en enfermería de los determinantes de Salud, Morbilidad – Mortalidad y respuesta social organizada, mediante un modelo de atención que denota el sustento teórico, metodológico que incluye los elementos del proceso enfermero.

La enfermera especialista en Salud Pública contribuye en la planificación, la realización del diagnóstico de salud a través del proceso de atención de enfermería dirigido a la detección de necesidades, así como en el diseño y ejecución de programas de promoción, educación y atención para la salud, considerando la atención primaria a la salud y el autocuidado.

El propósito principal de este estudio de caso es mejorar el nivel de salud de la población en base a un diagnóstico para proponer una intervención a través de la identificación de necesidades y problemas de salud detectados y la respuesta social organizada.

Esta investigación inicia con un panorama de los antecedentes históricos de la comunidad, así como el modelo teórico, teoría del déficit de autocuidado, que sustenta la misma, se describe la metodología que se llevó a cabo durante la investigación, definiendo el tipo de estudio, encontrando una población de 4925 habitantes, de los cuales se realizaron 1230 encuestas familiares, se priorizó a esta población por los antecedentes de riesgo que de ella derivan, se expone la operacionalización de las variables utilizadas, así como los instrumentos utilizados, la organización y los recursos con los que se contaron, al final se encuentra un apartado de anexos con las listas de verificación, croquis por sector, croquis general, cedula familiar, entre otros.

Cabe mencionar que los conocimientos adquiridos en las aulas si se adecuaron con la práctica y se pudo comprobar que la teoría del déficit de autocuidado se puede integrar a una población para cumplir con el objetivo de mejorar su salud, este trabajo puede ser de utilidad para estudiantes que deseen abordar los temas aquí tratados para ser una guía o puedan consultar un estudio de comunidad.

JUSTIFICACIÓN

La situación económica y política en nuestro país pone de manifiesto que la prioridad nacional de salud le pertenece a la atención primaria a la salud, la cual engloba tanto la atención médica como la Salud Pública. Por tal motivo es de suma importancia la formación de recursos humanos que atiendan este ámbito del sector servicios, para atender las necesidades y problemas de salud del país, y de ser posible considerar la formación de especialistas de Enfermería en Salud Pública que aborden esta problemática con instrumentos enfocados a la planeación y ejecución de acciones, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

En México existen desigualdades económicas por las cuales existen grupos marginados quienes se ven agobiados por los problemas económicos, sociales y culturales, aunado a que no cuentan con servicios de salud tales como, IMSS, ISSSTE, entre otras, factores que determinan el estado de salud de la población, son grupos vulnerables y son precisamente ellos los que necesitan tener al alcance de sus recursos económicos los servicios de atención primaria a la salud, para que con ello logren conservar un estado de salud favorable y conseguir un desarrollo comunitario más armónico.

Mediante el análisis de los resultados será posible organizar y reorientar las estrategias de atención a la salud de dicha comunidad en conjunto con los recursos humanos responsables de satisfacer las necesidades de salud tomando en cuenta y valorando las limitantes originadas por las características muy particulares de dicha comunidad entre ellas su población dispersa, la falta de servicios entre los que se cuentan insuficiente abasto de agua, insuficiente alumbrado público, ausencia de zonas verdes, la ausencia de banquetas y la deficiente urbanización de la vialidad pública debido a la falta de asfalto en las calles.

La trascendencia de realizar un estudio por determinación de necesidades de salud, es obtener un Diagnóstico, e identificar los daños y los recursos de salud.

Las unidades de atención a la salud, coordinan los equipos de trabajo para brindar atenciones preventivas y curativas basados en los estudios epidemiológicos, que sustentan sus acciones y cubren las necesidades propias de cada comunidad.

Previo análisis organizacional de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, se llevó a cabo una priorización de riesgos y daños a la salud de la misma a través del Método de Hanlon (Pineault, 1999), el cual es fundamental para la planeación de las intervenciones de enfermería.

De acuerdo a Pineault, el Método de Hanlon es un método para el establecimiento de prioridades que esta basado en cuatro componentes importantes: magnitud del

problema (A), severidad del problema (B), eficacia de la solución (C), y factibilidad del problema (D).

Normalmente este método se trabaja sobre las primeras 10 causas de mortalidad pero en este caso debido a que ya se habían trabajado, se decidió trabajar sobre las primeras 10 causas de morbilidad, teniendo como resultado de los datos trabajados para la morbilidad: Mordedura de animal (Zoonosis).

Dichos resultados son representativos de la “**epidemia**” de que vive Ecatepec, en la Coordinación Municipal de Ruiz Cortínez con 17 casos sospechosos y 7 confirmados para rabia, de los cuales 3 (hasta el momento del estudio) pertenecientes al AGEB 382-0 lugar del estudio comunitario.

Para la salud pública dentro de sus funciones esenciales se encuentra la prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles (vacunación, control de epidemias, vigilancia de enfermedades).

Es importante señalar que una Enfermera Sanitarista quizá sea el único componente visible del sistema de salud pública, esta enfermera puede manejar muchos de los servicios cotidianos de salud pública y dar una respuesta de salud pública de primera línea en caso de desastre natural o una epidemia.

Según los manuales para la vigilancia epidemiológica emitida por la SSA, la trascendencia social y la emergencia en salud que ocasiona cada caso y defunción por rabia, implica costos y participación de las autoridades y responsables de la investigación epidemiológica, cuyos propósitos serán los de limitar el daño y conocer con la mayor exactitud el estado de salud y de no sospecha de infección, de los demás miembros de la comunidad.

Así mismo la norma oficial contra la rabia para el control de enfermedades transmisibles, indica que, por su magnitud y trascendencia un solo caso de rabia detectado es motivo de urgencia epidemiológica.

OBJETIVOS

□ □ □ □ □ □ □ □

- Plantear una propuesta de intervención para mejorar el déficit de autocuidado de la población del AGEB 382-0, para reducir los casos de mordedura y casos positivos a rabia.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

- Identificar las necesidades de la población a través del estudio parabrisas.
- Elaborar un croquis del AGEB 382-0 de fácil interpretación y aplicación.
- Elaborar una lista de verificación que coteje la existencia del contenido del croquis y las condiciones reales de la comunidad.
- Identificar el riesgo de cada familia, que nos de como resultado el grado del daño de cada familia.
- Establecer el diagnóstico de salud integral del AGEB 382-0.
- Identificar la Morbi-Mortalidad de la población en estudio.
- Detectar los principales déficit de autocuidado que presenta la población en estudio.
- Establecer diagnósticos de enfermería con énfasis en rabia.
- Integrar una propuesta de intervención en rabia.



La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional.

La población de estudio estuvo constituido por 1230 familias que conforman un total de 4925 personas que habitan en el las colonias, Progreso Guadalupe Victoria, Ampliación progreso Guadalupe Victoria y Luís Donald Colosio del Centro Comunitario de Ruiz Cortínez pertenecientes al AGEB 382-0

Los criterios de inclusión son: familias residentes de las colonias en estudio y que aceptaron participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: familias renuentes, familias ausentes y familias que no aceptaron participar en la investigación, una vez que fueron informadas sobre el estudio.

Se consideró como familias renuente a la población que después de realizar 3 visitas se negaron a colaborar en el estudio, y familia ausente: a la población que después de realizar 2 visitas durante el estudio no se encontró en sus domicilios.

Otro aspecto que es importante mencionar es que algunos sectores 12A, 15, 16, 31, 41, 46 y 55 del AGEB 382-0 no se realizó el levantamiento de la encuesta por problemas en la localización de los sectores.

La recolección de datos se realizó del 17 al 19 de noviembre del 2005, mediante un cuestionario semiestructurado a fin de obtener datos que indicaron las necesidades de salud de la comunidad y a fin de proponer futuras intervenciones para la solución de los problemas detectados.

El instrumento se conforma de 12 apartados en el primero de ellos se abordan datos de control, en el segundo se incluyen datos de identificación familiar, en el tercero datos específicos de los integrantes donde se incluyen variables relacionadas con factores socioeconómicos, cuarta y quinta se refieren a las mujeres en edad fértil y sus inmunizaciones en donde se lleva el control prenatal, el apartado seis y siete se menciona la mortalidad y morbilidad dentro del núcleo familiar en los últimos 5 años, con relación al ocho menciona los datos del menor de 5 años desde nombre hasta control medico periódico, el apartado nueve describe las medidas preventivas familiares de la familia, en el diez indica las características de la vivienda y los servicios de la familia, el once se refiere a la frecuencia con que consumen los alimentos, y por último el doce describe las características de salud de las mascotas familiares, además el reporte de accidentes de mordida de animales.

El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS, versión 11.0, una vez que fueron obtenidos el total de datos, se calcularon frecuencias simples y porcentajes de las variables cuantitativas y cualitativas.

□□□ □□pe□□□□ de e□□e me□□a e□ □a□□d p□□□i□a

□□□□ □□a□□i□i□□ epidemi□□□□i□a

El concepto de transición ofrece ventajas de análisis para este fin, siempre que se le utilice con rigor y se le refiera la realidad concreta que se desea examinar. En particular, es común que en este término se utilice para referirse a un período acotable entre dos áreas, cuando en realidad constituye un proceso continuo de cambio que sigue un patrón identificable en el largo plazo.

Otro problema común consiste en suponer que tales patrones se repiten en distintos países y momentos, cuando en realidad las experiencias transicionales tienen una alta especificidad de tiempo y espacio, como veremos más adelante. Bien utilizado el concepto de transición permite capturar el cambio en salud para así ordenar y dar coherencia a las evidencias empíricas cada vez más numerosas.

La transición de la salud incluye dos grandes procesos de cambio. Por un lado, se encuentra la transición epidemiológica, que se refiere al cambio en las condiciones de salud. En el segundo, se encuentra la transición de la atención a la salud, la cual se refiere a las transformaciones en la respuesta social organizada, que como hemos señalado antes, se articula primordialmente a través del sistema de salud.

¿ Qué es transición epidemiológica ?

Omran en 1971 acuñó el término de transición epidemiológica, con lo cual abrió paso a una verdadera conceptualización sobre la dinámica de las causas de muerte de las poblaciones.

La transición se ve como un lapso, con un principio – cuando predominaban las enfermedades infecciosas - y una terminación - cuando los padecimientos no transmisibles finalmente dominaban como causa de muerte.

Es necesario concebir la transición como un proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, cultural y biológica.

La teoría de la transición epidemiológica debe entonces orientarse a comprender las características, determinantes y concentrarse a comprender las características, determinantes y consecuencias de dicho proceso. Como las condiciones de salud se están transformando continuamente – a medida que desaparecen, emergen o remergen padecimientos – puede afirmarse que la transición epidemiológica es

un proceso continuo y no un periodo de tiempo relativamente simple y unidireccional. Obviamente, una transición no es cualquier cambio que sigue un patrón identificable y que ocurre durante un largo tiempo.

¿ Cómo se caracteriza la transición ?

La transición epidemiológica comprende cuatro procesos que son :

- 1) La composición por causa de la mortalidad.
- 2) La estructura por edad de la mortalidad.
- 3) El peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad en el panorama epidemiológico
- 4) El significado social de la enfermedad.

En primer lugar, la transición epidemiológica implica un cambio de las principales causas de muerte en un sentido predominante.

El segundo sentido del cambio consiste en que la carga principal de la enfermedad y la muerte se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad.

El tercer sentido del cambio epidemiológico estriba en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante.

Como resultado de los cambios anteriores, la transición epidemiológica conlleva una transformación profunda en el significado social de la enfermedad.

De ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, la enfermedad pasa a constituirse en un estatus crónico, frecuentemente estigmatizado, en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta.

Los determinantes de la salud

Para poder entender la dinámica que rige el cambio de la salud se deben tener en cuenta los factores que la condicionan en un momento dado.

Existe un creciente consenso de que la salud y la enfermedad están determinadas de manera multicausal y que necesitan estar enfocadas desde una perspectiva interdisciplinaria e integral. Para poder hacerlo así, es necesario integrar los múltiples factores determinantes dentro de un marco de referencia coherente.

Desde el punto de vista de la determinación de la salud, los atributos más importantes de la población son el tamaño, el índice de crecimiento la estructura por edades y la distribución geográfica. Con respecto al medio ambiente, la altitud, el clima, los recursos naturales y los tipos de parásito y vectores continúan

ejerciendo importantes influencias en procesos específicos de enfermedad. Sin embargo, el atributo fundamental que le da forma a la naturaleza del hábitat humano es el grado de calidad de urbanización.

La población y su medio ambiente se encuentran ligados por dos puentes fundamentales. El primero es la organización social, a través del cual los seres humanos desarrollan las estructuras y los procesos necesarios para transformar la naturaleza.

El segundo está representado por el genoma, el cual modifica la constitución más profunda de las poblaciones humanas en respuesta a cambios en el ambiente. Estos cuatro elementos establecen los límites más amplios para el análisis de la determinación de la salud.

Existen cuatro dimensiones principales de la organización social: la estructura económica, las instituciones políticas, la ciencia y la tecnología, y la cultura y la ideología. Juntas, estas dimensiones determinan el nivel total de riqueza de una sociedad y las reglas para la estratificación de los diversos grupos.

Dos factores principales regulan el acceso diferencial de estos grupos a la masa total de la riqueza: la estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución utilizados por el estado, principalmente los impuestos y los subsidios. Estos elementos constituyen los determinantes estructurales del proceso de salud enfermedad. Juntos restringen la variación de un conjunto de determinantes próximos a saber las condiciones de trabajo, las condiciones de vida, los estilos de vida y el sistema de atención a la salud.

Los determinantes de la salud pueden concebirse como factores de riesgo, es decir, procesos, atributos o exposiciones que determinan la probabilidad de que ocurra enfermedad, muerte u otra condición de salud.

Dentro de los derechos basados en el mercado, la alimentación y la vivienda son de especial interés por sus efectos en la salud. La alimentación incluye, entre otros procesos la nutrición, que constituye un condicionante del desarrollo biológico, pues afecta la estructura y la función del cuerpo, incluyendo la resistencia a la infección. A su vez, la vivienda se representa como un puente entre las condiciones de vida y el ambiente, pues constituye el hábitat inmediato del ser humano. Además, mientras que una vivienda en buenas condiciones puede proteger contra riesgos ambientales, las malas condiciones de la vivienda se suman a los factores ambientales delféreos al constituirse en frente de contaminación. Entre los principales elementos que relacionan la vivienda con el ambiente se encuentra el aprovisionamiento de agua y el saneamiento básico, los cuales han sido propuestos como determinantes importantes.

En términos de efectos sobre la salud, la educación y los sistemas de seguridad social destacan entre los derechos conferidos por el estado. En particular, la educación de la mujer ha demostrado ser un factor crítico en la salud del niño, a

pesar de que los mecanismos concretos a través de los cuales se ejerce este efecto continúan en debate.

Los servicios de seguridad social se refieren a las prestaciones que aseguran los niveles mínimos de bienestar económico y social.

Se incluyen dentro de ellos los servicios de seguridad social, entendidos como prestaciones económicas y sociales otorgadas a trabajadores que pagan cuotas obligatoriamente, así como los servicios de asistencia social dirigidos a personas indigentes a quienes no se les exige cotización.

Las condiciones de vida afectan, a su vez, al siguiente determinante próximo del nivel de salud: los estilos de vida.

Las condiciones de vida generan lo que se puede llamar riesgos sociales, mientras que los estilos de vida producen riesgos conductuales, ambos definen la calidad de vida.

Una concepción dinámica de la salud y la enfermedad no pueden limitarse a visualizar un estado de salud ideal y otro de enfermedad como los dos extremos de un continuum, sino que debe incorporar los diversos gradientes dentro de ese continuum, es decir, los niveles de riesgo.

En síntesis los niveles de vida de salud son el resultado del equilibrio entre la exposición a agentes de enfermedad y la susceptibilidad individual, que resulta de una compleja red de riesgos, producto a su vez de un conjunto articulado de determinantes sociales y biológicos.

Al igual que los riesgos, los niveles de salud también se manifiestan en varios grados, que van desde la salud positiva - concepto que incluye el desarrollo biopsíquico y al bienestar por la enfermedad sin complicaciones y la enfermedad que produce incapacidad temporal o permanente.

El nivel de salud se define, en el nivel individual. De arriba hacia abajo cada nivel de análisis "explica" los factores que operan en el nivel inferior; de abajo hacia arriba tienen que buscarse "explicaciones" de los elementos en cada nivel a través de las características y operación de los factores de los niveles superiores.

Los mecanismos de la transición

En la transición epidemiológica están comprometidos tres mecanismos principales que se refieren a cambios de largo plazo:

- 1) La disminución de la fecundidad, que altera la estructura por edades de la población.

- 2) La modificación de los factores de riesgo, que afecta la incidencia de las enfermedades.
- 3) El mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud, que modifica las tasas de letalidad.

Modificación de los factores de riesgo

A diferencia del anterior, este mecanismo actúa primariamente sobre la probabilidad de enfermar, esto es, sobre las tasas de incidencia de las enfermedades.

Es importante mencionar algunas de las manifestaciones de la modernización que tiene mayor influencia sobre los riesgos a la salud. En términos generales, incluyen los cambios de una sociedad donde predominan la producción agrícola a otras en la que impera la producción industrial, lo cual también implica un notable incremento en la productividad. Íntimamente relacionado con este proceso se encuentra el cambio en la distribución de la población de un predominio rural a uno urbano. Estos cambios socioeconómicos han ocurrido de modo paralelo con dos transformaciones culturales: la expansión de la educación, que provee acceso a niveles mínimos comunes de escolaridad a la mayor parte de la sociedad, y un incremento en la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, que se relaciona con profundas modificaciones en la dinámica de las familias y de las comunidades.

Una condición importante que acompaña a estos cambios es el mejoramiento promedio de nutrición, las condiciones de la vivienda, el abastecimiento de agua y el saneamiento, lo cual disminuye de manera apreciable los riesgos a la salud.

Desde el punto de vista de la transición epidemiológica, la mayor parte de los cambios económicos, sociales y culturales que suelen identificarse con la modernización tiene una doble cara: algunos ayudan a reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y de los problemas derivados de la reproducción; otros generan aumento de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones. En efecto, no todos los aspectos de la modernización son positivos para la salud.(1)

Funciones de la Salud Pública

Se entiende como funciones de la Salud Pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo, la finalidad de la Salud Pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

Su utilidad estriba en reunir las intervenciones de salud pública dentro de grupos funcionales limitados e identificables desde el punto de vista operativo con la

identificación de su finalidad, objetivos, actividades, recursos y formas de organización que son esenciales para el mejoramiento de la salud en poblaciones:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- Promoción de la salud
- Participación de los ciudadanos en la salud
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
- Investigación en salud pública
- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

- Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes bajo un enfoque de riesgo.
- Identificación de las necesidades de salud de la población
- Manejo de estadísticas vitales y de la situación específicas de grupos de riesgo
- Generación de información para la evaluación del desempeño de los servicios de salud
- Identificación de recursos que mejoren la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida
- Desarrollo de tecnología, la experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de información a tomadores de decisiones.
- Definición y desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y su correcto análisis

Vigilancia de la salud pública y control de riesgos y daños en salud

- Capacidad para la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y modelos de presentación de enfermedades, factores de riesgo y accidentes.
- La infraestructura para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica.

- Desarrollo de programas de prevención y control, así como de vigilancia epidemiológica de enfermedades

Promoción de la salud

- Fomento de los cambios en los modos de vida y condiciones del entorno para impulsar una cultura en salud
- Fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficientes las acciones de promoción
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas pública
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a la promoción de condiciones, modos de vida y ambientes saludables
- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Participación de los ciudadanos en la salud

- Refuerzo del poder para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de forma que influyan en sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud y su acceso adecuado a los servicios de salud pública.
- Facilitación de la participación de la comunidad en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública.
- Definición de objetivos de salud pública, medibles y congruentes con un marco que promueva la igualdad
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de decisiones políticas en materia de salud pública.
- Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública
- Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones basadas en elementos que incorporen la planeación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaces, desarrollo organizacional y gestión de los recursos.
- Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública

Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

- Capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento

- Capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables
- Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud
- Ejecución de estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, congruente y completa.

Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud

- La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en salud pública y facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
- El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios
- Estrecha colaboración con instituciones con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud

Formación ética del personal de salud pública

- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- Identificación de perfiles para los recursos humanos en salud pública
- Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud, educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública
- Formación de alianzas con programas de perfeccionamiento profesional

Investigación en salud pública

- Investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en diferentes niveles.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas

Impacto social de las funciones esenciales de la salud pública

- Desarrollo de una cultura de la vida y la salud

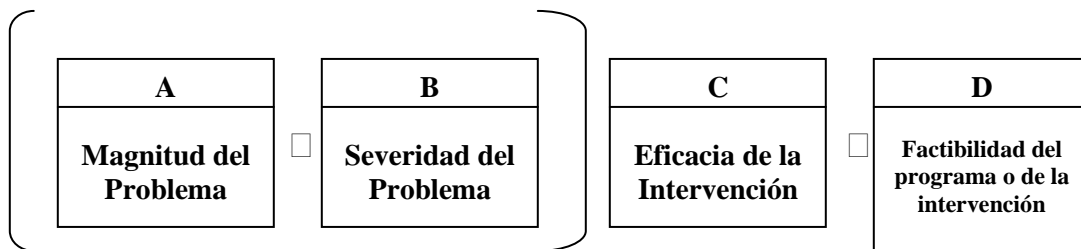
- Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud
- Desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social
- Atención de las necesidades y demandas de salud (2)

El método de Hanlon de priorización

Se conocen varios métodos para la determinación de prioridades específicas de la planificación sanitaria, entre ellos encontramos: Método de Dare, Parrilla de Análisis, Método de Ponderación de Criterios y el Método Simplex. En este caso se utilizará el Método de Hanlon.

Definición del método de Hanlon

Es un método de establecimiento de prioridades, basado en 4 componentes:



Definición de los componentes del método de Hanlon

La magnitud del problema debe reflejar el tamaño del problema, este a su vez se interpreta como el número de afectados en relación con una población en riesgo, durante un período de observación determinado.

Para ello se prefiere el uso de la incidencia y prevalencia de las enfermedades derivadas de la morbilidad o las causas de demanda en los diversos servicios de salud en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec o en el Hospital, representado a través de sus tasas, como indicadores de magnitud del daño.

Definición de la severidad del problema

Este componente tiene implicaciones de carácter cualitativo; es decir, más allá de la frecuencia del problema ¿Qué trascendencia social tiene? ¿Cómo es valorada socialmente su gravedad?

Esta es definida de diferentes formas, se toma en cuenta la morbilidad y la mortalidad a través de la aplicación de la fórmula.

Por otra parte, permite una gran flexibilidad y puede estimarse cada componente con la ayuda de datos objetivos o en función de las estimaciones del grupo de trabajo. (3)

Concepto de comunidad

Comunidad: Implica condiciones básicas y esenciales de una vida en común.

Es un proceso continuo que se realiza antes de las fases de diagnóstico, planeación y ejecución y a su vez influye en el desarrollo de los programas para valorar los resultados y hacer cambios en caso de ser necesarios.

Objeto de Intervención: Son los problemas sociales, debe abocarse al análisis de las actitudes, valores, instituciones, personalidades y grupos económicos, culturales y políticos.

Elaboración del Estudio Comunitario

Es un elemento fundamental y valioso para iniciar el proceso de investigación social, y para su construcción son necesarios dos puntos:

Concepto de la comunidad como punto de partida para realizar el trabajo de la misma y el segundo paso es la construcción del estudio de comunidad es la obtención de la información, cuyas actividades principales se distribuyen en cuatro conjuntos:

1. La obtención directa de información primaria o de campo en la comunidad y con ella.
2. El procesamiento progresivo de la información, hasta llegar a un diagnóstico o bien, a un autodiagnóstico de la situación que guarda la problemática social.
3. La evaluación y ponderación jerárquica de los problemas y oportunidades de solución.
4. la instrumentación de posibles proyectos que focalicen algunos problemas a solucionar en una perspectiva amplia de actividad y tiempo; y que en conjunto, estos proyectos vayan constituyendo un plan integral de desarrollo comunitario.

Objetivo: es la triangulación de información de dichas fuentes en forma continúa, un cruce de datos que incremente la posición crítica del análisis.

La obtención de datos busca:

Promover que las personas de la comunidad piensen sistemáticamente en sus problemas, en las posibles soluciones y lo compartan con él.

Que el equipo de trabajo comprenda las condiciones y circunstancias comunitarias.

Se analicen en conjunto las problemas y las presentes opciones para enfrentarlos.

Esto permite manejar un paquete de datos e hipótesis adecuados para la programación y diseño de los proyectos.

Datos Especiales

La información especial se obtiene mediante observación directa y entrevistas informales.

Uno de los instrumentos para el acopio de datos son los mapas los cuales nos muestran datos sobre recursos naturales, potenciales o en uso, referentes simbólicos, instalaciones institucionales, disponibilidad de bienes y servicios e infraestructura.

Datos Temporales

Identifica eventos significativos en el pasado comunitario.

Para obtención de información temporal se puede usar una cronología la cual nos ayuda a entender mejor los eventos locales, nacionales e internacionales, permite saber como han influido sobre sus problemas sociales en el pasado. Sirve para identificar mas claramente las tendencias los errores y los éxitos históricos en el manejo de los problemas sociales en el pasado, relaciona a la comunidad con el entorno regional y nacional; permite percatarse de problemas que se han dado, compara y dinamiza la visión de las diferentes generaciones dentro de la comunidad y abordar la situación presente y las perspectivas comunitarias, así como compaginar el sabor local y externo.

La formulación de la cronología se basa en grupos pequeños comunitarios incluyendo hombres y mujeres con especial atención a los viejos, para que a través de reuniones sectoriales puedan hacerse preguntas abiertas por ejemplo:

¿Cuándo se fundo la comunidad?

Para destacar cambios movimientos y aspectos de uso y disponibilidad de los recursos, se realiza el estudio de las condiciones sociales que nos permitirá.

- Distinguir como ve la comunidad los cambios a través del tiempo, en varios aspectos de su vida.
- Integrar los cambios clave en un perfil comunitario.
- Facilitar la identificación de problemas.
- Iniciar la priorización de oportunidades que debe considerar la comunidad.
- Enfocar la atención comunitaria hacia los cambios a través del tiempo, positivos o negativos en términos del uso de los recursos y prácticas de manejo y tratar de observar las posibilidades de superar las dificultades actuales.

Así como la disponibilidad de los servicios públicos, las tasa de empleo y las variaciones de la población.

Debe considerarse relevante la participación de las mujeres y los jóvenes, líderes y demás agrupaciones o instituciones con alguna influencia en la comunidad, para lograr esto es necesario:

1. Organizar grupos para la discusión de tendencias.
2. Explicar el concepto de tendencia y línea de tendencia mostrando gráficas , para hacer mas sencillo este ejercicio, conviene realizarlo a partir de la información sobre sus tendencias, obtenidas en las visitas de campo y en la cronología.
3. Preguntar al grupo cuáles han sido los cambios más importantes en la comunidad.
4. Aprovechar la discusión de tendencias para tratar de explicarse los cambios. Esto ayuda a identificar problemas subyacentes y actividades tradicionales que pueden contribuir para corregir la situación. Preguntar que creen que se puede hacer para mejorar la situación.

Datos Sociales

Existen instituciones y actores que intervienen en la vida de la comunidad:

Dependencias gubernamentales, grupos de ciudadanos de participación social, a grupos de mujeres, de jóvenes, iglesias, clubs, escuelas, entre otras.

Es fundamental conocer qué Instituciones son las más importantes y cuáles tienen el respeto y confianza comunitaria para impulsar actividades de desarrollo.

El análisis Institucional ayuda al equipo a:

- Conocer las actividades dentro de la comunidad de distintos grupos y organismos internos y externos tan explícitamente como sea posible,
- Saber como ve la comunidad a esas instituciones y que tanto contribuyen ellas al desarrollo comunitario.
- Identificar las relaciones entre las Instituciones, creando un diagrama de importancia Institucional de sus interacciones.

Se trata del papel de las instituciones desde la óptica comunitaria.

Entrevistas en Unidades Familiares

Propósito: obtener información socioeconómica para entender la amplitud de variaciones entre las familias.

Las entrevistas familiares son útiles para conversar sobre las hipótesis que se van formulando acerca de lo que acontece en la comunidad, para ampliar el análisis de los datos espaciales, cronológicos e institucionales.

Al desarrollar las entrevistas debe tomarse en cuenta los siguientes puntos:

- Si al visitar la casa no se encuentra el informante, se puede regresar a otra hora o sustituirlo por un vecino semejante.
- Con base en la cedula de entrevista, se deberá propiciar que el informante desarrolle puntos de vista de interés y relevancia.
- Se puede recolectar mucha información mediante la observación crítica y el uso de indicadores establecidos previamente, o que parecieron relevantes en los primeros días del trabajo.
- Si el informante se siente incomodo con cierta pregunta, es mejor dejarla pero anotar las circunstancias que se dieron. Si el informante no tiene suficiente interés en participar, agradecerle y sustituirlo por otro.

Datos Técnicos

Estos estudios de factibilidad, según los datos a recabar, deberá ser un trabajo técnico realizado por responsables asignados al problema, pero es evidente que requiere tratamiento especializado, entonces se invitará a un experto sobre el tema.

En la etapa de recopilación de información, las herramientas esenciales para el equipo de trabajo son sus propias observaciones y el diario de campo.

Los datos anotados tendrán que ser cotejados por dos o tres miembros para vaciarlos en hojas de papel para leerlas en la reunión y poder profundizar en el diagnóstico.

El Trabajo en Equipo

Es la clave del éxito para la elaboración del estudio de comunidad, existen tres medidas para catalizar y fortalecer el trabajo en equipo que son:

- a. La facilitación: se requiere de una persona que se responsabilice de supervisar la integridad del proceso y la dinámica del taller; sus principales funciones serán: canalizar la energía y las contribuciones de los miembros del equipo; promover procedimientos que contribuyan a su dinamismo y productividad; ayudar a cumplir con el cronograma, y presentar el estudio de comunidad como memoria del equipo.
- b. El trabajo en grupos: el equipo de trabajo puede estar integrado entre 10 y 15 personas, incluyendo a los participantes locales.

Para aplicar cada uno de los instrumentos, se recomienda que el trabajo se divida en grupos de dos a tres personas y que cada uno cuente por lo menos con una persona local.

- c. La definición de grupos y personas: le corresponde al coordinador hacer una propuesta y llegar a un acuerdo con el equipo acerca de las funciones de cada quien y de las reglas de interacción.

Deben quedar claras ciertas funciones: todos los miembros del grupo tendrán la responsabilidad de observar; hacer preguntas y tomar notas.

Habrá un facilitador encargado de la reunión.

El relator anotará y organizará la información de la reunión.

2. La dinámica de la organización y análisis de la información: después del trabajo de campo, cada grupo se reunirá para organizar y analizar la información y no dejar que se acumule sin que se socialice.

3. La articulación de los documentos del equipo: Esta articulación se realiza por medio de la formulación precisa de las hipótesis y preguntas que surgen de las reuniones de análisis de equipo de trabajo, quienes identificarán los instrumentos más apropiados para identificar las interrogantes que vayan surgiendo.

4. La organización de la información: debe ser en forma clara, breve y sistemática. La organización de los datos de campo debe realizarse diariamente a través de diagramas producidos por cada grupo de trabajo anotando las hipótesis, preguntas, problemas y posibles soluciones que el equipo vaya formulando en sus reuniones constantes de análisis. (4)

El diagnóstico de salud

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

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

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

Como investigación científica, el diagnóstico de salud cuenta con un objeto de estudio y un sujeto de estudio. El objeto de estudio, es la situación de salud de una población, que comprende el análisis de tres grandes componentes interrelacionados: el conjunto de factores que condicionan el proceso salud-enfermedad, las principales características de este proceso, manifestadas a

través de daños y riesgos y la respuesta social organizada, representada por los servicios y recursos de salud del área.

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

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

Así: “Es la investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados”.

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

1. Principio de la Objetividad.

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

2. Principio de la Integridad.

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

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

3. Principio de la Sistemática.

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

4. Principio de la Heterogeneidad.

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

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

5. Principio de la Interdisciplinariedad.

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

6. Principio de la Participación Social.

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

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

7. Principio de la Utilidad Programática.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tal como hemos mencionado, va más allá de la identificación de problemas. Permite mejorar el proceso de solución de problemas en la medida en que el interés del planificador se centre sobre lo que hay que hacer, es decir, sobre la

acción, con el fin de remediar las deficiencias del estado de salud, previamente identificadas.

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

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

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

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

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

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

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

El estudio de necesidades se puede hacer en pequeña o gran escala, y debe hacerse en colaboración con la comunidad, debe considerarse una buena

preparación así como el uso adecuado de métodos y técnicas; contemplarse la integración de un equipo de trabajo y precisar los fines que tendrá la investigación. La información obtenida permitirá la planificación de programas de educación para la salud que sean dirigidos a solucionar algunas de las necesidades captadas en la comunidad.

El estudio de necesidades considera las siguientes etapas:

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

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

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

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

Es importante mencionar que para poder medir la morbilidad como indicador de daños a la salud, entendida ésta como la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado, es importante conocer y entender como se presenta en la comunidad el Proceso Salud-Enfermedad. (5)

El estudio de necesidades de salud

La protección y promoción de la salud y el bienestar de la comunidad son considerados como una de las más importantes funciones del estado moderno.

Esta función está basada en consideraciones políticas, económicas y sociales, al igual que consideraciones éticas.

La salud pública puede ser vista como parte de la historia colectiva de la humanidad, mirando su pasado y su futuro. La magnitud que representa comprender su presente, no podrá ser estudiada sin la ayuda de las luces que da conocer como emerge del pasado.

Todas las sociedades han deseado desarrollar conocimientos, que puedan prevenir o al menos reducir el poder destructivo de las enfermedades, esto es cierto, desde los tiempos de las plagas de la antigüedad hasta el sida en nuestros días. Igualmente las políticas de salud y las formas de aplicación del conocimiento han variado en la evolución de la humanidad.

El mayor problema a través de la historia de la humanidad, con relación a la salud pública, ha sido el concerniente a control de las enfermedades transmisibles, la conservación del medio ambiente, la provisión de agua y alimentos de buena calidad y en forma suficiente, la provisión de los servicios de atención médica y la ayuda a los discapacitados. El énfasis dado a cada componente a variado de acuerdo a cada época

El saneamiento y el cuidado de la vivienda ya se encuentran en la historia de la humanidad, desde la antigua India, Roma, Grecia y la edad contemporánea.

El siglo XX ha sido testigo de grandes avances en el conocimiento científico, al tiempo que se controlan las enfermedades trasmisibles, aparecen los cambios demográficos, inicialmente las tasas de fecundidad y de mortalidad eran muy altas, pero el tener el mismo comportamiento, el crecimiento de la población fue lento.

Como consecuencia de la denominada segunda transición demográfica, con el control de las enfermedades trasmisibles disminuye la mortalidad y la fecundidad continua igual, dándose un fuerte crecimiento de la población, que genera una pirámide poblacional con base ancha, y alta proporción de niños y jóvenes.

La educación, la industrialización, la vinculación de la mujer al mercado laboral, el rápido proceso de organización y los grandes avances en la tecnología médica y de la salud pública, se combinan para producir la disminución de las tasas de fecundidad, llevando a la tercera etapa de la transición demográfica.

Esta tercera etapa de transición se caracteriza por disminución en las tasas de natalidad y fecundidad, baja tasa de mortalidad infantil y envejecimiento de la población, lo que lleva a la “transición epidemiológica”.

Las naciones desarrolladas se muestran inclinadas en imponer a los países pobres la responsabilidad de preservar el patrimonio común en beneficio de todos, a consta del desarrollo que se les daría la utilización de los recursos naturales.

El último reto en el contexto universal, es para la región de las Américas, su gran desafío a enfrentar el nuevo orden internacional, aún mayor que el de integrar uno de los grandes bloques del poder mundial, es el de su propio desarrollo.

En síntesis, la evolución de los problemas de enfermedades infectocontagiosas hacia las crónicas, no ha sido clara, coexistiendo los dos perfiles que en teoría pertenecen a diferentes etapas de la transición epidemiológica y dando lugar a la polarización epidemiológica.

Como consecuencia, las necesidades van hacer mayores, y el mayor acceso a la educación hará que haya una conversión más rápida de la necesidad sentida, a la demanda efectiva de los servicios de salud.

En los próximos 20 años habrá un incremento de los días de incapacidad, aumentarán los potenciales perdidos, y los años potenciales de vida saludables perdidos.

La tensión de los accidentes, la violencia y las complicaciones asociadas a los cambios en la población y el perfil epidemiológico, traerán un aumento en la complejidad de los servicios de salud, y como consecuencia un gran impacto sobre los costos y la demanda de financiación del sector.

En México la respuesta social organizada está estructurada por los institutos y sistemas de salud, enfermería como disciplina científica organiza políticas y estrategias con el fin de gestionar alternativas que le permitan solucionar problemas de salud de la comunidad.

El análisis de la respuesta social a las necesidades de salud representa el punto de partida para valorar el desempeño de nuestras instituciones y proponer alternativas de acción. (6)

El estudio de realidades complejas de la salud

El estudio de realidades complejas, como la salud y sus determinantes se facilita mediante representaciones formales llamadas modelos. Estos modelos deben incluir todos los determinantes conocidos de la salud, y han de servir para orientar la formulación de políticas de salud.

A lo largo del tiempo se han desarrollado dos modelos principales para describir los determinantes de la salud. El primero de ellos, el modelo tradicional o ecológico, tiene tres componentes: el agente, el huésped y el entorno o ambiente. Este modelo se originó a finales del siglo XIX, en un momento en que las enfermedades infecciosas eran las principales causas de enfermedad y muerte en los países desarrollados.

A lo largo del siglo XX, estos países han experimentado un cambio en el patrón de las causas de muerte; este cambio, llamada transición epidemiológica, consiste en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o el cáncer, y lesiones por accidentes no intencionados (por ejemplo, de tráfico). Por ello, pareció razonable adoptar un nuevo modelo, más amplio e integrador, que incorpora de manera más explícita los nuevos determinantes de estas enfermedades. Este modelo, denominado de LALONDE, conceptúa la salud como algo más que la simple ausencia de enfermedad y como resultado de la integración de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana, condicionada por la herencia genética.

La aplicación de este modelo a la formulación de la política de salud se realiza a lo largo de cuatro etapas:

1. Selección de enfermedades o problemas de salud más frecuentes y que contribuye sustancialmente a la morbimortalidad global,
2. Cálculo de la proporción de la enfermedad o problema de salud atribuible a los factores de las cuatro categorías del modelo,
3. Cálculo de la proporción de los recursos sanitarios dedicados al control de los factores de las cuatro categorías del modelo,
4. Cálculo de la diferencia de las proporciones de las etapas 2 y 3.

Las implicaciones de este modelo en la formulación de una política de salud pueden ser importantes. Por esta razón, a menos que se produzca una reasignación sustancial de los recursos sanitarios, es poco probable que se obtengan cambios o mejoras importantes en el patrón de la población.

Determinantes de enfermedad en individuos y poblaciones.

Tanto el modelo biomédico como el biosicosocial se refieren a la atención de los problemas de salud de los individuos. Sin embargo en mayor o menor medida pueden extenderse al ámbito poblacional, si se entienden que los problemas de las poblaciones son el resultado de la adición de problemas individuales. No obstante existen pruebas de que, con frecuencia, los determinantes concretos de la salud de los individuos y de las poblaciones no son los mismos. Así por ejemplo el consumo de tabaco es un factor de riesgo mayor que la enfermedad coronaria, pero hasta el momento parece que sólo desempeña un modesto papel para explicar las diferencias en la mortalidad por dicha enfermedad entre poblaciones.

Por ello para el control de los problemas de salud es importante identificar sus determinantes en el nivel de agregación en que se pretende actuar, y en un determinado momento en el tiempo.

Determinantes de los determinantes de la salud

En la práctica los determinantes de salud se relacionan entre sí, a menudo en secuencia temporal. Ello permite identificar los determinantes de los determinantes de la salud, y sugerir la existencia de cadenas causales entre ellos. Así pues, si se quisiera reducir la incidencia de cáncer de pulmón mediante el control del tabaquismo, sería necesario actuar sobre los determinantes del consumo de tabaco.

Probablemente los dos determinantes sean el precio y la publicidad, pero también es importante el control social del fumador, su información sobre los efectos adversos del tabaco, las habilidades personales para dejar de fumar, etc.

Un determinante de la salud que subyace a muchos otros es la clase social, dicho de otra manera, cuánto más alta es la posición social, en general mejores niveles de salud se observan.(7)

El enfoque de riesgo de la atención a la salud

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de organización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. Es un enfoque que no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

Existen muchas regiones en el mundo donde el acceso a los servicios de salud está limitado para la mayoría de la población. Paradójicamente, algunos grupos pueden contar con servicios médicos de alta complejidad, mientras que la cobertura universal en el nivel primario está limitada por restricciones de recursos tanto económicos como de personal adiestrado. Es necesario, buscar las formas para hacer un empleo óptimo de los recursos existentes para beneficio de la mayoría de la población.

En toda sociedad hay 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 interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, económicas etc, las que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad el en futuro.

El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos, posean características que les confieren un riesgo especial de alteración de la salud, implica una especie de cadena causal o secuencia.

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones.

La cuantificación del riesgo individual no constituye un nuevo recurso, pero sí lo es su uso como herramienta administrativa para la definición de intervenciones.

Antes que pueda formularse una estrategia de riesgo hay que contar con información básica confiable. La recolección y análisis de tal información constituye una parte esencial de la investigación del enfoque de riesgo.

¿ Qué significa el término riesgo ?

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la edición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Cuando hablamos sobre el riesgo de que algo suceda nos estamos refiriendo a la probabilidad de que el evento se produzca. Una probabilidad es una medida de algo incierto. Donde todo es seguro no hay probabilidad ya que no existe la duda.

El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño ocurra en ese grupo de personas y que se expresa como tasas de incidencia o muerte.

El diccionario de epidemiología establece que el riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra.

El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Frecuentemente se expresa el riesgo como una tasa.

Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre los factores de riesgo, que permita definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán en menor frecuencia.

¿ Qué es un factor de riesgo ?

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

El término factor de riesgo se usa con tres connotaciones distintas:

- a) “Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no es necesariamente constituye un factor causal”.
- b) “Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico”.
- c) “ Un determinado que puede ser modificado por alguna forma de intervención , logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud, para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificado”.

Los factores de riesgo, pueden por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Los factores de riesgo pueden ser:

- 1) Biológicos (ej. Ciertos grupos de edad)
- 2) Ambientales (ej. abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, etc.)
- 3) De comportamiento (ej. fumar)
- 4) Relacionados con la atención a la salud a la salud (ej. baja calidad de la atención, cobertura insuficiente);
- 5) Sociales-culturales (ej. educación); y
- 6) Económicos (ej. ingreso)

Los factores de riesgo son, por lo tanto características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular.

La importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

Factores de riesgo y daños a la salud

Algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo (ej. desnutrición) por parte de algunos autores, puede ser considerado como un daño para otros, dependiendo de la hipótesis que se está explorando.

Indicadores y causas

Un indicador, por lo general, es toda variable o condición asociada al daño. Aun cuando la asociación no sea causal, permite reconocer parte de la cadena causal de los daños (enfermedad, incapacidad, muerte).

Se considera que un factor de riesgo o característica es causal de un daño determinado a la salud si se reúne con los siguientes criterios: fuerza de la asociación, especificidad de la asociación: consistencia con el conocimiento existente; asociación temporal y credibilidad biológica.

Los factores de riesgo asociados causalmente con un daño a la salud permiten acciones de prevención primaria, mientras que aquellos factores de riesgo asociados no causalmente son utilizados en actividades de prevención secundaria.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados, (dieta, fumar), en los que la causalidad es fundamental y aquellos que no podrán ser modificados (historia familiar) en los que la causalidad no es necesariamente importante. Estos últimos son usados fundamentalmente para la identificación de grupos de riesgo.

Combinaciones de factores de riesgo.

Algunos factores de riesgo constituyen parte de la cadena causal de los hechos o situaciones que conducen a la enfermedad o la muerte. Una intervención trata de disminuir la presencia de factores de riesgo para disminuir la presencia de tales factores de riesgo para disminuir la probabilidad de la enfermedad o morir.

Una de las características del uso del enfoque de riesgo es la consideración de todas las causas sin tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas o económicas.

¿ Cómo se mide el riesgo ?

Hay diferentes maneras de medir la relación entre los factores de riesgos y daños a la salud. El riesgo absoluto es la incidencia del daño en la población total. El riesgo relativo es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo. El riesgo atribuible es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.

Grado de eficacia en la distinción de la población de alto riesgo

Un factor de riesgo es un elemento de predicción de la probabilidad de experimentar un daño a la salud. Para saber cuán buena es esta predicción

puede medirse el número de falsos positivos o el número de falsos negativos a que de lugar un cierto indicador de riesgo. Cuanto más alto es el valor de uno de ellos, más baja es el nivel del otro. El predominio del daño a la salud en la población influye también, significativamente, en la proporción o falsos positivos y los falsos negativos que se produce.

Una vez que se ha identificado y cuantificado los factores de riesgo, es posible estimar la probabilidad de que en cierto grupo, es posible estimar la probabilidad de que en cierto grupo de personas ocurra un daño a la salud. No se puede, sin embargo, predecir con tal certeza quienes presentarán el daño. Por ello es factible efectuar predicciones equivocadas, las cuales pueden ser de dos tipos:

- 1) Puede predecirse un daño que no ocurra en la realidad.
- 2) Que ocurra un hecho favorable a la salud.

El valor de factor o factores en la predicción del hecho final de pende de la proporción de asociaciones correctas o verdaderas. Un factor de riesgo ideal para la predicción sería aquel, que cuando está presente, siempre está asociado con un daño y cuya ausencia nunca está asociada a ese daño.

Usos del enfoque de riesgo: de la información a la intervención

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud. La información de él derivada puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente. Finalmente, el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud/enfermedad.

Usos del enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo puede utilizarse para la toma de decisiones en los distintos niveles de atención, desde el individual y familiar hasta el de política intersectorial. Se sugiere ocho usos del enfoque de riesgos:

- I. Dentro del sistema formal de atención en salud
 1. Aumento de la cobertura
 2. Mejoramiento de los patrones de referencia.
 3. Modificación de los factores de riesgo.

4. Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional.
5. Adiestramiento del personal de salud.

II. Fuera del sistema formal de atención en salud

6. Autocuidado y atención a la familia.
7. Atención comunitaria.
8. Políticas intersectoriales.

Principales pasos en un estudio de riesgo

Los estudios que emplean el enfoque de riesgo comprenden una serie de pasos a saber:

- 1) La revisión sistemática de la información disponible;
- 2) La investigación epidemiológica;
- 3) La revisión de la estructura y el funcionamiento del sistema de atención a la salud;
- 4) El desarrollo y la prueba de la nueva estrategia en el campo de la nueva estrategia; y
- 5) La evaluación de la nueva estrategia.(8)

□□□□□□ **a** □ **ia**

La rabia es una zoonosis de importancia en salud pública, en gran medida por la convivencia diaria que se tiene con los animales domésticos, aunado a la exposición a otro tipo de mamíferos potencialmente transmisores de la misma. Así la rabia se presenta en zonas urbanas, comúnmente transmitidas por perro y gato; como en rurales donde la transmisión es por murciélago, zorrillo, coyote, mapache, entre otros. La rabia es una enfermedad prevenible en el ser humano.

Para el control de la rabia, se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- La rabia es una enfermedad prevenible, no curable.
- Las especies transmisoras son el perro, el gato, el murciélago hematófago, el zorro, el zorrillo, el mapache y el coyote.
- Los conejos, zarigüeyas, ardillas y ratones no son transmisores de rabia.
- La prevención está basada en la interrupción del ciclo de transmisión perro – hombre mediante las campañas de vacunación en el reservorio natural.
- Para limitar la transmisión de la enfermedad se requiere atender cada foco rábico para evitar que se repitan los casos.
- En un foco rábico se realiza la vacunación antirrábica canina, se captura y sacrifica humanitariamente a aquellos perros callejeros, se remiten

muestras a laboratorio y se inicia un programa de información a la comunidad.

- Las personas en contacto con un animal rabioso, deben recibir atención médica y antirrábica de manera inmediata.
- La atención médica oportuna requiere de la adecuada clasificación de la lesión.
- Las lesiones de riesgo son aquellas en donde la saliva contaminada entra en contacto con las mucosas o con la piel erosionada o con solución de continuidad.
- Se debe realizar la identificación, observación y estado vacunal (perro y gato) de la especie agresora y los antecedentes de tratamiento antirrábico en el paciente, con el fin de otorgar tratamiento a personas con riesgo.
- Es indispensable la difusión en la comunidad sobre; especies transmisoras, contactos riesgo, solicitud de atención médica oportuna y responsabilidades adquiridas con los animales domésticos (control de población y vacunación periódica).

En contraste, esta zoonosis persiste en otras áreas geográficas, representando un riesgo para la población vulnerable que reside en ellas y que requiere de una atención específica para evitar el contagio y la enfermedad.

Se revisaran los aspectos de la epidemiología del padecimiento, los riesgos de adquirirla, la prevención en el humano y en sus principales reservorios, la identificación del caso clínico, la atención hospitalaria y las medidas de control que se deben aplicar en la comunidad.

La revisión de los factores de riesgo, permite explicar la persistencia y adaptación del virus rábico en sus reservorios, lo que se complementa con la información epidemiológica derivada de la utilización de tecnologías de punta.

Control de la rabia

- Vacunación antirrábica canina.
- El uso de biológicos antirrábicos de segunda generación.
- Protección específica del personal en riesgo.
- Modelos didácticos de actualización.
- Disponibilidad de tecnología.
- Atención del foco rábico.
- Notificación e integración de los casos de rabia.
- La regulación de su crecimiento mediante acciones de esterilización quirúrgica y química, la donación voluntaria y el sacrificio humanitario.

Obstáculos que existen para evitar la transmisión de la rabia.

- La persistencia de rabia canina en áreas específicas.

- El desinterés de la comunidad para responsabilizarse del cuidado y atención de sus perros y gatos.
- La disponibilidad de basura y desperdicios que favorece la presencia de los perros.
- El desconocimiento de la comunidad sobre otros animales, principalmente silvestres, que pueden transmitir la rabia.
- El uso indiscriminado de biológicos antirrábicos para la atención de personas.

Los retos mas importantes que enfrentamos son:

- El crecimiento desordenado de la población canina.
- La limitada participación de las autoridades municipales y la comunidad.
- La operación irregular de los centros de atención caninos.
- La capacitación integral para personal de salud.
- La difusión a las comunidades, de las medidas básicas de prevención y control de la rabia y los principales factores que pueden mantener la enfermedad en la comunidad.

Modelo para la prevención y control de la rabia

Vacunación antirrábica	Red de laboratorios de vigilancia epidemiológica
Atención de personas agredidas	Participación municipal
Estabilización De la población canina	Fortalecimiento institucional
Toma y envío de muestra al laboratorio	Capacitación técnica
Promoción de operativos para el control del murciélago	Promoción de la salud
	Activación comunitaria

Etiología

El virus rábico pertenece a la familia: Rhabdoviridae; género: Lyssavirus. A nivel mundial, los estudios con anticuerpos monoclonales han permitido distinguir los siguientes genotipos:

1. Cepa prototipo de virus Patrón de Prueba (Challenge Virus Estándar CVS).
2. Cepa prototipo Murciélago de Lagos.
3. Cepa prototipo Mogola.
4. Cepa prototipo Duvenhage.
5. Murciélago europeos (EBL-1)
6. Murciélagos europeos (EBL-2)
7. Lyssavirus de murciélagos australianos.

El virus se inactiva a 37°C, en 24 hrs; a 56°C en una hora.

Presenta una forma de bala, que mide aproximadamente 180 nm de largo y 75 nm de ancho; está formado por una nucleoproteína, una fosfoproteína, una matriz proteínica, una glicoproteína y por polimerasas.

Epidemiología

La rabia es una zoonosis de los mamíferos de sangre caliente, causada por un rhabdovirus (virus de la rabia), que se transmite al hombre principalmente por la saliva de los animales infectados, por mordeduras, rasguño o lamedura, sobre mucosa o piel con solución de continuidad.

En los roedores enfermos las características fisiopatológicas desencadenan una evolución aguda y paralítica, con trismo e hipofuncionalidad de glándulas salivales, todo ello hace pensar que estos animales no actúan como reservorios naturales de la enfermedad.

A la rabia se le conoce como uno de los padecimientos más graves transmisible al humano; es una encefalomiелitis aguda y mortal. La duración de la enfermedad es variada y dependerá del nivel de afección cerebral y la resistencia del individuo.

Con respecto a las estadísticas en el ámbito mundial, la OMS estima que entre 40 mil y 70 mil personas mueren al año por agresiones de perros; esto es, cada 10 a 15 minutos alguien muere de rabia en el mundo, y cada hora 1,000 personas reciben tratamiento antirrábico.

La rabia se presenta en tres modalidades:

- Urbana.
- Silvestre quirópteros.
- Silvestre por carnívoros terrestres.
-

Los biológicos de que se dispone son el tejido nervioso del tipo Simple, elaborados de cerebro de borregos o cabras.

Estas acciones de vacunación masiva se realizan un mes antes de que se presente los mayores casos en la población canina. Se identifican dos campañas de vacunación antirrábica.

Campañas

1ra – Marzo:

Abril – Mayo.

2da – Agosto:

Septiembre – Octubre.

De los casos de rabia en humanos notificado, 74.8% fueron transmitidos por perro, y de éstos, 35.3% por perro cachorro.

Un elemento importante de la vigilancia es el monitoreo de la presencia del virus rábico, a través de las muestras de cerebro caninos.

La enfermedad

En el hombre

Tiene una duración promedio de 8 días, con rango de 1 a 31 días. Se distinguen cuatro etapas.

Primera etapa.

- Periodo de incubación.

Segunda etapa.

- Periodo prodrómico: tiene una duración de dos a diez días.

Tercera etapa.

- Periodo neurológico: varía de dos a siete días.

Cuarta etapa.

- Estado de coma: puede durar horas o días.

En animales domésticos.

Se inicia cuando presentan cambios de actitud, mostrándose agresivos con las personas con quienes conviven, el cuidado bien como un accidente agrediendo a alguien ajeno a ellos, hecho que obliga para que sean identificados, confinados y observados.

En el perro o gato agresores, la observación clínica guante diez días a partir de la fecha del ataque, permite distinguir los siguientes signos clínicos: cambios de conducta, excitación, agresividad, inquietud, fotofobia, anisocoria, mirada perdida,

hiperacusia, parálisis faríngea progresiva, dificultad en la deglución, salivación, incoordinación motriz, temblores, postración y muerte.

Mecanismos de transmisión.

Se ha corroborado la transmisión en casos de transplante de córneas.

La propagación por el aire se ha corroborado en perros y coyotes, ya que en cavernas en donde existe gran población de murciélagos, la orina y las heces de los mismos, contienen el virus; la transmisión en animales silvestres por la ingestión de animales infectados con el virus rábico. El periodo de transmisión de perros y gatos muertos con diagnóstico de rabia, será de 10 días anteriores a la fecha de la muerte.

Reservorios

El perro juega un papel importante en la transmisión de la rabia al hombre y presenta características de interés epidemiológico, al revisarse su interacción con éste, en los casos ocurridos en el medio rural, el perro dispuso de su libertad para deambular por el campo y las comunidades, otorgándose las facilidades, tanto de contraer la enfermedad, como transmitirla al hombre, en los casos de los humanos de los grandes conglomerados urbanos, se identifica una convivencia estrecha en el núcleo familiar, en la cual el perro goza de su libertad para deambular en la vía pública e infectarse, convirtiéndose en un reservorio de alto riesgo al reincorporarlo al hogar.

Los cachorros por naturaleza son juguetones, muerden todo lo que les llama la atención, incluso a los niños y adultos con quienes convive, haciéndolo en ocasiones en forma persistente con fiereza, también enferman de rabia, no importa su edad sexo y existe la probabilidad de que ya estuvieran infectados cuando llegaron a su casa, por ello es importante conocer su origen y procedencia, ya que si los padres fueron vacunados contra la rabia, el riesgo de que esté enfermo se reduce, por eso las hembras cargadas y amamantando también deben ser vacunadas para proporcionar protección a sus cachorros, es importante evitar que provengan de lugares en que se registran perros rabiosos, sobre todo cachorros hijos de perras callejeras.

Riesgos de adquirir la rabia.

La información que interesa al personal de salud incluye; el número de casos de rabia animal confirmados por laboratorio, las fechas en que ocurrieron los últimos casos, las especies involucradas, el tipo de pruebas practicadas para la confirmación en el diagnóstico de laboratorio de los casos, la campaña de

vacunación que se haya llevado a cabo y sus resultados y la cantidad de tratamientos antirrábicos humanos prescritos y ministrados.

El personal de salud tratante debe diferenciar las características que se consideran en las lesiones producidas por el contacto o agresión con animales sospechosos para indicar o no el tratamiento, como a continuación se indica:

- Lesión sin riesgo.
- Lesión de riesgo leve.
- Lesión de riesgo grave.

Atención médica.

Explicarle al paciente lesionado que el tratamiento tiene propósito de ser preventivo. Al mismo tiempo que se tranquiliza al paciente, se re4visa la herida para realizar el tratamiento que corresponda y que debe incluir los siguientes pasos:

- Lavado de la región afectada con agua jabonosa a chorro durante 10 minutos, con suavidad para no traumatizar los tejidos.
- Enjuague con agua o solución salina.
- Desinfección de la herida con agua oxigenada, o con alcohol al 45-70% o solución de yodo al 5-7% o dilución de cloruro de benzalconio al 1%. Hay que eliminar el jabón de la herida antes de instilar el cloruro de benzalconio, ya que estos dos elementos se pueden antagonizar y perder todo efecto antiséptico.
- Secas con gasas nuevas y cubrir en casos necesario.
- En heridas difíciles de hacer limpieza y desinfección adecuadas, se aplicarán antibióticos y toxoide tetánico, en un sitio diferente al de la vacuna, y al de la inmunoglobulina antirrábica humana.
- Siempre considerar la necesidad de la ministración de inmunoglobulina antirrábica humana en la herida, antes de suturarla en caso de ser necesario, de acuerdo con el interrogatorio sobre tratamientos antirrábicos previos.
- De ser posible, ante heridas que dejan expuestos órganos y tejidos delicados, suturar a la brevedad; previo lavado quirúrgico en quirófano, con todas las medidas que el caso amerite.
- Aquellas heridas que no se suturan en la consulta inicial, por considerarse la cicatrización por granulación, es necesario que se revisen en las consultas subsecuentes. En su caso, serán lavadas para eliminar detritus: desbridar bordes necrosados y aproximarlos, para favorecer el proceso de cicatrización.
- Para la mucosa ocular se lavará a chorro con solución ocular se lavará a chorro con solución fisiológica isotónica, durante 5 minutos.
- Todas las heridas deben mantenerse bajo permanente, al tiempo que se cuida la evolución clínica del animal agresor.
- La terapia con analgésicos y antibióticos será bajo prescripción y vigilancia médica.

- En todos los casos, de ser posible observar el estado de salud del animal por espacio de 10 días subsecuentes a la fecha de exposición; de presencia mantenerlo amarrado o encerrado para observar también su comportamiento, mientras se avisa al personal de salud capacitado y éste hace la revisión del caso, donde verifica la vacunación antirrábica del animal (certificado y placa), establece la fecha de lesión: valora las condiciones y circunstancias en que ocurrió la agresión, si es que fue provocada, y examina las condiciones epidemiológicas de la rabia en la región.
- En caso de que el animal agresor muera, deberá ser enviado al Centro de Atención Canina o al laboratorio acreditado, para confirmación del caso, o bien si el animal no fue localizado, se procederá a iniciar el tratamiento antirrábico a la persona agredida.
- Aunque se ha señalado que las agresiones por ratas y ratones no son mecanismos de transmisión de rabia, éstos son eventos que suceden comúnmente, por lo que este tipo de heridas requieren el lavado y desinfección correspondiente, efectuar un interrogatorio para conocer las causas que la originaron y el seguimiento para evitar que se contaminen.
- Una vez atendida la persona y haberle explicado la conducta que se seguirá en su caso, es obligatorio realizar un registro de tratamiento antirrábico humano para su seguimiento.

Atención hospitalaria.

Las personas que se encuentran en estado de coma, se consideran pacientes prácticamente desahuciados. Los cuidados y tratamientos están orientados a evitarle las complicaciones y a disminuirle el sufrimiento; por lo que, desde su ingreso, tiene que ser alojado en una sala aislada, silenciosa, con luz disminuida y temperatura adecuada.

Hay que prevenirle o atenuarle las convulsiones, así como administrarle líquidos parenterales ya que la vía oral resulta imposible; debe mantenerse en sujeción para evitarle traumatismos por convulsiones o los periodos de hiperexcitación.

En perros y gatos hay que precisar su origen (domiciliado o callejero); observar cambios en sus hábitos alimenticios: de conducta en su convivencia con la familia o en la cuadra o buscar aislarse y de ambular sin rumbo fijo; averiguar si esta vacunado o no; si es afirmativa y es vigente; en una animal callejero de origen desconocido, las probabilidades de que esté infectado de rabia son mayores.

Las vacunas que se recomiendan son: vacunas obtenidas por cultivos celulares, como células diploides humanas, células VERO o fibroblastos de embrión de pollo (PCEC).

La inmunoglobulina antirrábica humana o suero de origen humano u homólogo (inmunoglobulina) humana purificada) se obtiene por la concentración y el fraccionamiento por etanol frío del plasma de personas previamente inmunizadas con virus fijo.

Vacunación antirrábica en el ser humano.

Los biológicos antirrábicos que se le administren dependerán del tipo de exposición que haya sufrido (leve o grave) la persona que reciba el tratamiento, así como el tiempo transcurrido entre la fecha de la agresión, con el día en que se presenta a solicitar la atención médica. Es importante administrar los biológicos antirrábicos en los primeros 14 días posteriores a la agresión o contacto; hacerlo después de este tiempo disminuye la acción preventiva de la vacuna y con ello, aumenta el riesgo que se desarrolle la enfermedad. Si se toma en cuenta que el periodo promedio de incubación de la rabia en el hombre es de 30 días, iniciar el tratamiento después de 14 días o más posteriores a la exposición al virus, resulta inadecuado y riesgoso.

Esquemas antirrábicos.

- Lesión de riesgo leve: se aplica una dosis de vacuna antirrábica; por vía intramuscular los días 0, 3, 7,14,y 28 ó 30.
- Lesión de riesgo grave: se aplica inmunoglobulina y vacuna antirrábica humana.

Medidas de control

- Control del foco rábico.

Se define como foco rábico, la presentación de un caso de rabia en algún animal doméstico, principalmente perro o gato, con base en la presencia de signos y corroborado por estudios de laboratorio; esto determina llevar a cabo diversas actividades que inician desde su notificación y riesgo en el sistema de vigilancia epidemiológica, hasta las acciones de control para evitar se enfermen más animales y se identifique y se atienda a personas agredidas.

- Vacunación antirrábica en animales domésticos.

La vacunación antirrábica en animales domésticos comprende a los perros y gatos y especies domésticas de intereses económicos; es obligatoria en perros y gatos a partir del primer mes de edad y revacunar cuando cumplan los tres meses, posteriormente es anual; se utiliza vacuna de tipo inactivada de la más alta calidad con una potencia mínima de 2 U.I. y se aplican por vía intramuscular. Los perros y gatos vacunados deberán identificarse mediante placa o sincho y contar con un certificado de vacunación que expida la autoridad responsable.

- Promoción de la salud.

Considera la información y orientación que recibe la población: la importancia de la rabia el riesgo que representan los perros no vacunados en la localidad; la participación de los animales silvestres en la cadena de transmisión de la enfermedad; como prevenir y controlar la rabia en los animales domésticos; la denuncia ante las autoridades competentes sobre la presencia de animales sospechosos de padecer rabia y las medidas a seguir ante la agresión de cualquier animal.

- Activación comunitaria.

Las autoridades municipales representan los intereses y la participación de la comunidad comparten con los servicios de salud la prevención y control de la rabia y colaborar para evitar que se presenten casos en los humanos y animales domésticos con los que conviven, por ello es responsabilidad: informar, convocar, motivar y organizar a sus habitantes, para que adquieran el compromiso de participar en la protección antirrábica de los perros y gatos, así como orientar a las personas agredidas.

- Protección de grupos en riesgo.

Para la protección de los grupos en riesgo se les aplica la inmunización específica mediante esquemas de vacunación con tres dosis por vía intramuscular.(9)

□□□ □ □□□□ □□□□□□□□□□

□□□□□ □a□adi□ma de e□e□me□a

Las enfermeras, al paso del tiempo se han preocupado por definir la naturaleza del cuidado y precisar en esta evolución su campo de investigación y de práctica. Por ello, es necesario identificar los elementos clave que caracterizan a la disciplina como persona, cuidado, entorno y salud en las diferentes propuestas teóricas que un gran número de enfermeras han propuesto. Cada propuesta tiene un sustento filosófico y científico que lo hace característico, esto es por la influencia paradigmática o en la forma de ver el mundo que nos rodea.

Con esta perspectiva, se propone que en la evolución de enfermería como ciencia y profesión hay tres corrientes de pensamiento que han evolucionado a la luz de los acontecimientos históricos de las diferentes sociedades y a la par de los cambios clínicos, comunitarios y familiares, de la investigación y la gestión, distintos escenarios de la práctica de la enfermería.

Las tres corrientes de pensamiento son: de la categorización, de la integración y de la transformación. En la primera el centro de atención es la Salud Pública. En el Paradigma de la integración el interés es la enfermedad, en el paradigma de la transformación el elemento clave es la persona como un todo para finalizar con las propuestas de la apertura hacia el mundo. Cabe señalar que, según la forma de definir los conceptos clave que nos caracterizan como disciplina es como podrán ser identificados los elementos, por tanto la práctica profesional.

- Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos.

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas “enfermeras teorizadoras y metateóricas”, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional (Donaldson y Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que sirvan para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos **relación**, **persona**, **salud** y **entorno** están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos conceptos están presentes en los escritos de Nightingale. Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

Las grandes corrientes del pensamiento, a manera de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el filósofo Capra (1982). Estos pensadores han precisados los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Paradigma de la categorización.

- Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio en un **fenómeno** es una consecuencia de condiciones anteriores. Así, los electos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones **lineales** y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda “de un factor causal responsable de la enfermedad”. Por ejemplo, el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades en el ser humano. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí, secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El **paradigma de la categorización** ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una, orientada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII hasta el siglo XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabía nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de las enfermedades además de ignorar las precauciones más elementales.

Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Colliere, 1986).

Ahora bien, Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona

calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimen (Dolan, Fitzpatrick y Herrmann, 1983).

Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Instruida en matemáticas, recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad. En menos de seis meses, las enfermeras se ganan el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas.

La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, económicas, de creencias y de enfermedades. Nightingale considera a la persona según sus componentes físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es así mismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personal y comunitaria.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre, movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla. Por lo tanto estos factores del **entorno** son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” (Nightingale, 1885). Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias de salud. El **enfermería** es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Según Florence Nightingale, son las personas que han recibido una formación de enfermeras las que deben administrar los cuidados. Sólo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados tienen la competencia de cumplir este trabajo.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos

comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado de los avances en los conocimientos de la salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las enfermedades infecciosas, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950. Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. Según esta orientación, el **enfermo** está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La enfermera planifica, organiza y evalúa las acciones. La persona está “bajo” sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud, por lo que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma.

Ya que la **persona** se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Así, podemos separar la dimensión biológica de la dimensión psicológica, estudiar el sistema respiratorio independientemente del sistema endocrino y establecer los objetivos de cuidados relacionados con la función respiratoria separadamente de los objetivos unidos a la función nerviosa. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar. La **salud** es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”. La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. En lo que concierne al **entorno** es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural, el cual puede ser manipulado y controlado.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. De este modo, una formación más avanzada en los cuidados de enfermería es un medio esencial de controlar la enfermedad.

A principios del siglo XX, en Estados Unidos, nacen numerosas escuelas de enfermeras descubriendo que una escuela de enfermeras ofrece una mano de obra joven, disciplinada y a buen precio. Además, los cuidados enfermeros competentes ofrecen disminuir el tiempo de hospitalización, lo que permite tratar un mayor número de personas.

Sin embargo, a medida que los conocimientos médicos progresan y las especialidades médicas cada vez son más numerosas y la tecnología biomédica es más compleja, la enseñanza formal a las enfermeras presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos, lo que las lleva a identificarse con el “modelo científico médico”. La enseñanza se centra en el conocimiento memorizado de signos y síntomas de las enfermedades y en la aplicación de técnicas médicas delegadas (Dolan y Cols, 1983).

Por otra parte las enfermeras se interesan cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de conocimientos. En esta época, los intereses de investigación de las enfermeras giran alrededor de las enfermedades contagiosas, los planes de cuidados para los grupos de pacientes y los procesos de cuidados específicos a estos grupos (Gorther, 1983). Hacia los años treinta, las investigaciones intentan evaluar sistemáticamente las técnicas de cuidados, lo mismo que las funciones y actividades de la enfermera. En los años cincuenta, las investigaciones se concentran en la organización de las unidades de cuidados y en mejorar los cuidados enfermeros.

Así, los resultados de las primeras investigaciones enfermeras permiten una transformación del sistema de prestación de cuidados a principios de los años cuarenta. Otros estudios recomiendan que las enfermeras reciban su formación en los colegios universitarios y que sean formadas para impartir la enseñanza en sus escuelas.

En la mitad del siglo XX el sistema de prestación de los cuidados enfermeros está caracterizado por una gestión individual, caso por caso, seguido por un **sistema individual** de prestación de cuidados. Hacia la década de los años 30 y 40 aparece el sistema funcional.

Resultado del **análisis**, este sistema pone el acento en la especialización de la tarea y fragmenta los cuidados en numerosas tareas. Es así que una enfermera ayuda al paciente a lavarse en la cama, otra distribuye los medicamentos, otra hace los apósitos, y la enfermera jefe tiene la responsabilidad del conjunto de los cuidados para todos los pacientes. El sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época apela a una **especialización de la tarea**.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN.

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y a las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

El **paradigma de la integración** ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona

Entre 1950 y 1975 se sitúa la orientación hacia la persona. Esta orientación esta marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años treinta y de la 2ª. Guerra mundial, la tendencia del mundo occidental es la de crear un sistema de seguridad social.

Según esta orientación, el **enfermaje** va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas.

En la medida que la **persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: **la persona es el conjunto de factores que la definen**. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra.

Siempre, según esta orientación a la persona, la **salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituye la salud. Por otra parte, la salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad o cuando muy pocos de los elementos que constituyen la salud están presentes.

Por último, el **entorno** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona donde las enfermeras han creado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera.

Siguiendo la evolución de disciplinas afines la enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve el cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento. Además, el hecho de adoptar un proceso sistemático (recolección de datos, análisis e interpretación de estos datos, intervención de enfermera y evaluación) basado en un modelo conceptual, transforma la actividad de la enfermera, que, considera el ser humano como un todo integrado en su contexto.

Después de 1960, las investigaciones se interesan más específicamente por la mejora de los cuidados al cliente y por el desarrollo de una base de conocimientos en ciencia enfermera.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una **disciplina enfermera propia de la disciplina médica**. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales. La organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le dan un gran poder en la toma de decisiones.

Paradigma de la transformación.

- Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea.

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

El **paradigma de la transformación** es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo en la mitad de los años 70. Quedando marcados aspectos como apertura de fronteras tanto culturales, económicas y políticas. Es desde esta perspectiva que en 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la

salud de todos los pueblos del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce a través del tratado de **Osaka** las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una **filosofía** en que “los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas”. La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Colliere (1978) resume la filosofía de los cuidados primarios de salud como: “Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en ese campo”.

Dentro de esta óptica, la **persona** es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior e interior a ella. La **salud** esta concebida como una experiencia que engloba la unidad del ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad.

Los cuidados de salud primarios no han estado concebidos únicamente para y por las enfermeras. Sin embargo, esta filosofía acerca los cuidados enfermeros a los fundamentos de su práctica. Se trata así de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y a participar con el objeto de mejorar su bienestar.

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El **cuidado** va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.

La **persona** es así un todo indisoluble mayor que la suma de sus partes y diferentes de ésta. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define su potencial y sus prioridades.

La **salud** por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La salud va más allá de la enfermedad, siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Concepciones

- La relación particular entre los conceptos cuidado, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina enfermera.

Con el fin de aclarar lo que caracteriza la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha extraído de escritos de algunas enfermeras teorizadoras los conceptos cuidado, persona, salud y entorno. Sin ser específicos de la disciplina enfermera, estos conceptos forman, ante todo, una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar. Sin embargo, estos conceptos aislados no son suficientes para precisar la contribución particular de la enfermera en los cuidados de la salud.

Las **concepciones** son las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad, de hecho, delimitan el área de responsabilidad de las enfermeras. Cuando una concepción es completa y explícita, se denomina **modelo conceptual** para la profesión enfermera. Una concepción es completa y explícita cuando la teorizadora formula enunciados para cada uno de los elementos: postulados, valores de la disciplina, meta ideal, rol profesional, etc.

Por supuesto, no todas las concepciones son **modelos conceptuales**. La necesidad de las enfermeras de clarificar su especificidad han motivado a las enfermeras teorizadoras, mayoritariamente americanas, al elaborar modelos conceptuales para su profesión.

Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración que ha conducido a una orientación hacia la persona y el paradigma de la transformación que lleva a la apertura hacia el mundo, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales.

Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, a saber, escuelas de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del **Caring** caracterizadas por una apertura hacia el mundo.

Escuela de las necesidades

- Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona.

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está

centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

Las principales teorizadoras de esta escuela son: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Escuela de la interacción

- Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60.

Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del Norte favorecieron el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda y atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han tratado responder a la pregunta ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

El cuidado es pues una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Estas teorizadoras señalan que debe mantenerse la integridad de la persona, que la persona es capaz de reconocer sus necesidades que tiende a su actualización. La enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona

comprende su significado. Estas enfermeras teorizadoras introdujeron la intuición y la subjetividad en los cuidados enfermeros.

Escuela de los efectos deseables

- La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

Según Meléis (1991), la escuela de los efectos deseables en la persona, quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el “qué” y el “cómo”, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en reestablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

Las enfermeras teorizadoras representantes de esta escuela son Dorothy Jonson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

La escuela de promoción a la salud responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar concentrada sobre el “qué” de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Movra Allen se ha inspirado en el enfoque sistemático para la elaboración de su modelo de cuidados enfermeros. Postula que la elaboración de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y poseen la motivación necesaria con el fin de lograrla. Sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia. La profesión enfermera se da a conocer, de este modo, como un recurso primario de salud para las familias y la comunidad. La relación enfermera-familia es de colaboración.

De acuerdo con Allen el primer objetivo de los **“cuidados”** enfermeros es la **“promoción de la salud”**, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de

aprendizaje. La enfermera desarrolla entonces un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje. El enfoque de la enfermera esta basado en la interacción entre los principales conceptos del modelo, es decir, la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración. Estos conceptos forman una estructura organizadora para los cuidados aplicados a la situación de salud que Allen denomina *situation-responsive nursing*.

Según este modelo, la recopilación de la información es un proceso explorador en el que el “cliente-familia” y la enfermera colaboran. La atención se centra sobre el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente y que esta en relación con otras situaciones vividas en la familia. La enfermera guía al cliente-familia y le ayuda a recolectar la información y a distribuirla. Realizada conjuntamente, la planificación de los cuidados refleja la utilización máxima del potencial constituido por la fuerza, la motivación, las habilidades y los recursos de cada uno para trabajar en la situación de salud.

Allen menciona también que la persona es, conceptualizada como la familia. Ésta posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia.

El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante, el uno con el otro, el entorno y la comunidad. Así los cambios en uno u otro sistema y en sus interacciones. La familia es activa, tiende a resolver sus problemas, aprende de sus propias experiencias, lo que le permite cumplir los objetivos que se ha propuesto.

La **salud** es el componente central del modelo de Allen. No se sitúa el proceso salud enfermedad como un continuum, por lo tanto, no es ni un estado ni una finalidad. La salud y la enfermedad son entidades distintas que coexisten. La salud óptima es la presencia de muchos elementos de salud y la ausencia de enfermedad. La ausencia de enfermedad sola no significa una salud óptima. La salud es un proceso social que comprende los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje, de los cuales proceden el doping y el desarrollo de la familia y de sus miembros.

Finalmente, el entorno es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden. El aprendizaje de la persona se puede hacer en diferentes situaciones y en diferentes medios como la casa, la escuela, el hospital y el lugar de trabajo.

Escuela del ser humano unitario

- Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado.

La escuela del ser humano unitario se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

En 1970 Martha Rogers presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad. De hecho, Rogers propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados enfermeros a través de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy (1968).

Sin embargo, Rogers evita el concepto holismo y prefiere utilizar el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario. Otras teorizadoras se han unido a esta escuela y han añadido fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la **epistemología**

Inspirada por la idea de Rogers, según la cual la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están ni opuestas ni divididas.

Newman (1986) propone una teoría de la **salud** que será la expansión de la conciencia y del cambio, donde la enfermedad está implícita en la salud.

Rogers (1970; 1972) insiste sobre la especificidad de la disciplina enfermera basada en la ciencia, un arte y una profesión en donde el objetivo perseguido es el de promover la salud y el bienestar de toda persona, sea cual sea su contexto. Así mismo, define la **salud** como un valor que varía según las personas y las culturas.

Barrett (1988) define el proceso de **salud** enfermeros como aquel en el que la persona y la enfermera actúan en simultáneo, facilitando al cliente la actualización de su potencial.

Según Parse los **salud** enfermeros están centrados en el ser humano – unidad viva- y en su participación cualitativa a las experiencias de salud. Concibe a la **salud** como un proceso de actualización expresando una forma personal de vivir las experiencias; no hay nivel óptimo de salud ni estado de bienestar equivalente a la salud, ni de salud cuantificable o cualificable, es solo un compromiso personal del ser humano en interacción constante y simultánea con el entorno (Parse,1990b).

Escuela del caring

- Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson, 1985; 1988) y la

cultura (Leininger, 1988b) y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Durante los últimos quince o veinte años, el **concepto** de caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina enfermera. Leininger (1981) ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel (1989) sugieren que en una práctica enfermera basa sobre la prioridad del caring reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración y la restauración de la salud. A su vez, Watson (1985) propone que las enfermeras crean un ideal de caring que sea a la vez humanista y científico.

Según Benner y Wrubel (1989) el caring esta formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas (Leininger, 1988a, 1988b; Watson, 1988).

Esta escuela, que tiene por conceptos centrales –el caring y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado intenta responder de nuevo a la pregunta: ¿Cómo la enfermeras hacen lo que hacen?

Según Watson (1988), los **paradigmas** enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano. Así mismo, define que la persona es un “ser-en –el mundo”, que vive experiencias y que esta en continuidad en el tiempo y el espacio.

Desde la perspectiva de Leininger, los **paradigmas** enfermeros comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud y de su recuperación. Define la **persona** como un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural, por lo tanto representa a los individuos, las familias y los grupos culturales (Leininger, 1988a; 1988b).

La salud significa entonces más que la ausencia de una enfermedad o un punto en un *continuum*; está implicada en la estructura social y, por consiguiente, varía de una cultura a otra.

Igualmente, el entorno se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra; es principalmente exterior a la persona, pero ejerce una influencia en lo cotidiano y en la existencia de esta persona, por lo tanto un comportamiento sólo es significativo en la medida en que se influye en el entorno.(10)

Modelo de enfermería de Dorothea Orem de autocuidado

Dentro de la enfermería se emplean diversos modelos teóricos para el cuidado de los pacientes. El modelo creado por Dorothea Orem es considerado uno de los más importantes como medio de organización. Por ello es necesario retomar los orígenes de este modelo y el desarrollo de los conceptos de las tres teorías que lo conforman: Autocuidado, Déficit de autocuidado y Agencia de autocuidado; así como los conceptos que le caracterizan a cada una de ellas para concluir en el proceso de enfermería con la orientación hacia el modelo.

El estudio de estos elementos teóricos y metodológicos son fundamentales para el cuidado especializado a través de la práctica de algunas especializaciones.

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es un medio que permite organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Este modelo es considerado como sinónimo del concepto de autocuidado.

La forma práctica de emplear este modelo es para valorar, planificar, brindar y evaluar los cuidados del paciente.

Modelo de orem. Aplicación práctica

Dentro de la enfermería se requiere el empleo de términos específicamente definidos que sean claros e inequívocos, sin embargo la construcción de estos términos ha sido difícil. El fallo de muchas teorías norteamericanas está en su incapacidad para transmitir lo que significa de forma comprensible. La comprensión del lenguaje del modelo de Orem es el primer paso para hacer un juicio razonado.

Orígenes del modelo

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones:

1. ¿Qué hacer y qué deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

El deseo de abordar estos problemas surgió sustancialmente de la experiencia práctica, incluyendo el trabajo como enfermera asistencial en unidades de medicina, cirugía y pediatría, y como supervisora de urgencias y quirófanos. Durante un tiempo se dedicó a la enseñanza de ciencias biológicas y de enfermería, así como la dirección de la escuela de enfermería de un hospital.

Orem dedicó mucha energía a comprender el significado de la enfermería. La actual formulación de su trabajo: *Nursing: concepts of practice* (1991) ha sufrido una sustancial revisión desde la aparición de sus trabajos anteriores en 1971, 1980 y 1985. Tales revisiones se han basado en comentarios y discusiones surgidas en conferencias sobre teorías de enfermería, pero también en las reacciones de las personas que utilizan el modelo. Orem no preconiza, en modo alguno, que su modelo sea respuesta completa a sus preguntas o una panacea para la práctica. Simplemente proporciona un marco desde el que contempla la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. El uso de este modelo tiene como propósito mejorar los cuidados de enfermería.

Naturaleza del autocuidado

El autocuidado puede definirse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, es decir satisfacer en su totalidad sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales, así como todas las actividades que el individuo realiza para mantener la vida.

Orem contempla en concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, salud y el bienestar (Orem, 1991), es decir un individuo cuida de sí mismo.

El autocuidado inicia de manera voluntaria e intencionalmente para los individuos dentro de su vida diaria y puede convertirse en un proceso automático. Este es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

El autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrá la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

Para poder comprender el modelo de Orem, es importante considerar algunas de las presunciones que ella hace sobre la naturaleza de los seres humanos:

1. Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y de mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia. Los

individuos son responsables de controlar sus propias necesidades y de desarrollar habilidades e información para ello.

2. Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales, y varían con los individuos y con los grupos sociales mayores.
3. Los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.
4. Los individuos investigarán y desarrollarán formas para satisfacer las demandas de autocuidado conocidas. Cuando identifiquen las formas para satisfacer las necesidades conocidas, desarrollarán hábitos de autocuidado.

Requisitos de autocuidado

Los llamados requisitos de autocuidado se definen como la actividad que debe realizar un individuo para cuidar de sí mismo. Estos constituyen una parte importante de la “valoración del paciente”.

Orem (1991) ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental del individuo; las cuales ha definido como requisitos de autocuidado universal.

Orem identificó dos tipos más de requisitos de autocuidado, los requisitos de autocuidado de desarrollo y los requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

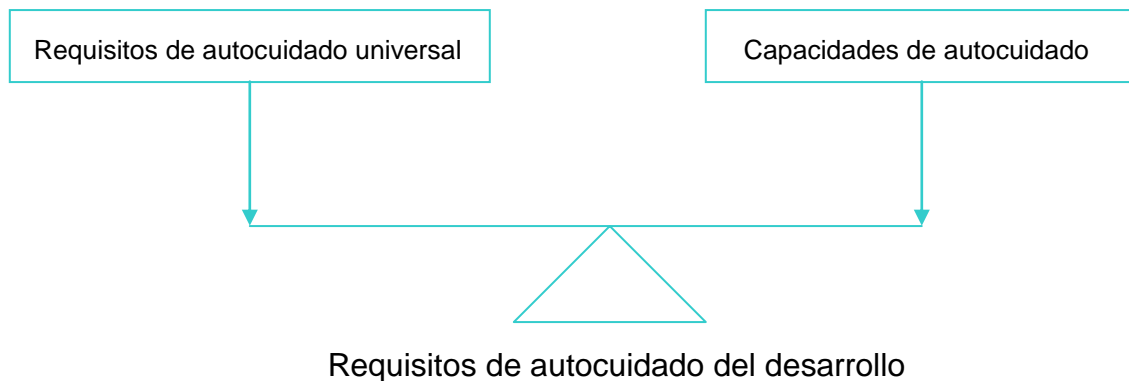
Requisitos de autocuidado universal.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, por lo tanto no se consideran en forma aislada, ya que interactúan entre sí.

Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención cuando sea posible, a la aparición de problemas de salud, emocionales o de otra índole. Por tal motivo, estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo.

Todo individuo debe contar con la capacidad humana de satisfacer o cubrir las demandas de autocuidado, debe cubrirlas activamente mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tiene en contexto cultural apropiado. Esta idea de equilibrio entre las demandas y las actividades es central en el modelo de Orem.



Estos requisitos de autocuidado se clasifican principalmente en dos grupos: las etapas específicas del desarrollo y las condiciones que afectan el desarrollo humano.

1. Etapas específicas del desarrollo

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, en donde debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo. Estos incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro o un niño con peso normal o con bajo peso.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.

- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en estas etapas deben considerarse los requisitos de autocuidado universal.

2. Condiciones que afectan el desarrollo humano

Implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito tiene dos subtipos.

- El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas.
- El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados a la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica.
- Ser consciente de los efectos y resultados de sus condiciones.
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y médicas prescritas.
- Ser consciente de los efectos negativos de las medidas anteriores.
- Aceptación a sí mismo en la modificación de la autoimagen.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y de las medidas diagnósticas.

La principal premisa en estos requisitos es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una parte importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

Así mismo, destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como *prevención primaria*. La *prevención secundaria* consiste en evitar mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la *prevención terciaria* ocurre cuando hay una rehabilitación después de la incapacidad.

Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos . El “déficit” debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.

La enfermedad reciente o crónica, o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros (Orem, 1991). Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Sin embargo puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella.

El individuo puede presentar diversas incapacidades que no le permitan llevar acabo, los requisitos de autocuidado, por lo tanto éstas desviaciones de salud deben ser atendidas en particular siguiendo el consejo médico y de enfermería. Parte de los procesos para convertirse en alguien capaz de cuidar de si mismo se muestran en la capacidad para adaptarse y cambiar las prácticas de vida actuales por otras más adecuadas a las nuevas situaciones.

La *demanda de autocuidado terapéutico* es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

Orem usa la palabra “*agente*” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada, sin embargo puede darse el caso en que un individuo tenga una agencia de autocuidado desarrollada que no funcione, es decir que tenga conocimiento que requiere ayuda pero por temor o ansiedad no la solicite.

Dentro del modelo de Orem se define como agencia de cuidado dependiente a las situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique

directamente cuidados de enfermería, es decir, es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente, como es el caso de los niños y adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud .

El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, para lo que se requiere en sí misma del pensamiento racional que permita aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud. La capacidad de cuidar de uno mismo se basa en que el individuo haya aprendido mucho sobre sí mismo, la naturaleza de la salud y las expectativas culturales.

Para poder cuidar de sí mismo, un individuo debe poseer los siguientes requisitos:

1. Capacidad de mantener la atención y ejercer el requisito de vigilancia con respecto a sí mismo como agente de autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física disponible.
3. Aptitud de controlar la posición del cuerpo y de sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para las operaciones de autocuidado.
4. Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del autocuidado.
5. Motivación.
6. Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevarlas a la práctica.
7. Capacidad de adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado y llevarlo a la práctica.
8. Un repertorio de capacidades en todos los aspectos que le permiten llevar a cabo la realización de las operaciones de autocuidado.
9. Capacidad de ordenar acciones o sistemas de acción de autocuidado para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
10. Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones de autocuidado, integrándolas con los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.

No obstante puede haber barreras o limitaciones para el autocuidado, debido a que la persona puede carecer de los conocimientos suficientes sobre sí misma o quizá no tenga deseos de adquirirlos. Puede haber dificultades para aprender

sobre uno mismo o sobre las acciones requeridas para el autocuidado; esto puede ser a causa de incapacidades físicas, psicológicas o emocionales.

Acciones de enfermería

Un aspecto que resalta la importancia del trabajo de Orem es su intento por establecer los límites de la acción de enfermería: ¿Cuándo se requieren cuidados de enfermería y cuándo (una vez iniciados) pueden cesar?

Un paciente es un individuo que requiere la ayuda de enfermería para satisfacer sus demandas de autocuidado específicas, y esta ayuda puede compensar o superar una limitación de sus capacidades. La definición de paciente que Orem propone desde una perspectiva de enfermería, requiere tres condiciones para darse:

1. Debe hacer alguna demanda de autocuidado (universal, del desarrollo o de la desviación de la salud) que se ha de satisfacer por otra persona.
2. Algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente (disponibles para ser desarrolladas en el futuro). Debe haber algún deseo, por parte del individuo, de llegar a cuidarse a sí mismo.
3. Debe existir un déficit de relación entre las demandas de auto-cuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas.

Las enfermeras pueden realizar diversas acciones para ayudar a los pacientes, Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías denominadas o reconocidas como “Métodos de apoyo o requisitos para el Sistema Enfermero” que pueden expresarse de la siguiente manera:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros.
Es actuar en beneficio de otro que es incapaz de realizar una tarea específica relacionada con el cuidado de la salud.
2. Guiar o dirigir a otros.
Es un papel que requiere proporcionar información o consejo relevante al paciente para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de autocuidado.
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
Es satisfacer las necesidades de cuidados de salud y brindar una “presencia” comprensiva escuchando y proporcionando métodos de ayuda.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
Es la encargada de proporcionar un entorno que favorezca las necesidades de salud del paciente.

5. Enseñar.

Tener la capacidad de comunicar a otros los conocimientos y habilidades que permitan satisfacer las demandas de autocuidado.

El proceso de enfermería

Es un método tradicionalmente conformado por cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Orem contempla este proceso como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y, al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias, por lo que la enfermera debe desarrollar una relación afectiva, responder a las cuestiones relacionadas con la salud del paciente, de su familia y otros, revisar la información que se genere de la atención con su paciente, etc.

Otros procesos u operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos a través de una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación).

Diagnóstico de enfermería

Esencialmente, el diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del formato más familiar del proceso de enfermería.

Esta operación puede tener una connotación médicamente orientada, pero para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

Específicamente, el diagnóstico de enfermería implica abordar dos puntos:

- A. Demanda de autocuidado actual y futuro. La enfermera sigue el proceso lógico de examinar el estado del paciente a la luz de los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud.

- B. Capacidad actual y futura para el autocuidado. Es necesario determinar si el paciente puede realizar su propio autocuidado, no solo en términos de la práctica actual, sino también en el futuro. Debe hacerse una valoración del repertorio de conocimientos y habilidades que posee y con los cuales ha de cubrir las demandas diarias de autocuidado.

Otras operaciones desarrolladas en el modelo de Orem contemplan las operaciones prescriptivas, entendidas como los juicios prácticos que debe realizar la enfermera y el paciente después de la recolección de datos, para abordar, los problemas de lo que puede hacerse por un individuo.

Las operaciones reguladoras o de tratamiento se refieren a las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar en lo que hemos bien llamado el proceso de valoración. Es particularmente importante el desarrollo de un sistema apropiado para brindar cuidados.

Orem considera que existen tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal, y la enfermera debe hacerse cargo de ello hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Las enfermeras no solo deben ser las proveedoras de cuidados sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarias en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales del desarrollo y de la desviación de la salud.

Parcialmente compensatorio. Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, donde el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

De apoyo-educación. Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. La enfermera puede tener un papel de consultora si solo se requiere información periódica o de actualización. El papel de la enfermera en este sistema es el de regular la comunicación y el desafío de las capacidades de autocuidado.

Estos sistemas de enfermería no deben considerarse solo como una forma de clasificar a los pacientes. Los sistemas de enfermería necesitan ser dinámicos, ya que un paciente puede requerir inicialmente un sistema de enfermería totalmente compensatorio y a medida que cambia su estado, también lo hará el sistema de enfermería necesario. (11)

El método científico de enfermería

De entre todos los métodos de resolución de problemas existentes, el método científico constituye el procedimiento más refinado y eficaz. Dicho método se ha definido como una forma ordenada de pensar o manejar datos, una búsqueda sistematizada de conocimientos y una forma de descubrir el todo lógico a partir de sus partes (razonamiento inductivo).

Y consta de los siguientes pasos: comprensión del problema; recopilación de datos; evaluación y comprobación de la hipótesis y formulación de conclusiones.

El resto de métodos de soluciones de problemas se caracterizan por ser superficiales (se conforman con lo aparente) asistemáticos (organizan las experiencias según el estado de ánimo o vivencias del sujeto) y acríticos (se plantean qué pasa, pero no por qué pasa).

Desde este marco el PAE se ha definido como la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería o como un método sistematizado y racional de planificar cuidados de enfermería.

Desde un punto de vista más global, el PAE se ha definido de diversas formas: Así, Griffit lo define como un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.

Alfaro conceptualiza el PAE como un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos, en el que los intereses e ideales del cliente reciban la mayor consideración.

Estos autores coinciden en las ventajas que aporta la utilización del PAE. Estas pueden resumirse en las siguientes:

- Para el usuario: Mayor eficacia y calidad en los cuidados, al permitir evitar omisiones, dar continuidad a la atención, evaluar, personalizar e individualizar los cuidados y conseguir la participación del usuario en su plan de cuidados.

- Para el enfermero (a). Ahorro de tiempo y recursos, al implicar su utilización la organización de las actividades en el tiempo, evitar duplicidades y el establecimiento de los puntos de evaluación.

El PAE, como todo proceso está dividido en fases.

Clásicamente se han considerado 5 fases:

1. Anamnesis 2. Inspección 3. Diagnóstico 4. Evaluación 5. Actuación

Dichas etapas constituyen un todo dinámico, cíclico e inseparable, de forma que sigue una secuencia lógica. Cada etapa depende de la precisión de la anterior, puede haber solapamientos entre las mismas. La evaluación supone revisar todas las fases anteriores y la valoración son tanto proceso continuos como etapas distintas.

Valoración

La valoración constituye la primera etapa del PAE, y como tal, la base para construir el proceso anterior. Su finalidad es la recogida, confirmación y organización de aquellos datos sobre el estado de salud del usuario, familia o comunidad, que permitan identificar situaciones que debe atender la enfermera, implica el primer contacto con el individuo o familia. No obstante representa una acción de carácter continuo, ya que tiene lugar en otras etapas del PAE (evaluación) y en todos los contactos con el usuario, tanto para la detección de problemas como para el seguimiento de los ya detectados .

El resultado de esta fase depende de fases como la preparación teórica del profesional, sus valores y creencias relativos a la enfermería y a la salud, las habilidades técnicas y la capacidad de relación.

La recogida de información conlleva para el profesional desarrollar habilidades en detección y manejo de fuentes de información, determinación de los datos de recogida de datos. Dicha recogida de información debe ser: planificada, sistemática, exhaustiva y objetiva.

Desde el punto de vista de la exhaustividad, siguiendo a Alfaro pueden identificarse básicamente dos tipos de valoraciones:

- Valoración general: Aquella que recoge todos los aspectos del estado de salud del usuario y se realiza inicialmente.
- Valoración focalizada: Aquella que se realiza para recoger datos sobre un problema específico para ver su evolución.

Además de disponer de habilidades en técnicas de recogida de datos y de una guía adecuada, la enfermera comunitaria debe conocer aquellos aspectos de la valoración específicos de su aplicación en atención primaria. Dichos aspectos pueden resumirse en los siguientes apartados:

Valoración del nivel del autocuidado □ Una adecuada valoración de este aspecto debe de contener datos sobre conocimientos, actitudes y habilidades de la persona y/o familia, relativos a; la percepción del autocuidado, las capacidades actuales, las barreras para el autocuidado y los recursos para el autocuidado. La percepción del autocuidado implica valorar: importancia concedida, nivel de aceptación (óptimo, miedo-inseguridad, indiferencia, negación, rechazo) y forma de afrontamiento. Las barreras para el autocuidado son situaciones que interfieren o dificultan el autocuidado, como pueden ser; desconocimiento, desmotivación, creencias erróneas, hábitos y costumbres arraigadas, falta de apoyo familiar, falta de recursos y estado de salud. Los recursos pueden clasificarse en individuales, que dependerá de los conocimientos y habilidades previas, el estado de salud, la etapa del crecimiento y desarrollo, el nivel de conciencia y el nivel cultural y motivación de estos, y relaciones familiares), y comunitarios (infraestructuras, instituciones, asociaciones, grupos de autoayuda y demás grupos organizados.)

Diagnóstico enfermero

A partir de los datos de valoración, una vez validados y organizados, se llega a la identificación de los problemas que se van a solucionar, a través de un proceso de razonamiento inductivo y la elaboración de un juicio diagnóstico.

La historia del diagnóstico enfermero es relativamente reciente. Diversos autores han utilizado el término diagnóstico de enfermería desde mediados de siglo. Pero no fue hasta 1973 cuando la ANA incluye el diagnóstico como parte de PAE, y tiene lugar la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros, auspiciada por Gobbie y Lavín, y a partir de la cual se crea el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros. En la V conferencia, en 1982, se crea la NANDA, que dará el soporte necesario para el desarrollo del diagnóstico de enfermería.

La incorporación del diagnóstico ha supuesto un salto cualitativo en el desarrollo profesional. Las ventajas que aporta su utilización pueden resumirse en los siguientes apartados:

1. Mejorar la comunicación profesional, a través de la utilización de un lenguaje común.
2. Contribuir a la identificación del cuerpo de conocimientos y del campo de actuación propio.
3. Servir de marco conceptual para la investigación.

4. Permitir la articulación de los contenidos curriculares en la docencia, siendo la base donde se estructuran todos los conocimientos necesarios.
5. Usar el proceso de enfermería de forma lógica y organizada.
6. Incrementar la calidad de los cuidados a través de la personalización de éstos, la tención orientada a problemas, la utilización del diagnóstico como piedra angular de los programas de calidad y la estructuración de protocolos en función de los diagnósticos.
7. Permitir la de las características de la población atendida y la planificación sanitaria, desde la perspectiva de las necesidades del cuidado.
8. Posibilitar la introducción de innovaciones en la gestión, sobre todo relacionadas con la gestión por proceso y la definición de puestos de trabajo.

Desde que en 1976 a ANA afirmó que el diagnóstico de enfermería describe problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras están capacitadas y autorizadas para trabajar.

Concepto de Diagnóstico:

- a) El diagnóstico supone un juicio clínico basado en procesos de razonamiento inductivo.
- b) Describe respuestas humanas a situaciones de enfermedad-procesos vitales
- c) Enmarca el área de responsabilidad de la enfermera.

El formato PES de tres partes fue identificado por Gordon (1976) como problema de salud (P), etiología (E) y la agrupación definitoria de signos y síntomas (S). Este formato puede servir a estudiantes para aprender a redactar diagnosis de enfermería, pues la S es el punto de razonamiento para nombrar a la concernencia. Incluyendo la agrupación de signos y síntomas como parte de la declaración estimula a expresarse y verifica el proceso diagnóstico. Una de las críticas que se le hacen a la declaración tripartita es que no es concisa; sin embargo, cumple muchos de los lineamientos importantes tales como el de centrarse en el paciente y el de ser específico.

Los primeros diagnósticos que se incluyeron en la enfermería profesional fue en 1950 por McFarland, mientras que en 1955 el Model Nurse Practice Act de la American Nurse Asociación (ANA) excluyó el diagnóstico a los tratamientos prescriptos por tal motivo las enfermeras dudaban de la utilización de etiquetas de diagnóstico de enfermería en su práctica.

En el año de 1973 se da la primera conferencia nacional para la clasificación del diagnóstico en enfermería, hasta la fecha actual en la cual se ocupan dos tipos de

diagnósticos como son: los del formato PES que se describirá mas adelante hasta la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA). Poder.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos una definición de qué es un diagnóstico.

Etimológicamente el término diagnóstico es una palabra que proviene del vocablo griego *diagignoskein*, es decir “distinguir” (que significa “a parte”) y *gignoskein* (que significa “conocer”).

El diagnóstico de enfermería es la descripción de la respuesta que dan el individuo, el grupo o la comunidad ante cualquier circunstancia vital. Esta respuesta es única y esta ligada a cada persona. Esto comporta ver a la persona como un ser humano integral y por tanto tener en cuenta el aspecto físico, psíquico, sociocultural y de desarrollo, lo cual nos llevará a situaciones en las que si bien el sujeto no presenta ninguna alteración de tipo físico, su forma de relacionarse con su entorno, o la manera como afronta las etapas de su desarrollo están impidiendo que alcance un nivel de bienestar satisfactorio.

Los tipos de diagnósticos que existen, pueden ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término “real” no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1ª descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la

denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería:

- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

El diagnóstico de enfermería adquiere una variabilidad casi infinita al quedar vinculado al carácter único del ser humano, mientras que el diagnóstico médico expresa las entidades nosológicas que responden a cambios en la estructura y /o funcionamiento del organismo humano, mantiene un patrón que podríamos considerar más estándar.

Fundamentos de enfermería.

Con lo anterior observado se puede decir que se utilizara para la realización de diagnósticos de enfermería asimismo el formato PES es lo ideal ya que permite elaborar estos mismos con una mayor amplitud y mas específicos ya que la taxonomía de la NANDA encasilla a sus etiquetas y no deja ampliar los diagnósticos y ver mas haya de lo que especifica además es importante para la comunidad en estudio que se vea el diagnostico integral

Planificación

El establecimiento de prioridades, responde a la existencia de situaciones en las que es imposible actuar sobre todos los problemas que presenta un usuario concreto, y define la importancia, pero no marca un orden secuencial de actuación. Por lo tanto, no es necesario solucionar por completo un problema para pasar al siguiente.

Para priorizar, es necesario decidir la importancia de los problemas en función de una serie de criterios. Como orientación general, desde un enfoque de promoción al autocuidado, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. La trascendencia o grado en que se ve amenazada la vida de la persona. Marcará la urgencia de la actuación.
2. Las preferencias del usuario o cliente. Se ha de tener en cuenta que la solución de muchos diagnósticos enfermeros necesitan de la colaboración del usuario y/o la familia, por lo que sus preferencias y grado de motivación influye en la factibilidad o posibilidad de solución del problema. En cualquier caso, el beneficiario de los cuidados tendrá algo que decir al respecto.
3. La probabilidad de resolución del problema. Viene dada fundamentalmente por la percepción de la situación del problema y los recursos para el autocuidado.

Como norma orientativa, puede aceptarse la siguiente: siempre que no existan problemas que amenacen la vida, la actuación debe comenzar por aquellos problemas en los que tengamos más garantías de éxito. De esta manera, nos motivamos y motivamos a nuestros usuarios.

El objetivo es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con el paciente, familia o comunidad. Enunciar un objetivo es necesario para conocer específicamente lo que desea lograrse. Sin un enunciado claro y conciso del objetivo, no puede saberse si la meta de enfermería se ha alcanzado.

El objetivo cumple una doble finalidad: orientar la acción y permitir la evaluación al servir de patrón de comparación.

A la hora de formular objetivos pueden ser interesantes las siguientes recomendaciones:

1. Deben enfocarse hacia el comportamiento del usuario, describiéndose en forma de resultados del usuario (y no como acciones de enfermería), en términos que sean observables y medibles.
2. deben de ser importantes para el usuario, y por lo tanto, asumidos por este y la familia u otras personas de apoyo, siempre que sea posible. En el caso de objetivos educativos dirigidos a la esfera del comportamiento, este aspecto representa la base para la implicación del usuario a la hora de consensuarse el plan de cuidados.
3. Deben ser realistas en cuanto a la capacidad del usuario y al grado de habilidad y experiencia de la enfermera.
4. Cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería y está relacionado en la primera parte del diagnóstico.

Una vez que se han establecido los objetivos en relación con los diagnósticos de enfermería la siguiente fase es la determinación de las intervenciones de enfermería que ayuden al usuario a lograr los objetivos marcados.

Evaluación

Consiste en la emisión de un juicio de valor sobre si se han conseguido los resultados esperados expresados en los objetivos, e implica decidir si se modifica, continúa o finaliza el plan.

Dado que existe consenso entre autores de lo que se evalúa es el cumplimiento de los objetivos.

La evaluación consta de las siguientes partes:

- Evaluación del logro de los resultados esperados, identificación de las variables que afectan al logro de los resultados esperados y decisión de continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados.

La identificación de las variables que afectan al logro de los objetivos se realizan cuando no se han conseguido totalmente los objetivos, sirven para establecer objetivos de dificultad y facilitan este logro y permiten la comprensión de todo el proceso.

El formato PES de tres partes fue identificado por Gordon (1976) como problema de salud (P), etiología (E) y la agrupación definitoria de signos y síntomas (S). Este formato puede servir a estudiantes para aprender a redactar diagnosis de enfermería, pues la S es el punto de razonamiento para nombrar a la concernencia. Incluyendo la agrupación de signos y síntomas como parte de la declaración estimula a expresarse y verifica el proceso diagnóstico. Una de las críticas que se le hacen a la declaración tripartita es que no es concisa; sin embargo, cumple muchos de los lineamientos importantes tales como el de centrarse en el paciente y el de ser específico.

Los primeros diagnósticos que se incluyeron en la enfermería profesional fue en 1950 por McFarland, mientras que en 1955 el Model Nurse Practice Act de la

American Nurse Asociación (ANA) excluyó el diagnóstico a los tratamientos prescriptos por tal motivo las enfermeras dudaban de la utilización de etiquetas de diagnóstico de enfermería en su práctica.

En el año de 1973 se da la primera conferencia nacional para la clasificación del diagnóstico en enfermería, hasta la fecha actual en la cual se ocupan dos tipos de diagnósticos como son: los del formato PES que se describirá mas adelante hasta la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA). Poder. Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos una definición de qué es un diagnóstico.

Etimológicamente el término diagnóstico es una palabra que proviene del vocablo griego *diagignoskein*, es decir “distinguir” (que significa “a parte”) y gignoskein (que significa “conocer”).

El diagnóstico de enfermería es la descripción de la respuesta que dan el individuo, el grupo o la comunidad ante cualquier circunstancia vital. Esta respuesta es única y esta ligada a cada persona. Esto comporta ver a la persona como un ser humano integral y por tanto tener en cuenta el aspecto físico, psíquico, sociocultural y de desarrollo, lo cual nos llevará a situaciones en las que si bien el sujeto no presenta ninguna alteración de tipo físico, su forma de relacionarse con su entorno, o la manera como afronta las etapas de su desarrollo están impidiendo que alcance un nivel de bienestar satisfactorio.

Los tipos de diagnósticos que existen, pueden ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término “real” no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1ª descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería:

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

El diagnóstico de enfermería adquiere una variabilidad casi infinita al quedar vinculado al carácter único del ser humano, mientras que el diagnóstico médico expresa las entidades nosológicas que responden a cambios en la estructura y /o funcionamiento del organismo humano, mantiene un patrón que podríamos considerar más estándar.

Fundamentos de enfermería.

Con lo anterior observado se puede decir que se utilizara para la realización de diagnósticos de enfermería asimismo el formato PES es lo ideal ya que permite elaborar estos mismos con una mayor amplitud y mas específicos ya que la taxonomía de la NANDA encasilla a sus etiquetas y no deja ampliar los diagnósticos y ver mas haya de lo que especifica además es importante para la comunidad en estudio que se vea el diagnóstico integral.(12)

ide a i e i e a e

La ética es aquel saber que fundamenta la moral; esta a su vez ordena la conducta del ser humano para el bien del individual, la sociedad y el universo. Algo es bueno si favorece el desarrollo del ser humano; por el contrario es malo si lo degrada.

Es por esto que la moral es el único saber que trata del deber ser y regula las acciones humanas para que no degrade al ser humano.

El hombre actual tiene un inmenso cúmulo de conocimientos y en sus manos una técnica con la cual puedes realizar muchas acciones; pero no todos los actos son benéficos para el ser humano.

Es por esto que debemos preguntarnos no solo: ¿Puedo hacer esto?, sino: ¿Debo hacerlo?.

Siendo la salud pública una ciencia, un conjunto de conocimientos que tiene una practicidad, es lógico que debe apoyarse en la ética para que promueva el desarrollo humano.

Ahora detengámonos un momento en los principios éticos que son los que fundamentan toda la reflexión ética y por ende la moral. Se describen tres:

1. El principio de autonomía. Todo ser humano es autónomo es decir, es un fin en sí mismo y no puede ser tomado como medio por otro ser humano. el desorden moral más aberrante es cuando un ser humano es cosificado, reducido a solo un medio por otro ser humano.
2. El principio de benevolencia. Debemos hacer el bien a los otros y procurar su bienestar y el desarrollo. No hagas al otro lo que no quieras que te hagan a ti, es un dictum repetido en todas las culturas como una norma de conducta basada en este principio.
3. El principio de justicia. Enseña que todos los seres humanos tenemos los mismos derechos. Aunque no todos somos iguales, pues tenemos diversas potencialidades, si poseemos los mismos derechos humanos fundamentales.

La declaración de los Derechos Humanos establecen en su artículo N° 25 : “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación , el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios médicos sociales necesarios ”.

La salud es un bien fundamental en todo viviente y más en el ser humano por estar ligado a la vida y de ahí su importancia.

Pero debemos señalar que si tenemos el derecho a que la sociedad nos ayude a conservar o reparar los daños que trastorna nuestra salud, también tenemos la obligación de evitar los riesgos que nos quitan o disminuyen la salud. Debemos evitar el tabaco, los alimentos nocivos, usar las medidas de protección para la disminución de accidentes.

La salud es bien un que tenemos derecho a que se nos atienda pero que tenemos obligación de cuidar. Por esto la educación en salud es importante, pues hace a la persona responsable de conservar la salud.

Es irresponsable no usar cinturón de seguridad en el automóvil y luego ir al servicio de urgencia a que nos atiendan una morbilidad que no se hubiera presentado o al menos no tan severa, si hubiésemos observado esta norma de prevención.

Un aspecto que vale la pena analizar y tener en cuenta para la persona que, como salubrista, trabaja con la comunidad y es el de la relación individuo-sociedad. Es necesario tener en cuenta el concepto de sociedad que nos da la sociología. La persona es un fin en sí misma. La sociedad es para el individuo y no al contrario; es por esto que no puede caerse en un colectivismo donde el individuo se pierde en una masa, se masifica; ni en un individualismo, donde la sociedad es un conjunto de seres aislados.

La sociedad no es un muro compuesto de ladrillos, en este caso los ciudadanos. El mejor símil para explicar la naturaleza de la sociedad es el del organismo donde cada órgano es esencial para la existencia y la funcionalidad del todo; así se comprende la interrelación de los miembros, su importancia y especificidad.

Cuando surge el dilema, si preferir los intereses del individuo o los de la sociedad, debe tenerse claro que el bien común prima sobre el bien individual, siempre que no viole los derechos fundamentales del individuo. No puedo matar a un individuo para lograr un bien común porque estoy violando su autonomía; por esto todos los días se cuestiona más la pena de muerte.

La comunidad puede privar de libertad a alguien por interferir en la vida en sociedad pero no quitarle el derecho a la vida. El estado puede obligar al ciudadano a vacunarse porque hay una utilidad social: pero no puede, por ejemplo obligarlo a esterilizarse alegando una conveniencia social porque en

este caso se estaría violentando el derecho fundamental que tiene todo ser humano a la procreación.

No puede caerse en un individualismo en el que las libertades personales sean absolutas e ilimitadas, ni en un socialismo en el que el individuo no se tiene en cuenta y el bien social no tiene barreras. El derecho individual termina donde empieza el derecho de la sociedad y viceversa, el de la sociedad va hasta donde comienzan los derechos fundamentales de la persona.

Es obligación ética de la sociedad brindar los servicios de salud de la mejor calidad y el mayor número de personas haciendo una optimización de los recursos que se tengan por otro lado los costos de los servicios son más elevados y nada hace prever que en un futuro vayan a distribuir o a frenar su ascenso.

Por lo anterior, la sociedad y el sector político se preocupan por que la inversión que se hace en el sector salud sea optimizada y tenga un verdadero impacto en la sociedad.

La distribución no sólo es hecha por los que dirigen el sector de la salud. La mayoría de las veces se hace a nivel político. Cuando se aprueba el presupuesto de salud, está haciendo la distribución y puede hacerlo o éticamente. Es obligación de los que dirigen la salud en una sociedad, informar a los políticos sobre la importancia de este sector y procurar que la distribución se haga con criterios de justicia y no buscando intereses personales o de otra índole.

La distribución se hace a nivel macro o micro. Esto quiere decir que se da a nivel local de salud.

Los que distribuyen los recursos deben tener conciencia de la responsabilidad ética que esto conlleva. Deben distribuirse de modo que den el mejor servicio posible al mayor número de personas. Es decir, hay que tener en cuenta, no sólo la cantidad del servicio sino la calidad. Tener sólo por ejemplo, el factor de costos para la distribución, puede ser injusto.

Criterios de utilidad social.

Según este criterio, el servicio debe darse al que sea más útil a la sociedad, este criterio busca en el fondo causar más impacto social y optimizar los recursos, sin embargo tiene serias críticas desde la ética. En primer lugar, valora a la persona sólo por una utilidad y no por su autonomía y valor intrínseco absoluto. Las personas tienen dignidad, sólo las cosas tienen precio. Este criterio le asigna a la persona el carácter de objeto útil para otra persona o grupo poniéndola como un simple medio. Es terriblemente injusto, pues sólo mira la utilidad actual sin tener en cuenta el pasado.

Valora la mayor de las veces la sólo la utilidad económica sin tener en cuenta otras clases de utilidad como la sociedad, familiar o afectiva

Criterios de responsabilidad del cuidado de la salud.

Los que defienden este criterio argumentan que en los servicios deben preferirse aquéllas personas que han cuidado de la salud y no las que por negligencia han adquirido trastornos o enfermedades.

Aunque se aceptara que el enfermo es culpable de su trastorno o enfermedad, la sociedad tiene la obligación en justicia de atenderlo.

Criterios de contribución económica al servicio de salud.

Con este criterio se distribuyen los servicios en la mayoría de los sistemas de salud. Se prefiere al que paga más, al que tiene planes complementarios; se estratifica el servicio en razón de la clase económica a la que pertenece el paciente.

Todo sistema de seguridad social sin excepción alguna debe basarse en la solidaridad; cada uno debe contribuir según sus capacidades y recibir de acuerdo a sus necesidades.

Criterio a azar.

El profesional de la salud no tiene ningún criterio válido éticamente para negar el servicio a una persona y que por lo tanto debe distribuirlos o al menos racionalizarlos al azar.

Ética y economía en un sistema de salud.

Los servicios de salud deben hacer mercadeo y por lo tanto requieren muchas veces de la publicidad. Por tratarse de la salud que es un bien tan íntimo de la persona, la publicidad debe estar regulada de las normas no sólo éticas sino de decoro y la pulcritud, pues en ningún momento pueden violentar la dignidad ni la intimidad de la persona humana.

Eficiencia

Es obligación ética del salubrista y gerente de salud, optimizar los recursos para poder atender al mayor número con la mejor calidad posible y al menor costo. Así mismo brindar condiciones de acceso a toda la población a todos los niveles.

Rentabilidad.

Nunca ni por ningún motivo puede éticamente anteponerse la rentabilidad económica al beneficio de la sociedad o del paciente. Si una acción es más rentable económicamente que otra que lo es menos pero que produce más beneficio al usuario, debe preferirse esta.

La rentabilidad en salud debe ser considerada con un sentido social. Los servicios deben brindarse de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población. El mismo servicio no puede cobrarse igual en un sitio que en otro si hay diferencias socioeconómicas en ellas.

Costos.

En una obligación de todos los que trabajan en salud, dar un servicio de calidad, y al mayor número de personas y al menor costo, ya que si este disminuye, los recursos servirán para atender a un mayor número.

Auditoria.

Se trabaja con un método probabilístico y o por ende hacer juicios a posteriori es muy difícil. La relación es de medio y no de resultados, lo que dificulta más la actividad del auditor.

El auditaje en salud no debe tener en cuenta el rendimiento económico y los parámetros administrativos, sino sobre todo el beneficio del paciente.

Mercadeo.

Es la ciencia que estudia a todo ser humano como consumidor de bienes y servicios. Se basa en las necesidades que puede llegar a tener el consumidor y en las oportunidades que brinda el mercado.

El mercadeo también emplea la ubicación como estrategia, es decir, desarrolla su acción principalmente en los grupos que más posibilidades tiene de consumir el servicio que se esta mercadeando.

El mercadeo es necesario en toda empresa de servicios y por ende en el de la salud.

En el mercadeo se pueden explotar grupos de personas débiles y muy manipuladas por las técnicas del marketing, pueden ser cuestionables éticamente tratándose de servicios de salud. El mercadeo con productos nocivos o de efectividad dudosa es inaceptable.

Publicidad.

La publicidad como estrategia de apoyo para una empresa cualquiera es importante y las empresas de salud deben utilizarla e beneficio de la comunidad.

Existe un código de ética con el cuál se debe regir la publicidad en cualquier empresa. La publicidad en el sector de la salud debe estar regulada, no sólo por la ética sino además por el decoro, cuidando de la intimidad de las personas, evitando el sensacionalismo y conservando la elegancia y la beneficencia propias del quehacer de los servicios de salud.(13)

1.3.1 Antecedentes del municipio de Ecatepec de Morelos

Para poder realizar el estudio de comunidad fue indispensable conocer las delimitaciones geográficas comunitarias y la coordinación de salud involucrada, que facilitaron la gestión, comprensión e interacción entre investigadores, autoridades y comunidad.

La obtención de estos datos se realiza mediante la revisión de fuentes primarias y visitas de campo.

Ecatepec es un vocablo de origen náhuatl, compuesto por las palabras EHÉCATL, (viento) y *TÉPETL*, (cerro), la forma original de ésta última palabra se modifica por el sufijo gramatical C que significa “en” o “lugar de”.

De ésta manera Ehecátépetl se traduce etimológica y literalmente como “Donde está el cerro del viento” o “En el cerro del viento”

Glifo



El glifo de Ecatepec, se encuentra en códices prehispánicos. Se describe como la representación de un cerro de color verde seco, con base en amarillo y rojo, cuya cima está coronada por la imagen del dios del viento Ehécatl – Quetzalcóatl, simbolizado por la cabeza de un ave, de rostro rojo, copete en azul agua, y el joyel del viento o collar llamado ehecacozcaltl, con protuberancias en la boca semejando un pico y con un ojo muerto (símbolo de la estrella) fuera de órbita. La mitología

Azteca de la creación, narra que el dos veces dios Ometeotl, tomó el viento divino, Ehécatl para soplar sobre el caos, creando la luz, el movimiento y organizando el universo.

Escudo



Con fecha 29 de marzo de 1983, el H. Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec de Morelos dio a conocer el blasón del municipio. En el mismo se describe a través de símbolos, la toponimia de los pueblos que dieron origen a la comunidad, todo ello con el fin de exaltar los valores culturales e históricos que identifican al municipio. El escudo tiene la leyenda: “autonomía, unión y trabajo”, elementos que son la base del desarrollo de Ecatepec.

Acontecimientos Históricos

□□□	□□□□□□□□ □□□□
1165	Llegaron a Ecatepec los futuros pobladores de Tenochtitlán.
1320	Ecatepec fue integrado al imperio Azteca.
1567	Llegaron a Ecatepec los frailes franciscanos y agustinos con el fin de evangelizar a los pobladores.
1815	El 22 de diciembre, es fusilado el general don José María Morelos y Pavón en la población de San Cristóbal Ecatepec.
1824	El 6 de agosto, el Congreso Constituyente del Estado de México expidió la ley en que se designaba a Ecatepec como distrito Judicial.
1877	El 1° de octubre, la Legislatura del Estado de México decretó que el pueblo de Ecatepec se elevara a la categoría de Villa con el apellido de Morelos.
1974	El 10 de mayo, se inauguró la carretera denominada "Vía Morelos".
1980	A partir de esta fecha se eleva a categoría de ciudad la Villa conocida con el nombre de Ecatepec de Morelos.

Geografía

Localización

Geográficamente se encuentra referido a los paralelos 19° 19´ 24” latitud norte y a los 19° 19´ 49” longitud oeste del meridiano de Greenwich y una altitud de 2,200 a 2,600 msnm.

Sus linderos actuales son los siguientes: al norte, con el municipio de Tecámac; al sur con el municipio de Nezahualcóyotl y el Distrito Federal; al oriente, con los municipios de Acolman y Atenco, y al poniente, con Tlalnepantla y el Distrito Federal.



Extensión

El espacio físico que ocupa este municipio se localiza en el norte del Estado de México y también al norte del valle de México, con una extensión de 155 kilómetros cuadrados y 490 metros.

Orografía

El terreno en que está situado el municipio principalmente es llano, propio para la vegetación secundaria y matorral; pertenece a la parte central de la Cuenca de México y está ubicado sobre la vertiente de la sierra de Guadalupe.

La sierra de Guadalupe es de un perfil accidentado, con alturas muy variables como la de Los Encinos y Coamilpa que, tiene 739 metros y es el centro de la sierra. De ahí se desprenden los principales contrafuertes como el Cerro de Córdoba con 500 metros, El Chiquihuite con 493 y El Acetiado con 467.

Hidrografía

Esta zona del valle de México carece en su totalidad de ríos, a excepción del Gran Canal del Desagüe, que proviene del Distrito Federal, y cruza todo el municipio. Asimismo, en el lado este del municipio se encuentra situado el depósito de evaporación solar “El Caracol”, compuesto por las aguas del Lago de Texcoco, actualmente en desuso.

Clima

Es templado, subhúmedo con lluvias en verano. Se registra una temperatura media anual de 13.8 °C y una máxima de 30 °C; en los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio se tienen cambios muy variables de temperatura, siendo la mínima de 7 °C en invierno.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Observatorio Meteorológico Nacional de Tacubaya por cuanto hace a la precipitación pluvial, el promedio anual es de 584 mm. y en los meses de junio, julio, agosto y septiembre se registra la máxima precipitación.

Principales Ecosistemas

Flora

La flora en el municipio ha sufrido una transformación importante, debido al crecimiento urbano; en las sierras hay: pino, encino, cedro blanco, oyamel y zacatona; en los valles: pastizales, vara dulce, nopal, damiana y ocotillo. Asimismo en la Depresión del Balsas: uña de gato, huisache, cacahuete, sotol, copal y guajes.

Se pueden encontrar también: cedro, pirul, mezohuite, magueyes, encinos, zacate, pastos, eucaliptos, tepozán, cactáceas, nopales, xoconostle, orégano, abrojo, biznaja, verdolaga, siempreviva, hierba del golpe, mazorquilla, flor de indio, berro, cordoncillo, capulincillo, garambullo, tejocote, retana, raíz de víbora, tronadora, trébol, dama, pata de león, etc. La flora cultivada está constituida por hortalizas, maíz, haba, papa, frijol y ornamentales.

Fauna

La fauna puede considerarse también como parte del medio ambiente que se ha transformado, así tenemos las siguientes especies domésticas: gallina, gallo, guajolote, caballo, burro, mula, macho, vaca, perro, cabra y cerdo.

Especies silvestres: puerco espín, gato montés, coyote, techalote, cacomiztle, zorra, zorrillo, rata, ardilla, gavilán, zopilote, gaviota, pirunero, colibrí, tórtola, cuervo, codorniz, tecolote, lechuza, zenzontle, gorrión, tordo, pato, chichicuilete, garza; tuza, ratón de campo, hormiga, mosco de agua, poshi, gusano de agua, acocil, juil, lagartija, alacrán araña, mosco, mosca, chapulín, pinacate, tábano, avispa, jicote, abeja, mariposa, murciélago, mestizo, sapo, rana, ajolote, charal, cucaracha, cochinilla, tijerilla, tlachalote, culebra de agua, coquita, pájaro carpintero, liebre; víbora de cascabel, sinquate alicante, chirrionera, pisocuate, escorpión, camaleón, ciempiés, gusano de maguey blanco y rojo, lombriz, caracol, tlaconete, jicotea; piojo, pulga, tlalaje, tenia, amiba, ascari, garrapata y sanguijuela.

Medios de comunicación

Una infraestructura amplia y funcional cubre la información masiva de radio, televisión y prensa. Estos son medios de circulación nacional, así como algunos que se producen en el municipio, como La voz de Ecatepec, entre otros. Por otro lado, se tiene una amplia red telefónica, oficina de correos, telégrafo y fax.

Vías de Comunicación

Ecatepec tiene excelentes vías de comunicación, por encontrarse ubicado en los límites con la capital del país, pues lo separa únicamente la línea divisoria en Atzacolco. Cuenta con ferrocarril con sus ramales para las industrias, que va de México a Veracruz. La carretera México-Laredo, la carretera federal México-Pachuca, el bulevar Vía Morelos, el bulevar José López Portillo y la Avenida Central, estas vías de comunicación cruzan de norte a sur; de oriente a poniente transitan por la carretera Texcoco-Lechería. Actualmente se cuenta con la red del Metro, que permite comunicar al municipio con la ciudad de México. Con esta red de carreteras de intercomunicación se puede tomar para Querétaro, Oaxaca, Tlaxcala, Puebla, Veracruz, etcétera. El servicio de transporte foráneo de pasajeros y carga es proporcionada por 18 líneas de autobuses que comunican a todo el municipio.

Demografía

Según el **INEGI**, el Municipio de Ecatepec cuenta con una población de un millón 622 mil habitantes, aunque extraoficialmente se habla de tres millones y medio de personas y una densidad de población de 10 mil 436 habitantes por kilómetro cuadrado.

- La población que ha emigrado a Ecatepec, proviene el 64% del Distrito Federal; el 4% de Oaxaca; 4% de Michoacán; 5% de Veracruz; 5% de Puebla y 8% de otras entidades.
- La edad promedio de los ecatepequenses es de 23 años en los hombres y de 24 años en las mujeres.
- La mujer Ecatepequense tiene dos hijos en promedio.
- Según el Censo de Población y Vivienda del año 2000, 957,036 personas son mayores de 18 años.

La población discapacitada es de 23,404 personas; 10,832 lo son por algún problema de tipo motriz.

Socioeconómico

Grupos Étnicos

En el municipio de Ecatepec de Morelos, habitan un total de 19,472 personas que habla alguna lengua indígena, los cuales representan el 1.5% de la población de esta región y pertenecen a los grupos étnicos mazahuas y otomíes

Religión

Del total de los habitantes, el 92% de la población profesa la religión católica, el 4% es evangélico, el 2% son protestantes y el otro 2% no son creyentes.

Educación

El municipio tiene 979 escuelas de todos los niveles; que prestan servicios educativos en educación preescolar, primaria, capacitación para el trabajo, secundaria, secundaria técnica, telesecundaria, educación para los adultos, media técnica, bachillerato, normal preescolar, normal primaria, normal superior, educación complementaria y extraescolar, las cuales son atendidas por un total de 14,784 profesores. La institución de máximo nivel educativo es el Tecnológico de Estudios Superiores de Ecatepec, donde se imparten diversas licenciaturas. Asimismo en el municipio hay 922,408 alfabetas y 40,055 analfabetas, por lo que el analfabetismo en esta entidad es de 4.1% de la población mayor de 15 años.

El 27 de agosto de 1981 fue inaugurada la Casa de Cultura “José María Morelos y Pavón”, que ocupa las instalaciones de la antigua escuela primaria del mismo nombre, donde actualmente se celebra todo género de actos culturales como: teatro, conferencias, mesas redondas, exposiciones, etc. Además que se imparten clases teórico-prácticas sobre labores de costura, danza, música, baile, tejido, corte y confección, entre otras.

Abasto

Ecatepec cuenta con 56 mercados, 60 tianguis, siete concentraciones como centros de abastecimiento, una central de abasto y tiendas de autoservicio. En estos lugares, la población logra adquirir los productos básicos para su consumo.

Deporte

Existen escuelas de karate y box, un gimnasio, un centro deportivo que cuenta con canchas de basquetbol, voleibol y fútbol.

Vivienda

Según el Censo General de Población y Vivienda, en 1990 existían 238,413 viviendas en el municipio, de las cuales 238,311 son particulares, lo que equivale el 99.96% del total. De acuerdo al Conteo de Población y Vivienda 1995, esta entidad contaba con 307,139 viviendas siendo su mayoría particulares ya que únicamente 21 viviendas son colectivas, en las que habitan en promedio 4.7 personas por vivienda. Cabe señalar, que en el año 2000, de acuerdo a los datos preliminares del Censo General de Población y Vivienda, efectuado por el INEGI, hasta entonces, existían en el municipio 364,741 viviendas en las cuales en promedio habitan 4.44 personas en cada una.

Servicios Públicos

Con relación a los servicios públicos y en lo referente al servicio de agua potable, se han efectuado esfuerzos con el objeto de proporcionar el vital líquido a las colonias que carecen de él. Este servicio falta solamente en las colonias de nueva

creación y en aquellos asentamientos clandestinos que existen en la región. Es reducido el número de comunidades que carecen de servicio de alumbrado público, es el caso de las colonias populares que han surgido y de los fraccionamientos irregulares. El servicio de drenaje constituye uno de los problemas que enfrentan las autoridades locales, sin embargo, se encuentra en vías de subsanarse.

Cobertura de Servicios

Agua	93%
Drenaje	94%
Energía eléctrica	99%

Principales Sectores, Productos y Servicios

Agricultura

El municipio cuenta con 10,609 hectáreas de terrenos cultivables, de las cuales 6,018 son de temporal y 4,591 de riego; se produce principalmente alfalfa, maíz, cebada, remolacha y trigo.

Ganadería

Es de menor importancia dentro de las actividades económicas. El último Censo Agrícola registró un total aproximado de 18,954 cabezas de ganado vacuno, lanar, porcino, equino y caprino, y se considera que en el lapso transcurrido esta producción representa por lo menos el 15% del valor de los productos corrientes, los que valen aproximadamente 92 millones de pesos.

Comercio

Se cuenta con una central de abastos, tiendas de autoservicio, mercados, tianguis y concentraciones, así como pequeños comercios tiendas de abarrotes y papelerías.

Industria

Por el número de industrias (más de 1,550), medianas y pequeñas, el municipio ocupa el 4° lugar de los municipios más industrializados del país; se cuenta principalmente con fábricas de hierro, productos químicos, muebles, textiles, hidroeléctrica y otras de diversa actividad en este ramo.

Atractivos culturales y recreativos

Monumentos Históricos

En 1933 se declaran como Monumentos Históricos Nacionales la Casa de Morelos, la Capilla de San Juan, el Parque Histórico en formación, las compuertas y el Puente Colonial, al igual que el dique y los restos del camino México-Veracruz.

Museos

Se encuentra el museo de Xalostoc.

Fiestas, Danzas y Tradiciones

□□ de e□□□□	Día de la Candelaria; visten al niño Dios y lo llevan a misa y por la noche, se hace una cena baile.
□□ de ma□□	Día de la Santa Cruz en el Cerro del Dios del Viento "Ehécatl".
□□ de ma□□	Día de San Isidro Labrador, los campesinos llevan al atrio de la iglesia sus yuntas, las amas de casa sus pájaros en jaulas; al término de la misa, el párroco sale a bendecir los animales.
□□ de □□□□	Fiesta en honor de San Pedro y San Pablo en San Pedro Xalostoc.
□□ de □□□□	Es la fiesta de San Cristóbal. Se instalan en la plaza: caballitos, rueda de la fortuna, sillas voladoras, tiro al blanco y rifas; además hay mole en todas las casas y reuniones de familiares.
□□ de a□□□□□	Fiesta en honor a la Patrona Santa Clara de Asís en Santa Clara Coatitla.
□□ de □□ ep□iem□□e	Fiesta de la Virgen de la Natividad en Santa María Chiconautla.
□□ de □□ ep□iem□□e	Día del natalicio de Morelos, los viejos se acomodan en las ventanas para ver el desfile cívico-militar y los carros alegóricos con motivos alusivos al gran héroe.
□□ de □□□□□□e	Feria del dulce y tradición mexicana
□□ de □□□□iem□□e	Fiesta del Cristo Rey y Santa María, en Santa María Tulpetlac.
□□ de di□□iem□□e	Fiesta en Honor a la Virgen de Guadalupe, en Guadalupe Victoria.
□□ de di□□iem□□e	Fiesta del patrono Santo Tomás en Santo Tomás Chiconautla.

Tradiciones

Una de las tradiciones más arraigadas en las comunidades es la colocación de ofrendas a los muertos en todas las casas los días 1° y 2 de noviembre, la publicación de calaveras, conteniendo versos chuscos, refiriéndose a las personas de la comunidad y a los difuntos. En algunos pueblos aún subsiste la costumbre de llevar a sepultar a los difuntos con música, sobre todo a los niños.

Gastronomía

Los alimentos, dulces y bebidas típicas del municipio son barbacoa y mole; cocadas y jamoncillo de leche, y como bebida el pulque.

Centros Turísticos

Del patrimonio cultural tangible se conservan vestigios de centros ceremoniales aztecas en San Cristóbal Ecatepec y en algunas comunidades como Santo Tomás y Santa María Chiconautla.

En el cerro de Ehécatl, se localiza una cueva con una pintura rupestre que representa al viento en la figura del Caracol del Viento, el monolito equinoccial a través del cual se iba registrando la rotación del sol.

También se encuentra la iglesia construida en el siglo XVI en Santa María Chiconautla, la casa donde fue fusilado Morelos y la capilla donde fueron inhumados los restos del mismo héroe.

En Ecatepec existe un lugar que muestra los restos de una gran obra hidráulica; se trata del antiguo albarradón o dique-calzada de Ecatepec, aparentemente construido alrededor de 1604, fecha en que ocurrió una grave inundación en la ciudad.

La antigua “Casa de virreyes”, actualmente se conoce como “Casa de Morelos”, pues en ese lugar pasó sus últimas horas el generalísimo antes de ser fusilado en 1815 por las tropas del virrey Félix María Calleja.

Gobierno

Principales Localidades

Cabecera municipal: Ecatepec de Morelos se localiza, en las siguientes coordenadas geográficas, 19° 36´ 56” latitud norte; 99° 03´ 44” longitud oeste; a una altura de 2, 251 msnm.

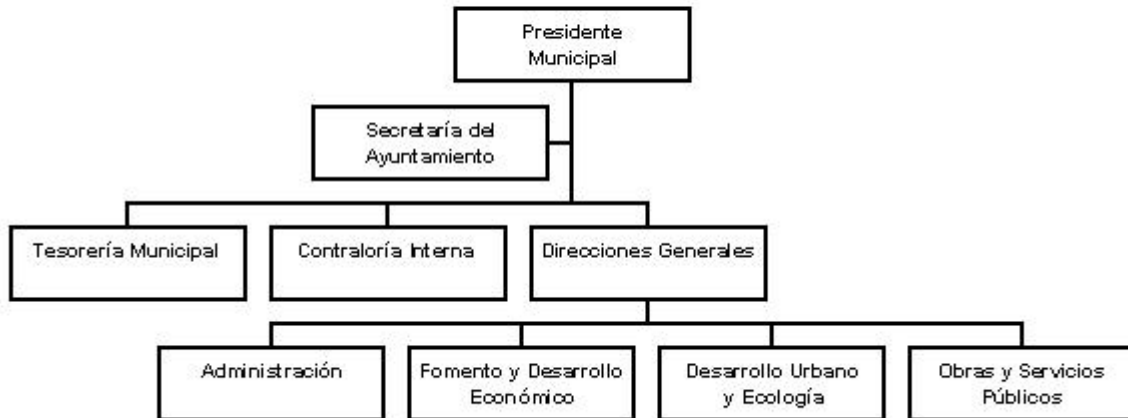
Entre las principales localidades, se encuentran los pueblos de Guadalupe Victoria, San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla, Santa María Chiconautla, Santa María Tulpetlac y Santo Tomás Chiconautla.

Caracterización del Ayuntamiento

- 1 Presidente Municipal.
- 3 Síndicos Procuradores.
- 19 Regidores.

□ □ □ a □ i □ a □ i □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ a de □ a □ dmi □ i □ □ a □ i □ □ □ □ □ □ a □ □ □ □ i □ p a □

Organigrama del H. Ayuntamiento de Ecatepec



Autoridades auxiliares

Cada uno de los poblados cuenta con un delegado municipal y las demás localidades, fraccionamientos, barrios y colonias, con un subdelegado. Estos funcionarios actúan como auxiliares de la policía municipal.

Para su organización territorial interna, el municipio se divide en 337 delegaciones

Servicios de salud

El municipio cuenta con infraestructura en el Sector Salud como son: 39 clínicas del IMSS, ISSSTE, DIF, ISSEMYM, de la Cruz Roja, y 20 particulares, así como consultorios médicos que proporcionan a la población 214,200 consultas médicas promedio al mes.

Por cuanto hace a servicios médicos, sanitarios y asistenciales, se cuenta con las siguientes instituciones:

- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, una unidad.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, una clínica.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, clínica hospital, tres clínicas "B", tres puestos de fábrica.
- Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, centro de salud tipo "A", cuatro unidades; centros de salud tipo "C", tres unidades; unidades asistenciales, ocho unidades.

- Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de La Familia, un comité municipal, cinco subcomités, dos estancias infantiles, un servicio médico.
- Hospital General de zona No. 76 IMSS.
- Hospital General de zona No. 68 IMSS.
- Hospital General Ecatepec "José María Rodríguez" ISEM.
- Clínica del ISSSTE No. 2 en la cabecera del municipio y en Cerro Gordo.
- Hospital del ISSEMYM No. 1 en Tulpetlac.

RUIZ CORTÍNEZ

CENTRO COMUNITARIO MUNICIPAL Ruiz Cortínez depende de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

Domicilio: Norte tres, esquina oriente tres, colonia Ruiz Cortínez, Ecatepec Estado de México. C.P. 55050. Teléfonos: 58-39-19-70 y 58-37-05-96.

Las vías de acceso son por metro Indios Verdes, microbús San Cristóbal bajar en Puente de Fierro o antirrábico municipal y por Av. Central combis con dirección a Puente de Fierro y bajarse en el antirrábico.

El Centro Comunitario tiene asignados 15 AGEBS, la población se considera mixta (urbana y suburbana); con un total de 243197 habitantes de los cuales 134503 si cuenta con alguna seguridad social y 108695 no cuenta con alguna seguridad social. (Fuente: CONAPO estimación 2000-2030. POBLACIONES COMUSAS AGEBS 2000)

Coordinador Municipal Dra. Gabriela Ocegüera Romani

Director Dr. Sergio Carrillo Gómez

Administrador C. David García Muñoz

Jefe de Enfermeras L.E.O. Rosa María Sustaita Espíndola

El problema epidemiológico de la rabia en México

En el año de 1709, se registró la primera epizootia de rabia en los perros callejeros de la ciudad de México y otras ciudades vecinas como Puebla, afectando también al ganado y a los humanos. El perro callejero representaba ya un problema de Salud Pública.

A partir de estas fechas, en México, la convivencia del perro con la población destaca por: su número excesivo y por ser un riesgo potencial en la transmisión de la rabia.

Esto obligó a las autoridades a promulgar disposiciones, buscando limitar su número de perros, sancionar a los propietarios o prevenir la rabia.

La situación actual de la rabia es resultado de las medidas adoptadas en la década de los noventa, periodo en el que se presentaron avances significativos en su control, al haberse aplicado nuevas estrategias, cuyos resultados permitieron hacer proyecciones de lo que se espera lograr al concluir el año 2006.

Durante la última década, 1990-2000, tanto la rabia en humanos como la canina, ha dado un giro en su historia en nuestro país; se registraron las cifras más bajas conocidas a la fecha. De 312 casos de rabia en humanos registrados para este período, 241 (77.3%) fueron transmitidos por perro, y de éstos, 110 (35.3%), por perro cachorro. La siguiente especie transmisora de esta enfermedad en frecuencia, es el quiróptero con 50 casos (16%).

En los casos de rabia en humanos transmitida por perro, se presentó una reducción sostenida de 60 durante 1990 a cero casos para el año 2000. Lo anterior es el resultado de la reorientación de la estrategia de vacunación antirrábica canina, la cual privilegia acciones masivas e intensivas a lo largo de una semana nacional de vacunación específica, instaurada a partir de 1990.

La vacunación antirrábica canina a partir de 1990 se convierte en una actividad masiva, intensiva y gratuita, con la instauración de la “Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina”.

La rabia humana en México, al igual que en América Latina, es un padecimiento que

principalmente se transmite por agresión por perro. De 1970 a 1997 se registraron en el país 1,731 defunciones, de las cuales 1395 fueron por mordedura de perro (80.5%), en este mismo lapso, las muertes reportadas ocasionadas por agresión de quiróptero (vampiro), fueron 126 (7.27%).

La mayoría de los casos se presentaron en el grupo de edad entre los 5- 14 años. En el período comprendido entre 1990 y 2002, los casos de rabia humana tuvieron un decremento del 97 %, los casos de rabia canina confirmada por laboratorio, disminuyeron de 3000 en 1990 a 105 en 2002. Alcanzó los 15.9 millones de mascotas vacunadas.

En 1993 se publica la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención y Control de la Rabia (NOM- 011-SSA-1993) que con algunas modificaciones hechas en 1995, establece con referencia a la vacunación de perros y gatos: La vacunación antirrábica obligatoria de perros y gatos a partir del mes de edad con vacuna inactivada, revacunar a los tres meses de edad, revacunación anual de por vida. (15)

Informe epidemiológico de la rabia en el municipio de Ecatepec

El presente informe relata de manera sintética los casos de mordedura de perro notificado positivos a rabia por el antirrábico, a las autoridades del Centro Comunitario Municipal Ruiz Cortínez durante el año 2004.

Caso No 1: El Árbol

El 1° de febrero caso reportado por el antirrábico de Ecatepec un cachorro entre dos a tres meses de edad es positivo a rabia, la dueña mujer de 16 años, el día 25 ella recibe una mordida en pie izquierdo, sin embargo el 26 el cachorro se muestra más agresivo día en que un vecino también recibe una mordida en mano derecha. Con horas de anterioridad ya había mordido a otras cuatro personas entre 8 y 15 años.

El cachorro es llevado al antirrábico el viernes 28, ese mismo día muere con cuadro sospechoso de rabia y el cerebro es enviado al laboratorio de Tecámac para su diagnóstico. El día 1° de febrero se recibe el reporte por parte del laboratorio de caso positivo a rabia.

Entonces comienzan las acciones de identificación del área, localización de los contactos que fueron mordidos y vacunación de los mismos. También se inicia la captura de perros callejeros desde día 2 de febrero hasta el día 17 de febrero. La vacunación de perros de casa, comenzó el día 4 de febrero hasta el día 11 del mismo mes. También el Centro Antirrábico logro capturar un total de 405 perros.

El día 3 de febrero: Reunión de Trabajo para atender caso de rabia canina que se presentó en la localidad de El Árbol. Ecatepec. Las autoridades correspondientes estuvieron presentes.

Acuerdos a los que se llegaron:

Personal del antirrábico continuará con las redadas de perros en la zona del Árbol, Fovissste, la Joya, El tejocote. Se promoverán las donaciones de mascotas a partir del fin de semana del 5 y 6 de febrero.

Difusión e información a la comunidad, alusiva a la rabia por medio de folletos, mantas en las que se anuncie la campaña de captura, invitar a los dueños de los perros a la donación de los mismos. También se pintaran algunos avisos en las bardas.

El día 27 unos borregos fueron mordidos por el cachorro positivo a rabia, serán sacrificados y se enviarán los cerebros a estudio.

Se solicitará la tipificación del virus rábico con efecto de determinar si corresponde a la zona de Ecatepec. Esto sería al laboratorio de Toluca. Una vez que se tenga la tipificación se decidirá eliminar a los animales en la sierra de Guadalupe con la ayuda de ejército.

Se monitoreará la zona con muestras de animales sospechosos, principalmente con perros callejeros, de acuerdo a dos Km. a la redonda del caso o si hay hembras en celo, todos los que se acerquen a ellas son sospechosos.

Se efectuará la difusión de los cuidados que se deben tener con los animales con rabia o enfermos a grupos claves como son: la policía, escuelas, Consejos de Colaboración etc.

La vacunación canina a partir del 7 de febrero por parte del Centro de Salud en la zona del foco rábico.

Nueva reunión de seguimiento el jueves 10 de febrero en este Centro de Salud a las 10.00 horas o antes si fuera necesaria.

Durante la visita el día 8 de febrero a la secundaria "Tlamacazcalli" cita en Av. Tolstoi S/N Unidad Habitacional Foviste, Los maestros realizaron una investigación, para saber si alguien más había sido agredido por el cachorro. Se presentaron 10 alumnos, sin embargo únicamente uno de ellos, un joven de 15 años, se ajustaba a la agresión canina del caso investigado. Fue necesario dar conocimiento a los padres del joven, al momento en que los padres lo interrogan explica que el día 8 de enero no fue mordido pero si agredido por perra desconocida en el deportivo de La Joya, a pesar de la agresión la perra no lo pudo morder y por lo tanto no le causa lesiones, además comenta que hay muchos perros en el deportivo.

Se determina también por las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria y del Centro de Salud que se propiciará la entrega de mascotas para los días martes 16 y jueves 18 en esta zona, teniendo como su base la camioneta en el estacionamiento de la escuela secundaria Tlamacazcalli".

Entre los días 4 y 11 se han visitado 234 viviendas, perros vacunados 169, viviendas con ausentes 78

Aún cuando el día 10 se visitó a la escuela primaria diurna "Guadalupe Victoria" cita en Tolstoi s/n Unidad Foviste, no se pudo explicar el estado de emergencia que se tiene por este caso en la zona. Esto fue posible hasta el día 16 de febrero y el MVZ René Reyes Silva, Coordinador de Zoonosis de la Jurisdicción Sanitaria y el Dr. Sergio Carrillo Gómez Director del Centro de Salud hablan con 12 maestros, una secretaria, y el director llegando al acuerdo de que notificarán a sus alumnos sobre la problemática rábica del caso, para que a su vez ellos les informen a sus padres, y si hubiera alguna persona lesionada de un mes a la

fecha por algún perro sospechoso o desconocido lo notifiquen de inmediato al Centro de Salud.

10 de febrero se realiza una reunión de trabajo en el Centro de Salud para llegar a acuerdos con respecto al caso, en la que se presentaron las autoridades correspondientes:

Acuerdos:

1.- Se continuará con las redadas de animales en el lugar del foco rábico y sus alrededores por lo menos por todo el mes de febrero.

2.- Ningún animal que haya sido capturado será devuelto a los dueños con base en el reglamento de la Ley Protectora de animales del Estado de México.

3.- Ya se tiene la tipificación del virus rábico circulante en la zona la cual corresponde a la cepa B1-perro, o sea que no es silvestre.

4.- Todo el personal de trabajo en el foco rábico deberá conocer los pormenores del caso, para que haya conciencia en todos de la importancia de lo que se esté haciendo.

5.- La meta es la vacunación total de la población canina de una zona escogida, para evitar que el virus circulante sea introducido en un animal no vacunado. La responsabilidad será de la unidad aplicativa bajo la cual se encuentre el área, así como del personal al que se haya asignado al AGEB, si es que éste no tiene recursos.

6.- Importancia de identificar las viviendas donde ya han sido vacunado los perros, ya sea por medio de pegotes o algunas otras formas.

7.- La nueva reunión de este grupo de trabajo se llevará a cabo el viernes 25 de febrero a las 10 horas, para evaluar las actividades que se hayan realizado hasta el momento.

Caso No 3: Calle de Colorines, lote 18 Col. Progreso de Guadalupe Victoria

Caso reportado a este Centro de Salud el lunes 14 de febrero por el Centro Antirrábico de Ecatepec. Se trata de un cachorro macho de cuatro meses de edad aproximadamente quién fue llevado a observación por la directora del antirrábico de Coacalco, el día 10 de febrero al observarlo sospechoso, además porque no correspondía la zona de influencia, el cachorro muere durante la observación el día 11 de febrero, el cerebro es enviado a Tecámac para su estudio, el reporte es positivo a rabia.

El día 17 de febrero se presenta la señora Podenciana Lázaro López, el día 7 ella fue mordida por el cachorro en la oreja izquierda, inicia vacunación tardía,

también la acompañan sus dos hijos Ulises y Blanca Morales López de 10 y 8 años de edad dueños del perro. Además se notifica que todo el que haya tenido contacto con el cachorro acuda al Centro de Salud para la valoración del caso

Se inicia campaña de captura desde el día 15 hasta el día 18 de febrero por el Centro Antirrábico de Ecatepec.

El día 23 de febrero se inicia vacunación canina en el área con un total de 40 perros vacunados.

Caso No 4: El Carmen.

El día 29 de marzo del 2005 se presenta en el Centro de Salud un joven de 23 años de edad quien fue agredido el día 28 por un perro que se encontraba amarrado en un terreno baldío, en la calle Ejido 10 de la Colonia El Carmen en Ecatepec, al quererlo soltar. Una persona lo pone sobre aviso para que no liberara al animal pues ya había atacado a otras personas sin causa aparente y lo veían muy agresivo y enfermo, además estaban esperando que llegaran del antirrábico para que se lo llevaran.

Ese mismo día 28 el animal fue capturado por el personal del Centro Antirrábico para ser observado y el martes 29 muere desde el punto de vista clínico es un caso de rabia. Aquí fue atendido por médico y se le comenzó a vacunar después de haberle administrado suero heterólogo en cantidad de 1180 unidades.

Se presentan más casos de personas agredidas: mujer de 41 años agredida el 26 de marzo, dos niños de 9 años y 4 años, agredidos el 24 de marzo también. A todos se les administró suero y se inició la vacunación antirrábica humana el 29 del mismo mes.

El estudio del perro efectuado día 30 de marzo, el Centro de Control Canino, llevó a cabo la primera captura de perros en la zona de Ampliación del Carmen, logrando a 54 perros, acción que continuará durante los tres días siguientes.

Se realiza la vacunación canina los días 4, 5 y 6 de abril seleccionando aquellos animales que no hayan sido vacunados en el mes de marzo.

Caso No 5: De rabia canina de Reforma y Virreyes en parque residencial Coacalco.

El día 5 de abril aparece en el patio trasero de la casa un perro adulto de apariencia enfermo, que buscaba alimento, todo indica que cayó de la parte alta del cerro, la parte de atrás de la casa está orientada hacia el cerro. Los dueños de la casa llamaron al antirrábico y lo capturaron, el perro murió en el antirrábico a las pocas horas, por la sospecha de rabia, se envió el cerebro a estudio al laboratorio de SAGAR en Tecámac, el cual reportó como POSITIVO A RABIA el día 6 de abril.

El día 8 de abril se efectúa una visita a la colonia y casa en donde se encontró al perro positivo a rabia hecha por el MVZ José Luís Trejo del Centro Antirrábico y el Dr. Sergio Carrillo Gómez, en la calle de Virreyes No. 206. la cual corresponde Parque Residencial del lado de Coacalco. Ya el antirrábico de Coacalco había hecho la investigación con la familia de la casa lo mismo que la Coordinación Municipal, a la cual le correspondió vacunar su zona, mientras nosotros hicimos lo mismo en los límites de ella.

Se iniciaron las actividades de captura el día 7 y de vacunación el día 8 hasta el día 13 de abril. Como la zona es limítrofe con Coacalco, se vacunó en ambos territorio.

Caso No 7: Los Reyes

El 30 de mayo del 2005 se recibe reporte del Centro Antirrábico de Ecatepec de positividad de rabia de animal callejero, la persona quién dio aviso al antirrábico en de Progreso Manzana 11 Lote 11 de La Joya, el laboratorio de Tecámac reportó el caso y hasta el momento no hay lesionado alguno.

Caso No 9: "Coffe" calle Tepozanes de Tierra Blanca alta del cerro de la Sierra de Guadalupe, Ecatepec de Morelos. Ocurrido el 9 julio del 2005.

El 9 de agosto de 2004, se presenta en el Centro de Salud el dueño del perro un joven de 22 años de edad, quien refiere que uno de sus perros, cruza de Bullterry y Labrador, de dos años de edad, el jueves 4 de agosto presentó una conducta agresiva pues comenzó a atacar a algunas gallinas que pertenecen a la familia, durante el ataque mató a una de ellas. Hasta este momento el perro se había comportado tranquilo, juguetón y nada agresivo.

Como la conducta del perro fue muy extraña, el dueño lo mantuvo atado, para evitar que atacara a más personas. El dueño también recibió una mordida en el dedo índice. La agresividad del perro fue en aumento hasta que fue imposible mantenerlo aislado y el día 6 de agosto decidió sacrificarlo.

El día 7 de agosto el cuerpo inerte del perro fue trasladado al antirrábico de Ecatepec, lo recibieron, el cerebro fue enviado al laboratorio de SAGAR en Tecámac, el día 9 del mes en curso se recibe el resultado positivo a rabia.

El 10 de agosto el Centro antirrábico inicia la captura y eliminación, se logran capturar un total de 36 perros. También se capturaron a los dos perros que atacó "Coffe", por tres días más continuarán con estas acciones.

El día 13 del mes, personal del Centro de Ruiz Cortines inicia vacunación en la zona de Tepozanes, Santa Olaya y Tuxpan.

Caso No 16: Altamirano de Progreso Guadalupe Victoria ocurrido el 23 de Septiembre.

El día 20 de septiembre del año en curso se reporta el caso del laboratorio central de SAGAR en Tecámac como positivo a rabia la muestra de un perro que muere en el antirrábico de Ecatepec el día 17 de septiembre.

Este perro fue capturado el día 13 de septiembre por los familiares de las niñas agredidas, habiendo sido llevado al antirrábico.

PERSONAS AGREDIDAS:

El día 12 de septiembre ataca la pequeña 3 años de edad en dedos de mano izquierda y otra pequeña 2 años 6 meses en mano derecha, la vacunación de ambas inicia el día 15 Septiembre.

El día 13 de septiembre ataca a las dos hermanas una de 10 años de edad en pierna derecha, la otra de ellas de 8 años de edad en mano izquierda y la madre de ambas de 45 años en mano izquierda, el día 20 inicia la vacunación.

Durante las averiguaciones se sabe que el perro llegó a vivir a la calle de Álvaro Obregón hace dos meses, estuvo cerca de varios perros más. Hace dos semanas comenzó a presentar agresividad con los animales, mordiendo a algunos de ellos.

Fue capturado y enviado al antirrábico el día 13 del mismo mes.

Se comenzó a atender el foco rábico el miércoles 21 de septiembre, vacunando en la zona 800 dosis hasta el viernes 23, continuando todo el fin de semana. Se pide al antirrábico la redada de perros sospechosos, como son los que convivían con el caso positivo y otro que ha aparecido por la misma zona en esta semana y que se nota sospechoso, por referencia de las madres de las niñas que se encuentran en tratamiento.

El día 23 por la tarde se localizó a otra niña agredida desde hace dos semanas de la misma manera que las otras personas. Ese mismo día se inicia el esquema de vacunación.

Caso No 17: 2005. "TERRY" 14 de octubre del 2005

Cachorro macho de 4 meses de edad, que fue ingresado al Antirrábico de Ecatepec el día 11 de octubre por sus dueños, desde el día 9 de septiembre se encontraba agresivo y además de presentar cierto estado de tristeza que no era lo habitual, pues antes jugaba y se relacionaba bien con sus dueños. El día 13 muere en el Antirrábico y se envía el cerebro al laboratorio de SAGAR en Tecámac, el día 14 se reporta caso positivo.

El cachorro fue producto de una camada de una hembra callejera, cuando el cachorro tenía mes y medio lo recibieron como regalo de un vecino que acogió a la hembra durante el nacimiento de sus cachorros, un sobrino de ellos también escogió a una hembra de la misma camada y por el momento esta sana.

El día 9 de octubre acudieron con un veterinario para que lo revisara a Terry porque presentaba fascies de dolor cuando apoyaba la pata delantera, no había sido vacunado contra la rabia, y al médico le llamó la atención su agresividad y lo envió al Antirrábico de Ecatepec en donde fue internado el mismo día.

La familia menciona que tenía la precaución de no dejarlo salir a la calle y solo los adultos tenían permitido acercarse al cachorro. Sin embargo, haciendo una mayor investigación se supo que a veces lo sacaban al espacio exterior de la casa en donde se encuentra el estacionamiento y lo amarraban para que no se fuera, así como que de vez en cuando los niños jugaban con el animal en la casa.

Sin embargo, por referencia de una vecina de la familia menciona que entre el 12 y 15 de septiembre, un perro se metió por debajo de la reja arrastrándose, se acercó Terry lo atacó, y la vecina fue quién lo liberó, golpeó al perro agresor con una escoba.

La familia desconocía el incidente, tenían idea de que su perro nunca había tenido contacto con alguno más. En el reporte de la veterinaria, nos comunicó que para hacer la revisión le tuvo que colocar un bozal por la agresividad que ya presentaba el cachorro

Integrantes de la familia que tuvieron contacto con el cachorro, padre y madre de 49 años respectivamente de los seis hijos, aparentemente ninguno de ellos tuvieron contacto, aunque están en duda los dos menores de 8 y 4 años y la hermana de la mamá de 54 años.

El día 18 de octubre se inicia censo canino, además la vacunación. Se visitaron 212 casas en cinco cerradas incluyendo la del caso. Se vacunaron a 13 perros de casa y se encontraron a perros vacunados y familias ausentes. No hubo renuentes. Se dieron dos pláticas en escuelas, una primaria y una secundaria y se han puesto carteles avisando de la vacunación en la unidad habitacional. Esta zona se está encuestando y vacunando con el programa de emergencia de rabia a partir del lunes 17, así que se continuará trabajando en todo el AGEB como se había establecido incluyendo la redada de perros callejeros de los cuales se han capturado 35 en la zona colindante con este AGEB y la colonia Luís Donaldo Colosio.

PROGRAMA EMERGENTE PARA EL CONTROL DE RABIA CANINA EN EL MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, 2005.

Antecedentes:

- El último caso de rabia humana en el Estado de México, se registró en el 2001 (en la Jurisdicción Ecatepec).
- En el país hasta el 20 de Septiembre , han sido notificado, 100 casos de rabia animal, de los cuales 81 se presentaron en el Estado de México.
- 72 casos corresponden a municipios conurbanos del Valle de México (49 se han presentado en la jurisdicción Ecatepec)
- En el periodo enero-agosto de 2005, 5 jurisdicciones registraron casos de rabia animal: Teotihuacán, Cuautitlán, Ecatepec, Zumpango y Tlalnepantla
- La mayoría se ubica en las regiones circundantes de la Sierra de Guadalupe.
- De los 81 casos registrados, 72 corresponden a cánidos y 9 a otras especies: ovinos, equinos y bovinos.

□□ □ **e□□□ad□□ a□e□de □a□□□□**

La priorización de daños y riesgos a la salud es concluyente para realizar una planeación, intervención y evaluación de programas encaminados al mejoramiento de la salud, acorde a las características de la población.

Para realizar dicho programa se utilizaron los métodos de : Índice de Dependencia y Hanlon; el primero para determinar el grupo etéreo de mayor vulnerabilidad y el segundo para priorizar el daño y conocer la factibilidad de solución, ya que de esta manera podremos garantizar el éxito de la intervención a bajo costo con alto impacto.

□□□□□□ **e de ie□□□**

A través de esta metodología se analizará la composición por edad y sexo de la población ya que los indicadores resultado de este método de priorización son cruciales para la planificación de servicios de salud , debido a que estos mismos influyen en los indicadores sanitarios (mortalidad, factores de riesgo e incapacidad), los indicadores demográficos propiamente dichos (tasa de natalidad y fecundidad) y la utilización de servicios de salud .

Para su análisis se ocupó la pirámide poblacional que refleja la estructura por edad y sexo de una población en un momento determinado, siendo ésta un reflejo de la historia de los diferentes conjuntos que la componen.

“Una medida que se puede calcular a partir de la composición por edad es la relación de dependencia. La cual refleja el peso económico de una sociedad en términos de programas sociales, sanitarios, educativos y económicos que hace o hará falta poner en marcha para dar respuesta a las necesidades de los más jóvenes y de los más viejos”. Se calcula de este modo:

$$\frac{\text{□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□ □} + \text{□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□ □}}{\text{□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□ □}} = \frac{\text{□□□□□□□□ □ - □□ □□□□} + \text{□□□□□□□□ □□ □□□□ □□ □□□□}}{\text{□□□□□□□□ □□ □□ □□ □□□□}}$$

$$\frac{\text{□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□ □} + \text{□□ □□ □□□□□□□□ □}}{\text{□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□ □}} = \frac{\text{□□□□□□□□ □□ □□ □□ □□□□ □□ □□□□}}{\text{□□□□□□□□ □□ □□ □□ □□□□}}$$

□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□□
□□ □□□ □□□□□□□□ □

□□□**a i**□□ **de** □□ **a**□□□ □ **m**□□ □ □□□
□□□**a i**□□ **de** □□ **a** □□ **a**□□□

□□□**a i**□□ **de** □ **a** □□ **a**□□□ □ □□□□□□□□
□□□**a i**□□ **de** □□ **a**□□□ □ **m**□□ □ □□□□□□□
□□□**a i**□□ **de** □□ **a** □□ **a**□□□ □ □□□□□□□□

□□ □□□□□□ □ □□□□□□
_____ □ □□□ □ □□□□□ □

□□□□□□□□

□□ □□□□□□
_____ □ □□□ □ □□□□□ □
□□□□□□□□

□□ □□□□□□
_____ □ □□□ □ □□□□
□□□□□□□□

Nº	Descripción	Código	Atendidos	Costo
1	EXAMENES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS	Z02	37443	3610.3
2	FARINGITIS AGUDA	J02	21641	2086.7
3	EXAMEN GENERAL E INVEST DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNÓSTICO	Z00	17736	1710.1
4	CARIES DENTAL	K02	16655	1605.9
5	OTROS EXAMENES ESPECIALES	Z01	11460	1105.0
6	AMIGDALITIS AGUDA	J03	9073	874.8
7	SUPERVISIÓN EMBARAZO NORMAL	Z34	8965	864.4
8	RINOFARINGITIS AGUDA	J00	7020	676.9
9	ATENCION PARA LA ANTICONCEPCIÓN	Z30	4960	478.2
10	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y LOS TEJIDOS PERIAPICALES	K04	4266	411.3
11	OTRAS AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA	N76	3727	359.4
12	MENSTRUACION AUSENTE, ESCASA O RARA	N91	3637	350.7
13	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	N39	3578	345.0
14	TRASTORNOS DE LA ACOMODACIÓN Y REFRACCIÓN	H52	2917	281.3
15	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09	2868	276.5
16	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	K52	2799	269.9
17	EXAMEN DE PESQUIZA ESPECIAL PARA TUMORES	Z12	2213	213.4
18	GASTRITIS Y DUODENITIS	K29	2061	198.7
19	CISTITIS	N30	1970	189.9
20	PARASITOSIS INTESTINALES SIN OTRS ESPECIFICACION	B82	1717	165.6
TODAS LAS DEMAS CAUSAS			56787	5475.5
TOTAL			223493	21549.5

Este informe de gestión de la Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital General de Puno, se elaboró en el mes de agosto del 2014, con el fin de dar a conocer el nivel de atención brindada a la población usuaria de los servicios de salud.

Indicador de prevalencia de enfermedades
 de mortalidad

Tabla de contenidos

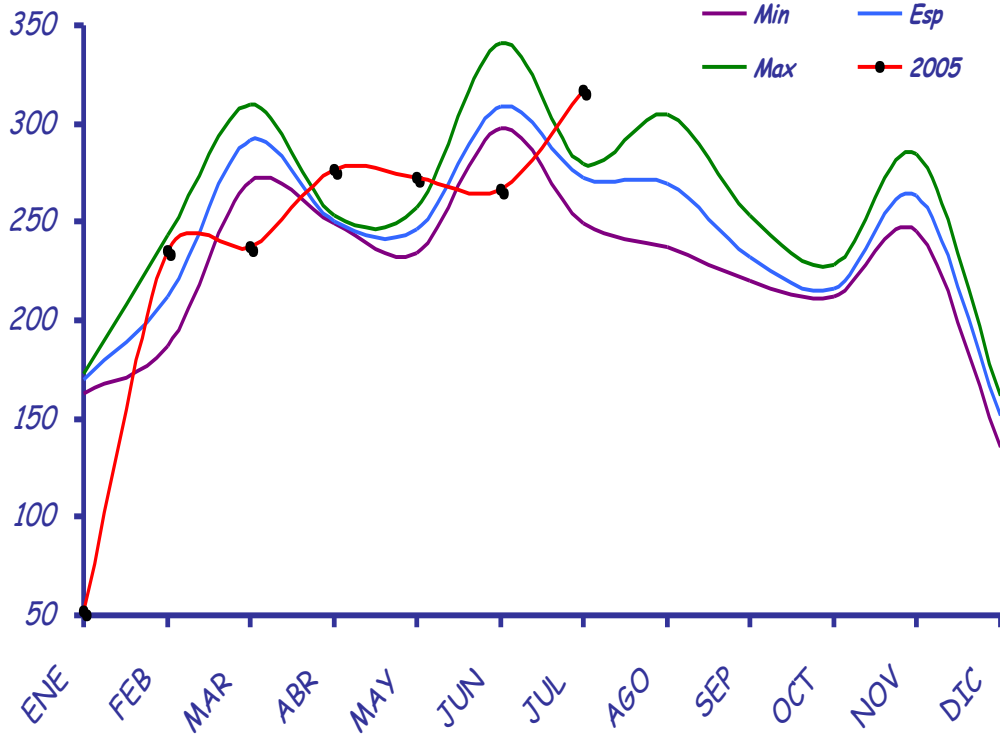
Nº	Clave CIE 10	Enfermedad	Casos	%
1	I119	Hipertensión Arterial	790	40.3
2	E119	Diabetes Mellitus	763	38.9
3	I219	Infarto Agudo del Miocardio	365	18.6
4	J189	Neumonía, No Especificada	165	8.4
5	K729	Insuficiencia Hepática	162	8.3
6	J960	Insuficiencia Respiratoria Aguda	158	8.1
7	A419	Septicemia	148	7.5
8	K703	Cirrosis Hepática Alcohólica	129	6.6
9	J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	106	5.4
10	J180	Bronconeumonía No Especificada	96	4.9
11	K746	Otras Cirrosis del Hígado y las no especificadas	95	4.8
12	V099	Peatón Lesionado en Accidente de Transporte	90	4.6
13	P233	Neumonía Congénita Debida a Estreptococo del Grupo B	77	3.9
14	C349	Tumor Maligno de Bronquios ó Pulmón	77	3.9
15	C169	Tumor Maligno del Estómago	63	3.2
16	J181	Neumonía Lobar, No Especificada	60	3.1
17	P369	Sepsis bacteriana del Recién Nacido	60	3.1
18	I509	Insuficiencia Cardíaca No Especificada	59	3.0
19	P239	Neumonía Congénita, organismo no especificado	57	2.9
20	J984	Otros Trastornos del Pulmon	55	2.8
Todas las Demás Causas			2010	102.5
Total			5585	284.8

Indicador de prevalencia de enfermedades

de mortalidad

El área de la

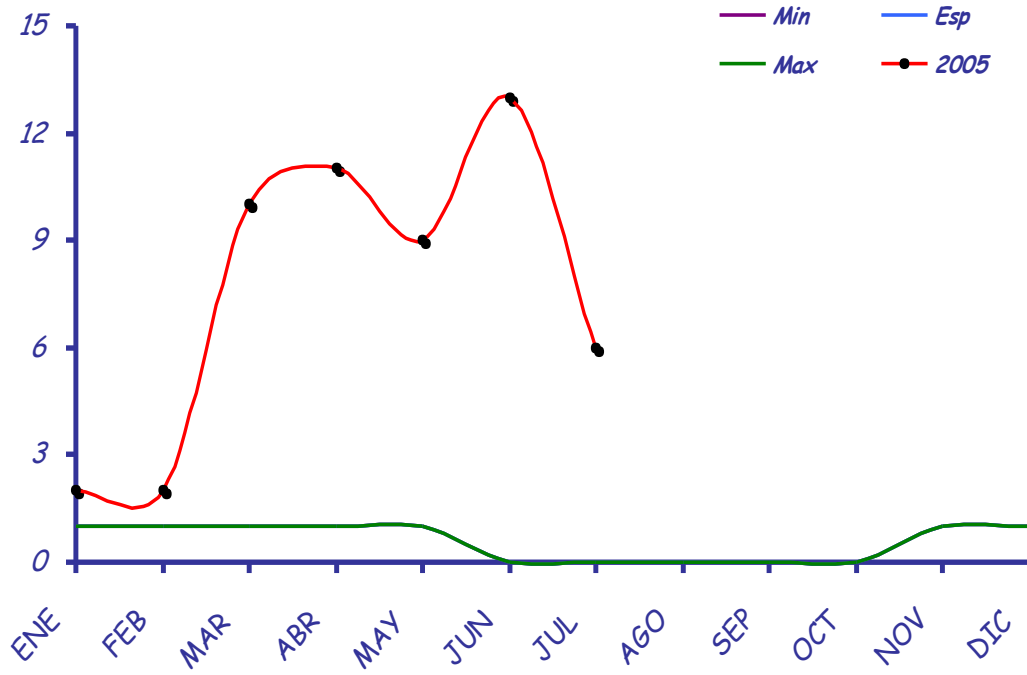
el área de la



El área de la

El área de la

Temperatura máxima
 Temperatura mínima



Temperatura máxima

Temperatura mínima

GRUPOS DE EDAD	SIN SEGURIDAD SOCIAL			CON SEGURIDAD SOCIAL			TOTAL POR SEXO		TOTAL DE LA UNIDAD
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	POBLACION
<1	8,848	8,468	17,316	9,902	9,477	19,379	18,750	17,945	36,695
1	7,934	7,695	15,629	8,880	8,612	17,492	16,814	16,307	33,121
2	8,794	8,528	8,537	9,841	9,545	19,386	18,635	18,073	36,708
3	9,303	9,022	18,325	10,411	10,098	20,509	19,714	19,120	38,834
4	9,271	8,992	18,263	10,376	10,063	20,439	19,647	19,055	38,702
1 a 4	35,703	33,836	69,539	39,957	37,869	77,826	75,660	71,705	147,365
5 a 9	47,724	45,645	93,369	53,411	51,085	104,496	101,135	96,730	197,865
10 a 14	45,939	43,872	89,811	51,414	49,101	100,515	97,353	92,973	190,326
15 a 19	56,981	53,250	110,231	63,772	59,597	123,369	120,753	112,847	233,600
20 a 24	53,348	52,049	105,397	59,706	58,251	117,957	113,054	110,300	223,354
25 a 29	48,401	50,546	98,947	54,169	56,570	110,739	102,570	107,116	209,686
30 a 34	42,771	44,657	87,428	47,869	49,979	97,848	90,640	94,636	185,276
35 a 39	38,517	40,822	79,339	43,108	45,687	88,795	81,625	86,509	168,134
40 a 44	33,875	33,632	67,507	37,913	37,641	75,554	71,788	71,273	143,061
45 a 49	25,147	24,697	49,844	28,143	27,640	55,783	53,290	52,377	105,667
50 a 54	19,886	19,515	39,401	22,256	21,840	44,096	42,142	41,355	83,497
55 a 59	13,912	13,140	27,052	15,570	14,706	30,276	29,482	27,846	57,328
60 a 64	10,591	11,012	21,603	11,853	12,325	24,178	22,444	23,337	45,781
65 a 69	6,147	7,382	13,529	6,879	8,261	15,140	13,026	15,643	28,669
70 a 74	4,189	4,951	9,140	4,689	5,540	10,229	8,878	10,491	19,369
75 a 79	2,531	3,495	6,026	2,833	3,911	6,744	5,364	7,406	12,770
80 a 84	1,013	1,658	2,671	1,133	1,856	2,989	2,146	3,514	5,660
85 a >	1,250	1,949	3,199	1,399	2,181	3,580	2,649	4,130	6,779
TOTAL	523,290	528,813	1,052,103	595,484	591,835	1,187,319	1,127,559	1,120,688	2,248,247

RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE MORBILIDAD A TRAVÉS DE HANLON 2005-2006

PADECIMIENTO	EQUIPOS				TOTAL	VALOR	PRIORIDAD
	1	2	3	4			
<i>I.R.A.</i>	79.8	15	105	35.4	235.2	58.8	3
<i>I.V.U.</i>	25.7	75	72	46	218.7	54.67	6
<i>Infeción Intestinal por otros org.</i>	42	61	67.5	45.6	216.1	54	7
<i>Úlcera, gastritis y duodenitis</i>	17.7	49	51	34.3	152	38	9
<i>H.A.S.</i>	41.7	54	85.5	50.18	231.38	57.84	4
<i>D.M.</i>	52.3	58	90	45.12	245.42	61.3	2
<i>Varicela</i>	21.2	34	5.5	32.43	93.13	23.28	10
<i>Candidiasis Urovaginal</i>	15.8	45	54	46.93	161.73	40.43	8
<i>Mordedura de perro</i>	126	80	150	98.75	454.75	113.78	1
<i>Gingivitis y enf. Periodontal</i>	38.6	40	57	94.43	230.03	57.5	5

28 de Octubre de 2005

EVALUACIÓN

- El problema priorizado por el equipo multidisciplinario que participó en este taller fue mordedura de perro.
- De acuerdo a la metodología del índice de dependencia la población más vulnerable es la que se encuentra en la etapa reproductiva que comprende las edades de 18 a 45 años.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta la pirámide poblacional podemos encontrar que la mayor parte de la población se encuentra ubicada en el grupo etareo de 18 a 45 años, siendo esta la que requiere intervenciones oportunas de acuerdo a sus características.

La mordedura de perro que fue el daño priorizado, es un problema de Salud Pública que por su magnitud requiere ser intervenido a tiempo para evitar complicaciones como podría ser la rabia.

La realización de este taller permite la sensibilización del grupo multidisciplinario de salud para dirigir sus esfuerzos a los problemas de mayor importancia que aquejan a la sociedad, siendo de esta manera coherentes y estableciendo intervenciones oportunas que se verán reflejadas en el beneficio de la salud de los habitantes.

Sin embargo consideramos que existen alertas epidemiológicas que por si mismas no requieren de justificación para su intervención, por lo que no es necesario aplicar el método de priorización de daños y riesgos a la salud para encaminar las acciones correspondientes.

El estado de la familia

Objetivos

Conocer la estructura de una población ayuda a explicar la relación con el nivel de salud, estos son necesarios para la planificación de los servicios de salud y conocer las tendencias demográficas, necesidades de cuidados de salud y conocer los costos para enfrentar los problemas de salud.

A continuación se listarán las variables que se estudiaron en la comunidad: distribución por edad y sexo: pirámide poblacional, lugar de origen, tiempo de residencia, estado civil.

Metodología

Se realizó una encuesta de tipo cuantitativa, con el fin de conocer la estructura de la población y su relación con el nivel de salud. La muestra fue representativa y se aplicó un cuestionario estructurado. Los datos se analizaron mediante el uso de estadística descriptiva.

EDAD	SEXO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
< 5 años.	293	11.95	275	11.14	568	11.55
5 a 9	296	12.04	302	12.23	598	12.14
10 a 14	311	12.63	276	11.18	587	11.91
15 a 19	255	10.36	280	11.34	535	10.88
20 a 24	197	8.01	208	8.42	405	8.24
25 a 29	190	7.73	216	8.75	406	8.24
30 a 34	201	8.17	264	10.69	465	9.44
35 a 39	215	8.75	211	8.54	426	8.64
40 a 44	186	7.57	150	6.07	336	6.82
45 a 49	125	5.08	104	4.21	229	4.65
50 a 54	68	2.76	80	3.24	148	3.00
55 a 59	46	1.87	39	1.58	85	1.72
60 a 64	33	1.43	27	1.09	60	1.21
65 a 69	18	0.73	16	0.64	34	0.69
70 a 74	13	0.52	11	0.44	24	0.49
> 75 años	10	0.40	9	0.36	19	0.38
TOTAL	2457	100.00	2468	100.00	4925	100.00

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Descripción: Predomina el sexo femenino en la población con el 50.10%, La mayoría es joven oscilando entre los 10 a 49 años, encontramos también una gran proporción de niños menores de 10 años con un 23.69 %

ESTADO CIVIL

Este gráfico muestra el estado civil de los habitantes de la zona de estudio. El estado civil más prevalente es el casado, con un 33.01% de la población. Los solteros representan el 26%, los divorciados el 0.8%, los que viven en unión libre el 11%, los viudos el 1.52%, los separados el 0.04%, los que no aplica el 27%, las madres solteras el 0.59% y los padres solteros el 0.04%.

ESTADO CIVIL	Nº	%
CASADO (A)	1627	33.01
SOLTERO (A)	1258	26
DIVORCIADA (A)	39	0.8
UNION LIBRE	550	11
VIUDO (A)	75	1.52
SEPARADO (A)	2	0.04
NO APLICA	1343	27
MADRE SOLTERA	29	0.59
PADRE SOLTERO	2	0.04
TOTAL	4925	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: En el 33.32% se encuentran los habitantes unidos en matrimonio, mientras que los que viven en unión libre son el 11.26% y los divorciados 0.80%. 24.90% son solteros(as), el 1.54% son viudos (as), y de gran importancia social son las madres solteras con 0.59%, padres solteros con 0.04%.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION

La siguiente tabla muestra la estructura de la población por actividad económica y ocupación. Los datos corresponden a la encuesta de noviembre de 2005. Se puede observar que la población estudiantil es la más numerosa, seguida por la actividad del hogar. Los obreros y empleados representan una proporción menor de la población total.

Actividad Económica	Número de personas	Porcentaje
EMPLEADO	674	13.6
HOGAR	1034	21
NO APLICA	587	12
OBRERO	396	8
PROFESIONISTA	26	0.5
TECNICO	32	0.6
OFICIO	196	3.9
ESTUDIANTE	1642	33.3
DESEMPLEADO	55	1.1
COMERCIANTE	229	5
PENSIONADO	54	1
TOTAL	12300	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: Sobresale la población estudiantil con 33.3%, la actividad del hogar con 21. %, empleados 13.6% y obreros 8. %. La frecuencia de profesionistas es la más baja, en relación con el resto de las ocupaciones representa el 0.5%.

ANEXOS

El nivel socioeconómico es condicionante del estado de salud de las personas y uno de los factores que reflejan el ingreso económico de las familias es la ocupación laboral. Por otra parte el nivel económico repercute en la accesibilidad para los servicios de salud, mientras que el desempleo contribuye a la falta de atención medica. Indudablemente la mejora del nivel socioeconómico genera una menor morbi-mortalidad.

ANEXO 1

Este anexo muestra el aporte económico de las personas al núcleo familiar, clasificado por el nivel socioeconómico. Se puede observar que el 49.12% de las personas aportan semanalmente al núcleo familiar entre \$550 a \$1000, el 26.93% aportan menos de \$500, mientras que el 13.46% no tiene ingreso para aportar, el menor porcentaje corresponden a los que aportan mas de \$1001.

Nivel Socioeconómico	Número de personas	Porcentaje
NO TIENE	236	13.46
< 500	472	26.93
550 a 1000	861	49.12
1001 a MAS	184	10.50
TOTAL	1753	100.00

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: El 49.12% aportan semanalmente al núcleo familiar entre \$550 a \$1000, 26.93% aportan menos de \$500, mientras que el 13.46% no tiene ingreso para aportar, el menor porcentaje corresponden a los que aportan mas de \$1001.

ESTRUCTURA DE INGRESOS

Este cuadro muestra la estructura de ingresos de la población, expresada en términos de salarios mínimos semanales. Se observa que la mayoría de la población (31.15%) recibe entre 1 y 10 salarios mínimos semanales, lo que equivale a un ingreso promedio de 31.15 salarios mínimos semanales. El porcentaje de la población que no recibe ningún ingreso semanal es del 2.25%.

Categoría de Ingresos	Número de personas	Porcentaje
SIN INGRESO	34	2.25
1 A 10 SALARIOS	471	31.15
11 A 20 SALARIOS	776	51.32
21 A 30 SALARIOS	159	10.52
31 A 40 SALARIOS	40	2.65
41 A 50 SALARIOS	18	1.19
51 A 60 SALARIOS	3	0.20
61 A 70 SALARIOS	7	0.46
71 A 80 SALARIOS	1	0.07
81 A 90 SALARIOS	1	0.07
91 A 100 SALARIOS	0	0
101 O MÁS SALARIOS	2	0.13
Total	1503	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

ESTRUCTURA DE INGRESOS

Este cuadro muestra la estructura de ingresos de la población, expresada en términos de salarios mínimos semanales.

Fuente: Cuadro No. 5

Descripción: Se observa que un 51.32% de la población aporta entre 11 a 20 salarios mínimos semanalmente continuando un 31.15% de uno a diez salarios y en un 10.52% de 21 a 30 salarios. Sin embargo encontramos que es de 2.25 % la población que no aporta ningún ingreso semanal a la familia comparado con aquellos que aportan más de 51 a 101 salarios teniendo un porcentaje de 0.80

ESTRUCTURA DE INGRESOS

La educación es una variable importante dentro de la población ya que está determina el grado de compromiso que tendrá la comunidad para su salud , el conocimiento de la tasa de analfabetismo y el nivel de instrucción de la población, logrando de esta manera un enfoque de los Programas de Salud de acuerdo a su nivel educativo. A continuación se presentan el cuadro de las variables que se estudiaron en la población.

ANALFABETISMO

El presente informe muestra los resultados de la encuesta sobre el nivel de escolaridad de la población en el municipio de San Juan de los Rios, departamento de Cauca, para el mes de noviembre del 2005. Los datos se refieren a la población de 5 años y más.

Nivel de escolaridad	Número de personas	Porcentaje
ANALFABETA	132	2.68
SABE LEER Y ESCRIBIR	17	0.35
PREESCOLAR	136	2.76
PRIMARIA INCOMPLETA	997	20.24
PRIMARIA COMPLETA	820	16.65
SECUNDARIA INCOMPLETA	567	11.51
SECUNDARIA COMPLETA	931	18.9
EDUC.MEDIA SUP. INCOMPLETA	293	5.95
EDUC.MEDIA SUP.COMPLETA	320	6.5
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	55	1.12
UNIVERSIDAD COMPLETA	76	1.54
POSGRADO INCOMPLETO	1	0.02
POSGRADO COMPLETO	3	0.06
NO APLICA	577	11.72
Total	5000	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: La escolaridad de la población va desde la primaria incompleta con un 20.24%, hasta secundaria completa con un 18.90%, seguida de la primaria completa con un 16.65% y secundaria incompleta con 11.51%. El analfabetismo con porcentaje de 2.68% duplica a los grados de universidad incompleta con 1.12% y el posgrado incompleto con 0.02%. El rubro de no aplica refiere a aquellos menores de 5 años.

RELIGIÓN

El presente gráfico muestra la preferencia por la religión católica con un 86%; seguida en un menor porcentaje por la religión cristiana con un 6.2% y en menores porcentajes las demás religiones con un 2%, siendo un 3.1% la población que no profesa ninguna religión.

Religión	Cantidad	Porcentaje
CATÓLICO	4197	86
CRISTIANO	310	6.2
TESTIGO DE JEHOVÁ	122	2
MORMÓN	20	0.4
EVANGELISTA	18	0.3
NINGUNO	155	3.1
OTRO	33	0.6
NO APLICA	70	1.4
TOTAL	4925	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: Se observa una preferencia por la religión católica con un 86%; seguida en un menor porcentaje por la religión cristiana con un 6.2% y en menores porcentajes las demás religiones con un 2%, siendo un 3.1% la población que no profesa ninguna religión.

LA SALUD

La salud puede valorarse desde distintas perspectivas. La salud es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona; consiste por tanto, en la capacidad física para realizar con la mínima molestia, y si fuese posible con gozo, los proyectos vitales del sujeto en cuestión.

La salud debe definirse, según Latín, de forma objetiva desde puntos de vista morfológicos, etiológicos, funcionales, utilitarios y conductuales. Desde el punto de vista morfológico sana es la persona en la que no se puede descubrir alteración de sus estructura anatómica, macro o microscópica que pueda considerarse morbosa. Desde el punto de vista etiológica consiste en la inexistencia de taras genéticas o de agentes patógenos de cualquier tipo en el organismo. Desde el funcional, la salud es el mantenimiento, dentro de los límites establecidos de normalidad, de las constantes vitales y de las actividades orgánicas. Desde un punto de vista utilitario, consiste en el satisfactorio cumplimiento de las actividades sociales. Por último desde el punto de vista conductual es un comportamiento acorde con las pautas que la sociedad considera como normales, y en definitiva, es la integración social del individuo. Si a todo ello se suma la sensación subjetiva de salud entonces nos encontramos ante una persona sana.

Por tal motivo se presentan a continuación algunas variables que reflejan el estado de la salud de la población en general y algunos grupos específicos.

Indicadores de salud

Este cuadro muestra los indicadores de salud de la población en general y de algunos grupos específicos. Los datos corresponden al período de noviembre de 2005. Los indicadores se expresan en porcentaje de la población total o del grupo específico.

Indicador	Varones	Mujeres
Personas con problemas de salud	12,5	13,2
Personas con problemas de salud graves	5,8	6,1
Personas con problemas de salud moderados	6,7	7,1
Personas con problemas de salud leves	6,7	7,1
Personas con problemas de salud muy leves	6,7	7,1
Personas con problemas de salud no reportados	6,7	7,1

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

El equipo de la mayoría de la familia se encuentra en la edad adulta y el nivel de educación es bajo.

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

El presente informe muestra los resultados de la encuesta de calidad de vida en el municipio de San Juan de los Rios, en el departamento de Cauca, para el mes de noviembre de 2005. Los datos fueron recolectados por el equipo de trabajo de la Oficina de Planeación y Desarrollo Municipal, en el marco del proyecto de mejoramiento de la calidad de vida en el municipio de San Juan de los Rios, financiado por el Gobierno Nacional y el Gobierno del Departamento de Cauca.

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA						
DESCRIPCIÓN	MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DA ALGÚN TRATAMIENTO AL AGUA	646	52.6	584	47.4	1230	100
DESINFECTA FRUTAS Y VERDURAS	1130	91.9	100	8.1	1230	100
SE LAVAN LAS MANOS ANTES DE COMER	1217	98.9	13	1.1	1230	100
SE LAVAN LAS MANOS DESPUÉS DE IR AL BAÑO	1216	98.8	14	1.1	1230	100
SE LAVAN LOS DIENTES	1176	95.6	54	4.4	1230	100
SE BAÑAN DIARIO	1033	84	197	16	1230	100
SE CAMBIAN DE ROPA DIARIO	1122	91.1	108	8.9	1230	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: El 47.4% de los habitantes no da tratamiento alguno al agua para, el 8.1% no desinfecta frutas y verduras, el 1.1% no se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, el 4.4% no se lava los dientes, el 16% no se baña a diario y el 8.9% no se cambia de ropa diario.

¿CÓMO CAMBIA LA ROPA DE CAMA?

Se preguntó a las personas encuestadas con qué frecuencia cambian la ropa de cama. El 42% de las personas encuestadas cambian la ropa de cama 2 a 3 veces a la semana, el 45.7% una vez a la semana, el 5.9% una vez a la quincena, el 1.4% una vez al mes y el 5% no sabe.

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
2 A 3 VECES A LA SEMANA	524	42
1 VEZ A LA SEMANA	563	45.7
1 VEZ A LA QUINCENA	73	5.9
1 VEZ AL MES	18	1.4
SE IGNORAN	52	5
Total	1230	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: de 1230 personas encuestadas, 42% cambia la ropa de cama 2 a 3 veces a la semana, 45.7% cambia 1 vez a la semana, 5.9% lo hace 1 vez a la quincena, 1.4% lo hace 1 vez al mes y se ignora en un 5%.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Este gráfico muestra el número de habitantes que tienen acceso a servicios de salud y el porcentaje de habitantes que tienen acceso a servicios de salud, según el tipo de seguro de salud que tienen.

Tipo de seguro de salud	Número de habitantes	Porcentaje
IMSS	1389	28
ISSSTE	208	4
ISEMYM	79	1.6
SEDENA	3	1
PARTICULAR	105	2
OTROS	84	1.7
NINGUNO	2917	59
SEGURO POPULAR	140	2.8
Total	5305	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: El 59.01% de los habitantes no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud. De los habitantes con seguridad social, el primer lugar corresponde a los derechohabientes al IMSS que atiende al 28.35%, seguido del ISSSTE que atiende al 4.25%. Los habitantes que se han inscrito al seguro popular son el 2.86% y los que acuden a solicitar servicio particular son el 2.14%. En el restante que son minoría se encuentran otros servicios con el 1.71%, posteriormente el ISEMYM en 1.61% y por último SEDENA con 0.06%.

□□□□□□ □□□□□□

□□□□□□□□ □□ □□□□ □□□□□□□□□□□□

□□□□□□	□□□	□
□□ a □□	□□□□	□□□□□
□□□□□ □□□□□□	□□□□	□□□□□
□□□□□	□□□□	□□□□□□

□□e□e□e□□e□a □□iem□e de□□□□

Descripción: el total de mujeres encuestadas fue de 2468, de las cuales 1298 (52.29 %) se encuentran en edad fértil es decir entre 13 a 49 años .

CONDOMINIO FAMILIAR

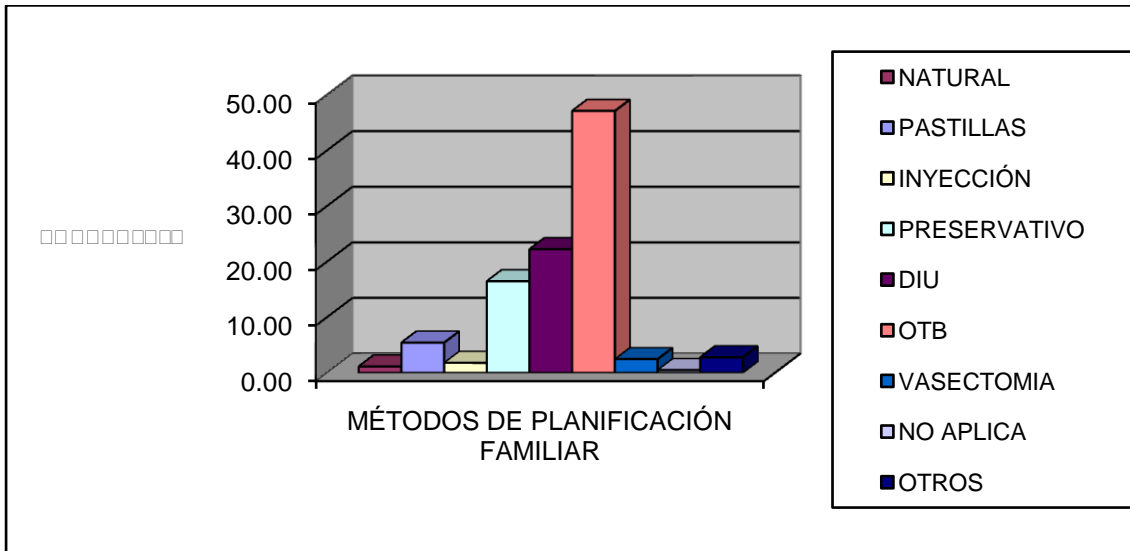
El condominio familiar es un método de planificación familiar que consiste en la abstinencia sexual o en la lactancia materna exclusiva durante el periodo de lactancia. Este método es considerado uno de los más naturales y efectivos para evitar el embarazo, ya que evita la ovulación y la liberación de óvulos.

Método	Número de personas	Porcentaje
NATURAL	7	1.15
PASTILLAS	33	5.44
INYECCIÓN	11	1.81
PRESERVATIVO	100	16.47
DIU	135	22.24
OTB	286	47.1
VASECTOMIA	15	2.47
NO APLICA	3	0.49
OTROS	17	2.80
Total	607	100.00

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

CONDOMINIO FAMILIAR

El condominio familiar es un método de planificación familiar que consiste en la abstinencia sexual o en la lactancia materna exclusiva durante el periodo de lactancia.



Fuente Cuadro No. 9

Descripción: El método de planificación familiar más utilizado dentro de la población es la oclusión tubaria bilateral (OTB) con un 47.1%, seguida por el dispositivo intra uterino (DIU) con 22.24% y el preservativo con 16.47%, teniendo menos preferencia la vasectomía con 2.47%, inyecciones con 1.81% y los métodos naturales con 1.15%. el rubro de otros con un 2.80% refiere entre otras cosas a la lactancia materna como método de planificación familiar.

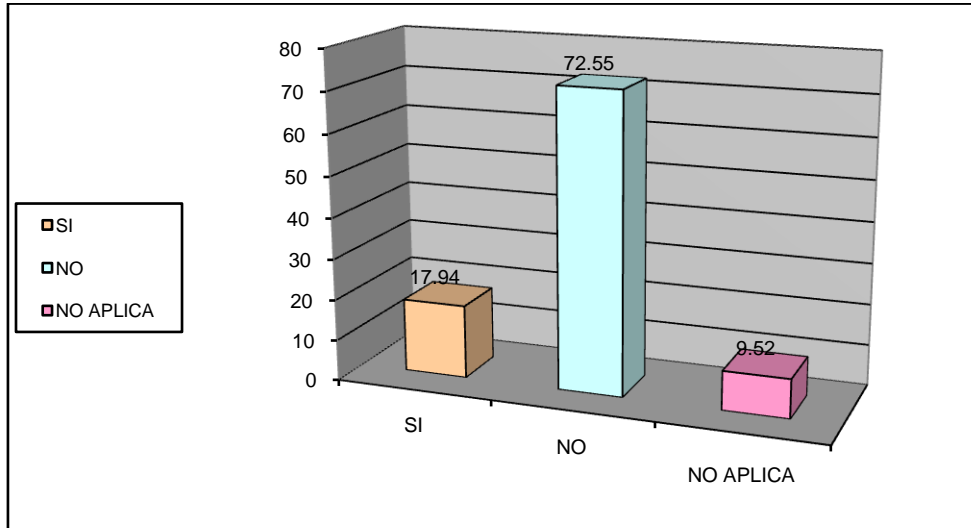
ESTADÍSTICAS BÁSICAS

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en el mes de noviembre del 2005, en la que se indagó sobre el uso de métodos de planificación familiar en la población de 15 años y más. Los datos se expresan en porcentajes y se refieren a la muestra total de la encuesta.

Respuesta	Número de personas	Porcentaje
SI	607	17.94
NO	2455	72.55
NO APLICA	322	9.52
TOTAL	3384	100.00

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

ESTADÍSTICAS BÁSICAS



Fuente: Cuadro No. 10

Descripción: Se observa una falta de interés por parte de la población en la utilización de algún método de planificación familiar en comparación con aquellos que si la utilizan. El rubro no aplica se refiere a todos aquellos menores de 12 años y mayores de 45

ANEXO 1

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada a 30 mujeres embarazadas de las cuales 26 llevan control prenatal con un 87%, 3 de ellas no llevan control prenatal y una se desconoce con un porcentaje del 10 y 3 %. De estas mismas mujeres 15 tienen esquema completo de vacuna Td. Con un porcentaje de 50 %, 11 no se aplicaron este biológico con un 37% y 4 se desconoce si se ha aplicado alcanzando un 13%. En cuanto a las puérperas encontramos que de 4, 1 tuvo atención durante este periodo y tres no alcanzando un porcentaje de 75% y 25 % respectivamente.

CATEGORÍA	DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS							
	SI		NO		SE DESCONOCE		OTRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CONTROL PRENATAL	26	87	3	10	1	3	0	0
ESQUEMA COMPLETO Td.	15	50	11	37	4	13	0	0
ATENCIÓN PUERPERIO	1	25	3	75	0	0	0	0

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Descripción: En las encuestas realizadas encontró a 30 mujeres embarazadas de las cuales 26 llevan control prenatal con un 87%, 3 de ellas no llevan control prenatal y una se desconoce con un porcentaje del 10 y 3 %. De estas mismas mujeres 15 tienen esquema completo de vacuna Td. Con un porcentaje de 50 %, 11 no se aplicaron este biológico con un 37% y 4 se desconoce si se ha aplicado alcanzando un 13%. En cuanto a las puérperas encontramos que de 4, 1 tuvo atención durante este periodo y tres no alcanzando un porcentaje de 75% y 25 % respectivamente.

El presente informe muestra los resultados de la encuesta de causas de muerte en el municipio de San Juan de los Rios, durante el mes de noviembre del 2005. Se muestra el número de defunciones y el porcentaje de cada una de ellas, así como el orden de importancia de las causas de muerte.

Causa de Muerte	Número de Defunciones	Porcentaje
CARDIOPATÍAS	16	19.75
DIABETES	12	14.81
CÁNCER	10	12.35
MUERTE NATURAL	8	9.88
ACCIDENTES	7	8.64
CIRROSIS HEPÁTICA	5	6.17
ASESINATO	4	4.94
E.V.C.	3	3.70
ABORTO	2	2.48*
ALCOHOLISMO	2	2.48*
DEPRESIÓN	2	2.48*
I.R.A.	2	2.48*
BRONCOASPIRACION	1	1.23
DESNUTRICION	1	1.23
SX. DOUCHEN	1	1.23
HIPOTERMIA	1	1.23
HIPERTENCIÓN	1	1.23
PARTO	1	1.23
PREECLAMSIA	1	1.23
SIDA	1	1.23
TOTAL	81	100.00

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

* Se agrego una centésima para redondear al 100 %.

Descripción: Las causas de muerte encontradas, son un total de 81 defunciones, las Cardiopatías ocupan el primer lugar con 16 casos 19.75%, en segundo lugar la Diabetes Mellitus con 12 casos 14.81%, en tercer lugar el cáncer con 10 casos 12.35%, en cuarto lugar Muerte Natural con 8 casos 9.88%, en quinto lugar los Accidentes con un total de 7 casos 8.64%, en sexto lugar la Cirrosis Hepática con 5 casos 6.17%, en séptimo lugar los Asesinatos con 4 casos 4.94%, en el octavo lugar las Enfermedades Vasculares Cerebrales con 3 casos 3.70%, en el noveno lugar encontramos al Aborto, Alcoholismo, Depresión, Infecciones Respiratorias Agudas, con dos casos cada una respectivamente 2.47%, en décimo lugar la Broncoaspiración, Desnutrición, Síndrome de Douchen, Hipotermia, Hipertensión, Parto, Preeclamsia y SIDA con un caso respectivamente 1.23%.

ESTADÍSTICAS VITALES

El presente informe muestra los resultados de la encuesta de mortalidad realizada en noviembre de 2005 en el municipio de San Juan de los Rios, departamento de Boyacá. Los datos se expresan en número de defunciones y en porcentaje de la población total.

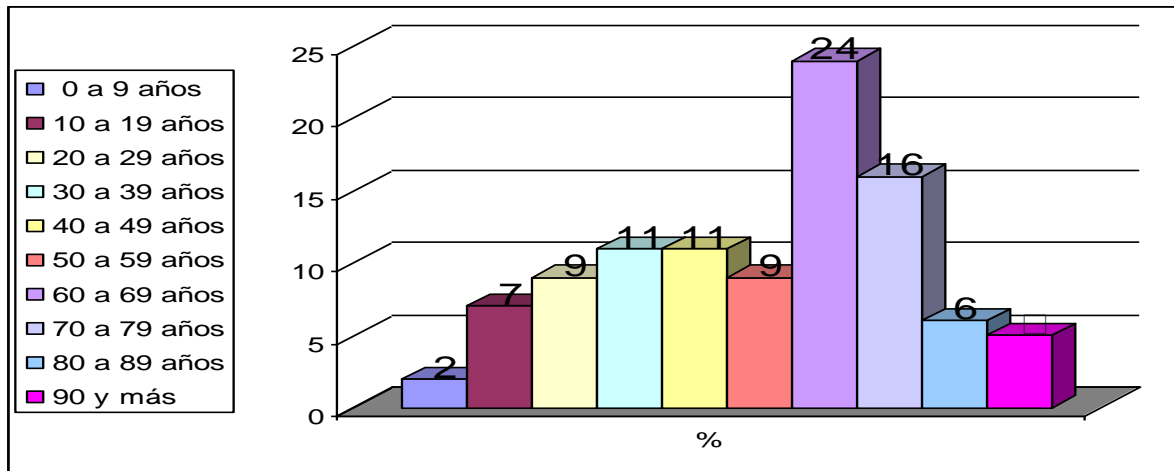
Edad	Número de defunciones	Porcentaje
0 a 9 años	2	2
10 a 19 años	6	7
20 a 29 años	7	9
30 a 39 años	9	11
40 a 49 años	9	11
50 a 59 años	7	9
60 a 69 años	19	24*
70 a 79 años	13	16
80 a 89 años	5	6
90 y más	4	5
TOTAL	86	100

Se agrega una

unidad al porcentaje mayor para cerrar a 100 %.
Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

ESTADÍSTICAS VITALES

El presente informe muestra los resultados de la encuesta de mortalidad realizada en noviembre de 2005 en el municipio de San Juan de los Rios, departamento de Boyacá.



Fuente: Cuadro No. 13

Descripción: De la mortalidad encontrada en las encuestas realizadas en noviembre de 2005 se observó que el 24 % de esta es en el grupo de edad que comprende de 60 a 69 años y la menor mortalidad es de 2 % en el grupo de edad de 0 a 9 años.

INDICADORES DE MORTALIDAD

Este indicador muestra el número de muertes por cada 100 personas que padecen la enfermedad. Se calcula dividiendo el número de muertes por el número de personas que padecen la enfermedad y multiplicando el resultado por 100.

Sexo	Número de casos	Índice de mortalidad
HOMBRE	49	60.5
MUJER	32	39.5
TOTAL	81	50.0

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Descripción: El sexo masculino presenta el mayor índice de mortalidad con un 60.5 % en los casos, en comparación con el sexo femenino que presenta el 39.5 % de casos.

DESPUES DE LA MORTALIDAD

Después de la mortalidad referida por la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 72.84 % si recibió atención médica mientras que el 27.16 % no la recibió.

DESPUES DE LA MORTALIDAD	NO	SI
SI	59	72.84
NO	22	27.16
TOTAL	81	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: de la mortalidad referida por la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 72.84 % si recibió atención médica mientras que el 27.16 % no la recibió.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

El presente informe muestra los resultados de la encuesta nacional de salud, realizada en noviembre de 2005, en la que se evaluó el estado de salud de la población de Chile. Los datos se refieren a la población de 12 años y más, con un total de 14 millones de personas. El informe está dividido en tres partes: la primera describe el estado de salud de la población, la segunda muestra los factores de riesgo asociados a la enfermedad y la tercera describe el estado de salud de la población de acuerdo a los grupos de edad.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
1-9 AÑOS	108	25
10-19 AÑOS	62	15
20-29 AÑOS	45	10
30-39 AÑOS	74	18
40-49 AÑOS	60	14
50-59 AÑOS	46	11
60 ó MAS	29	7
TOTAL	424	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2005

e: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: Los datos muestran la distribución de la enfermedad de acuerdo a los grupos de edad. El grupo de edad más vulnerable a la enfermedad es de 1 año a 9 años, con una frecuencia de 108, representa el 25% del total de la población encuestada. El grupo que le sigue en vulnerabilidad es el de 30 años a 39 años con una frecuencia de 74, representado por 18% del total de la población encuestada.

ENFERMEDADES

El presente cuadro muestra la morbilidad reportada por la población encuestada en el AGEB 382-0 en el mes de noviembre del 2005. Para la elaboración de dicho cuadro se tomó como referencia la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en la cual quedaron agrupadas las enfermedades según los grupos universalmente establecidos. Se mencionan las 10 primeras causas en orden descendente.

ENFERMEDADES	Casos	%
ENFERMEDADES SISTEMA RESPIRATORIO	249	59
ENFERMEDADES ENDOCRINAS	70	16.6
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO	50	11.8
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	13	3
ENFERMEDADES DE LA PIEL	6	1
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5	1
NEOPLASMA	5	1
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DEL SISTEMA INMUNOLOGICO	4	1
ENFERMEDADES CONGENITAS MALFORMACIONES Y ALTERACIONES CROMOSOMICAS	3	0.8
ENFERMEDADES DE LOS SENTIDOS	3	0.8
OTRAS ENFERMEDADES	16	4
TOTAL	415	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Descripción: El presente cuadro presenta la morbilidad reportada por la población encuestada en Noviembre del 2005 en el AGEB 382-0. Para la elaboración de dicho cuadro se tomó como referencia la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en la cual quedaron agrupadas las enfermedades según los grupos universalmente establecidos. Se mencionan las 10 primeras causas en orden descendente.

La primera causa de morbilidad son las enfermedades del sistema respiratorio, en dicho grupo, quedaron agrupadas todas las infecciones de vías respiratorias como son el caso de las gripes, faringoamigdalitis, asma, bronquitis, neumonías el cuadro muestra la frecuencia más alta con 249 casos, representa el 59%.

Para el caso de las enfermedades endocrinas quedaron agrupadas todas las enfermedades como son: diabetes, tiroides y pancreatitis. Queda en segundo lugar con una frecuencia de 70, representa el 16.6%.

El siguiente grupo, el cual sería la tercera causa de enfermedad, quedaron agrupadas las enfermedades vasculares cerebrales, hipertensión arterial, angina de pecho, cardiopatía reumática y las cardiopatías degenerativas, arritmias y trombosis venosa con una frecuencia de 50, representa 11.8%.

La cuarta causa de morbilidad es el gran grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias, en el cual quedaron agrupadas las EDAS, hepatitis, infecciones vaginales, cisticercosis, con una frecuencia de 13, representa el 3%.

En el grupo de las enfermedades de la piel quedaron agrupados los casos de varicela y escarlatina con una frecuencia de 6, representan el 1%.

Las enfermedades del aparato digestivo ocupa el sexto lugar, en este grupo quedaron incluidas los casos de gastritis, colitis y apendicitis con una frecuencia de 5, representa el 1%.

Los casos de cáncer cervicouterino, quistes de ovario, quistes de mama, miomatosis se agruparon de acuerdo al grupo de neoplasma, con una frecuencia de 5, representan el 1%.

El octavo lugar le corresponde a las enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico, en el cual quedaron agrupadas la distrofia muscular, esclerosis, anemia y lupus, con una frecuencia de 4, representa el 1%.

Las enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas se encuentra en noveno lugar de morbilidad, en este grupo se incluyeron los casos de síndrome de Down, paladar hendido, luxación congénita de cadera con una frecuencia de 3, representa el 0.8%.

En la décima causa de morbilidad se encuentra el grupo de las enfermedades de los sentidos aquí quedaron agrupadas los casos de sordomudos y miopía, con una frecuencia de 3, representa el 0.8%.

En el grupo de otras enfermedades, se agruparon todas la enfermedades que tenían una frecuencia menor, debido a esta causa se tomo la decisión para dicha agrupación, en este grupo quedaron incluidas todos los casos de enfermedad renal, artritis, depresión, conducto lagrimal tapado, fracturas, migraña, parálisis, con una frecuencia de 16, representa el 4%.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS

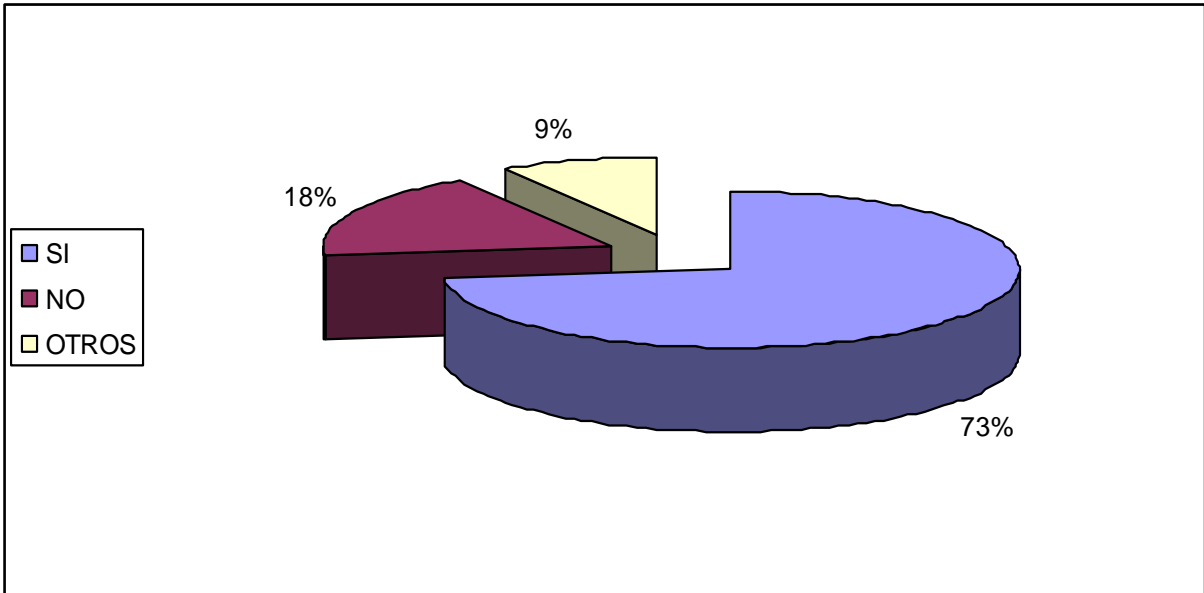
El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en noviembre de 2005, en la que se indagó sobre el acceso a servicios de salud. Se observó que el 73% de la población encuestada recibió atención médica, el 18% no la recibió y el 9% se atiende por otros medios.

Categoría	SI	NO
SI	309	73
NO	78	18
OTROS	37	9
TOTAL	424	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en noviembre de 2005, en la que se indagó sobre el acceso a servicios de salud.



Fuente: Cuadro No.17

Descripción: De la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 73 % si recibió atención médica mientras el 18 % no la recibió y el 9 % se atiende por otros medios.

Edades de los niños

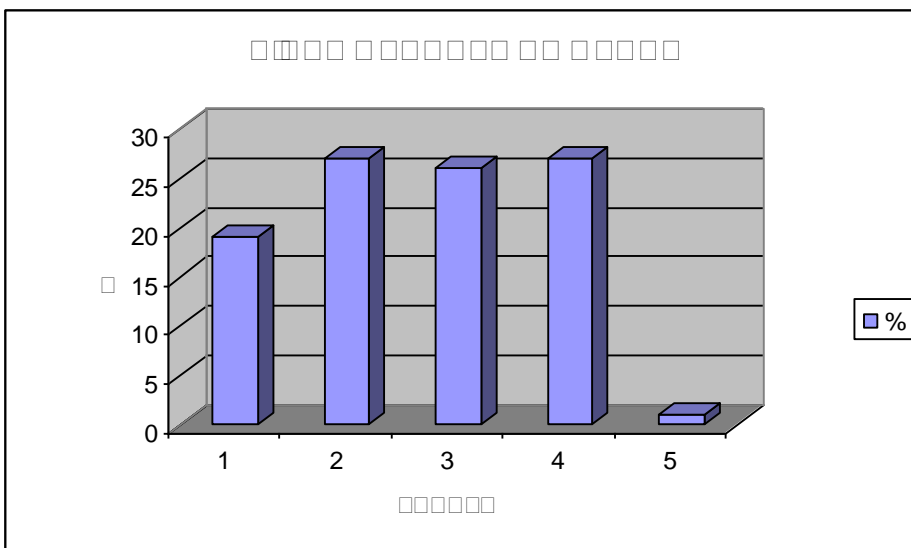
Se muestra el número de niños y niñas de cada edad en la encuesta de noviembre de 2005. El total de niños y niñas es de 335.

Edad	Número de niños	Número de niñas
1	78	19
2	116	27
3	111	26
4	116	27
5	5	1
Total	335	335

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Porcentaje de niños y niñas por edad

Fuente: Cuadro No. 18



Descripción: De la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 27 % es de las edades de 2 y 4 años, mientras que el 26 % es de 3 años, el 19 % es de un año siendo y el 1% de 5 años.

Gráfico de Barras

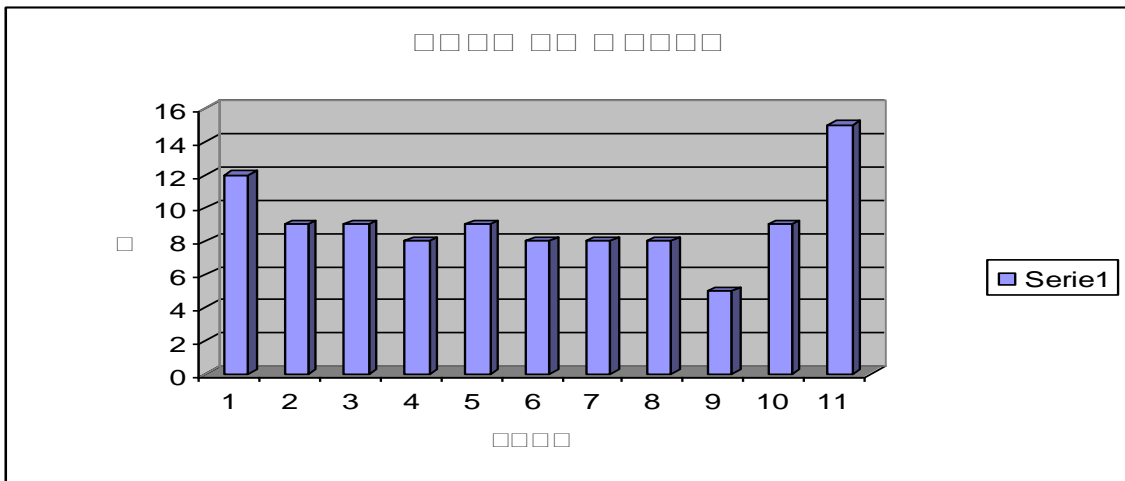
Este gráfico de barras muestra la distribución de la población encuestada en noviembre de 2005, clasificada por edad en meses. El eje horizontal representa la edad en meses (de 0 a 11), y el eje vertical representa el número de niños en cada categoría. La barra más alta corresponde a los niños de 3 meses de edad, con un total de 11 niños.

Edad (meses)	Número de Niños	Porcentaje
0	4	3
1	10	9
2	10	9
3	11	9
4	9	8
5	10	9
6	9	8
7	9	8
8	9	8
9	7	5
10	11	9
11	18	15
Total	110	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Gráfico de Barras

Este gráfico de barras muestra la distribución de la población encuestada en noviembre de 2005, clasificada por edad en meses. El eje horizontal representa la edad en meses (de 1 a 11), y el eje vertical representa el número de niños en cada categoría. La barra más alta corresponde a los niños de 11 meses de edad, con un total de 15 niños.



Fuente: Cuadro No 19

Descripción: De la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 12 % pertenece a los niños de 3 meses mientras que 4 % pertenece a los niños recién nacidos.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS

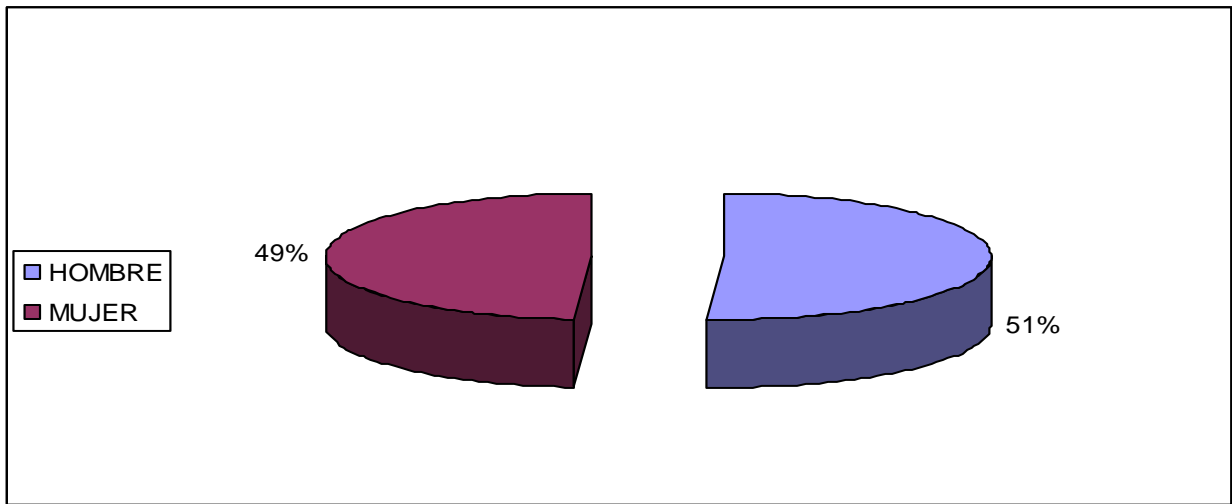
El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en noviembre de 2005, en la que se indagó sobre las características de la población encuestada, así como sobre su nivel de satisfacción con los servicios de salud y con el personal de salud.

Categoría	Número	Porcentaje
HOMBRE	275	51
MUJER	268	49
TOTAL	543	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS

Porcentaje de hombres y mujeres en la población encuestada



Fuente: Cuadro No. 20

Descripción: de la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 51 % son hombres y el 49 % son mujeres.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS

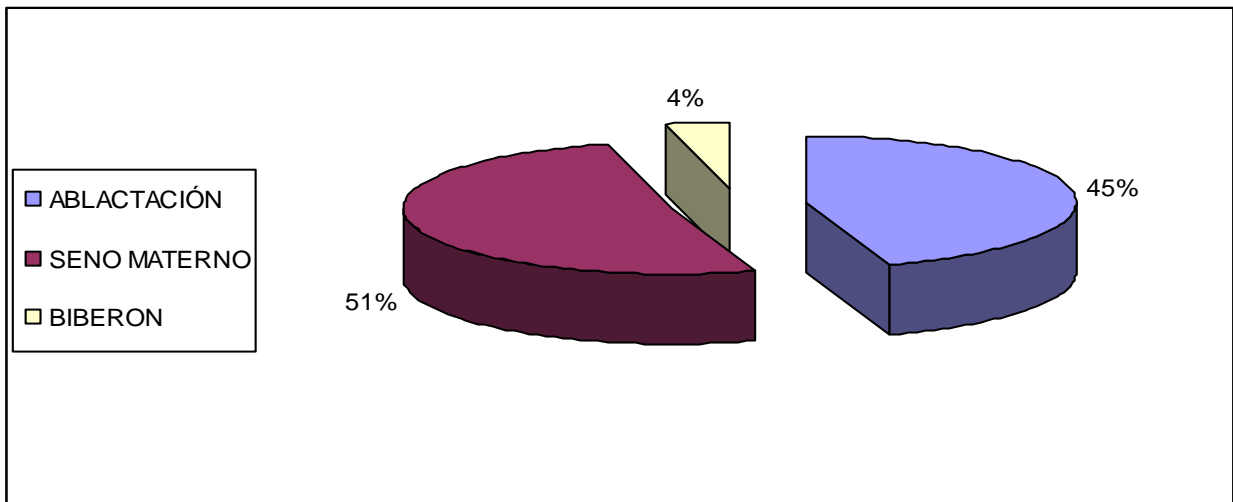
Este cuadro muestra el número de niños que reciben diferentes tipos de alimentación en el primer año de vida. Se observa que la lactancia materna es la más común, seguida por la lactancia artificial (ablactación) y el uso de biberón.

Tipos de alimentación	Número de niños	Porcentaje
ABLACTACIÓN	53	45
SENO MATERNO	60	51
BIBERON	4	4
Total	117	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS

Este gráfico muestra el porcentaje de niños que reciben diferentes tipos de alimentación en el primer año de vida.



Fuente: Cuadro No.21

Descripción: de la población encuestada en noviembre de 2005 se observó que el 51 % recibe seno materno, el 45 % ya empezó con su ablactación y solo el 4 % toman biberón.

IMUNIZACIONES

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en el mes de noviembre del 2005, en la que se evaluó el nivel de inmunización de los niños menores de cinco años de edad. Se encontró que el 74% de los niños tienen un esquema de inmunización completo, el 23% incompleto y el 3% restante se desconoce.

IMUNIZACIONES		
ALTERNATIVAS	FO	%
COMPLETO	400	74
INCOMPLETOS	124	23
SE DESCONOCE	19	3
TOTAL	543	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: De un total de 543 niños menores de cinco años se encontró que 400(74 %) tenían esquema completo y 124 (23%) incompleto y 19 (3%) se desconoce

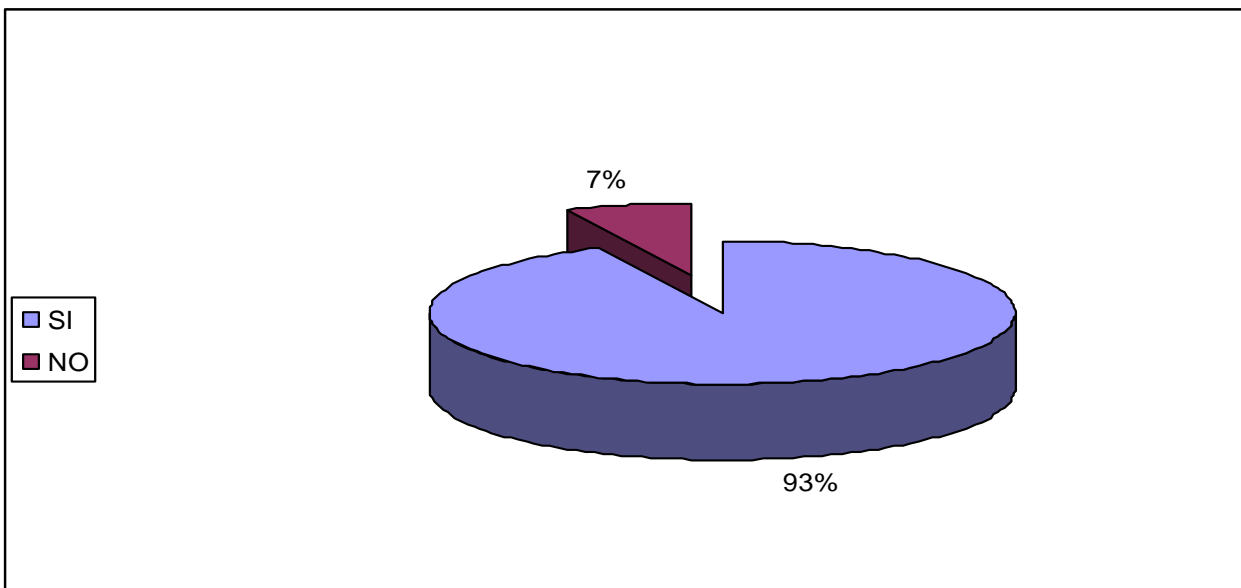
□□□□□□ □□□□□□

INTEGRACION A LA ALIMENTACION FAMILIAR EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACION PROGRESO, GUADALUPE VICTORIA Y LUIS DONALDO COLOSIO DEL AGEB 382-0

□□□□□□□□□□	□□	□
SI	395	93
NO	31	7
□□□□□	□□□	□□□

Fuente: encuesta noviembre 2005

GRAFICA No. 11
ALIMENTACION DE NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS



Fuente: Cuadro No. 22

Descripción: Se observó que el 93% de los niños sí están integrados a la alimentación familiar y 7% no lo está.

Descripción. Con respecto al consumo de alimentos se observa lo siguiente: La mayor frecuencia en el consumo de carne lo ocupa 2 y 3 veces a la semana con un 32.35% y 28.86% respectivamente, seguido por el de 7 veces a la semana con un 8.7% y un 3.09% que no la consumen.

Con respecto a la leche la frecuencia mas alta lo ocupa 7 veces a la semana con un 71.3%, en segundo termino 4 veces a la semana con un 1.8% y un 3.9 que no la consumen.

En lo referente al huevo 2 veces por semana con un 25.6% y 3 veces por semana con un 25.12%, seguido de 6 veces a la semana con un 1.9% y con un 4.22% que no lo consumen.

En lo que toca a la fruta es mas frecuente 7 veces a la semana con un 56.91%, y en menor consumo 3 veces por semana con un 12.76% y un 2.87% que no la consumen.

En cuanto al consumo de verdura es mas frecuente 7 veces a la semana con un 56.6%, el menor consumo lo ocupa 3 veces por semana con un 14.14% y un 1.7% que no la consumen.

Con respecto al pan es mas frecuente 7 veces a la semana con un 56.5%, y en menor cantidad 6 veces por semana con un 1.54%, no la consumen un 4.3%.

El consumo de tortilla es mas frecuente 7 veces a la semana con un 91.3%, seguido por el menor consumo 6 veces por semana con un 0.81% y un 0.61% que no la consumen.

Son más frecuentemente consumidas las pastas 7 veces por semana 40.08%, seguido por 6 veces por semana con un 1.46% y un 4.95% que no las consumen.

Las leguminosas se consumen frecuentemente 7 veces a la semana con un 42.44%, seguido por el menor consumo 6 veces por semana con un 1.7% y un 4.23% que no las consumen.

La frecuencia de consumo de chatarra 7 veces a la semana con un 23.6%, seguido por 6 veces por semana con un 1.3% y un 31.6% que no las consumen.

Con respecto a la variable otros es una vez a la semana con un 2.11%, seguido por 5 y 6 veces por semana con un 0.08% respectivamente y un 74% que no las consumen.

Descripción: En relación a la utilización del material de construcción de las viviendas encontramos que en la mayoría de estas el concreto, el tabique y el cemento son los materiales que prevalecen en más del 90%, aspecto que se pudo comprobar en el momento de realizar la encuesta.

ESTADÍSTICAS DE CONSTRUCCIÓN

Este cuadro muestra el número de viviendas y el porcentaje de viviendas que cuentan con algún tipo de acabado en su construcción. El porcentaje de viviendas que no tienen acabado en su construcción es del 55.3%.

ESTADÍSTICAS DE CONSTRUCCIÓN	CON ACABADO		SIN ACABADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	549	44.6	681	55.4*	1230	100

*Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%
 Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Descripción: En este cuadro encontramos que más el 55.3% de las viviendas no tienen acabados en su construcción, sin embargo el 44.6% de las viviendas cuentan con algún tipo de acabado el cual es de aplanado, rústico, herrería, etc.

□□□□□□ □□□□□□

SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS FAMILIAS DE LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACIÓN PROGRESO GUADALUPE VICTORIA Y LUIS DONALDO COLOSIODEL AGEB 382-0.

□□□□□□□□ □	□□		□□		□□ □□□□□□□□□□		□□□□□	
	□□	□	□□	□	□□	□	□□	□
ELECTRICIDAD	1184	96,26	44	3,577	2	0,16	□□□□	□□□
TELEVISIÓN	1190	96,75	39	3,17	1	0,08	□□□□	□□□
TELÉFONO	887	72,11	343	27,89	1	0,08	□□□□	□□□
RADIO	1101	89,51	129	10,49	1	0,08	□□□□	□□□
REFRIGERADOR	1061	86,26	168	13,66	1	0,08	□□□□	□□□
GAS	1191	96,83	38	3,089	1	0,08	□□□□	□□□
CISTERNA	688	55,93	541	44	1	0,08	□□□□	□□□
AGUA INTUBADA	1047	85,1	180	14,7	3	0,24	□□□□	□□□
PAVIMENTACIÓN	763	62	465	37,9	2	0,1	□□□□	□□□
RECOLECCIÓN DE BASURA	1153	93,74	75	6,1	2	0,16	□□□□	□□□
DRENAJE	903	73,41	317	25,8	10	0,81	□□□□	□□□

Fuente: Encuesta Noviembre de 2005.

Descripción: Las familias cuentan con los servicios básicos en un gran porcentaje; electricidad en un 96.26%, televisión 96.75%, gas 96.83%, la recolección de basura 93.74%; le siguen radio 89.59%, refrigerador 86.26%, agua entubada 85.1% con un porcentaje mas bajo están; drenaje 73.41%, teléfono 72.1% y pavimentación 62%

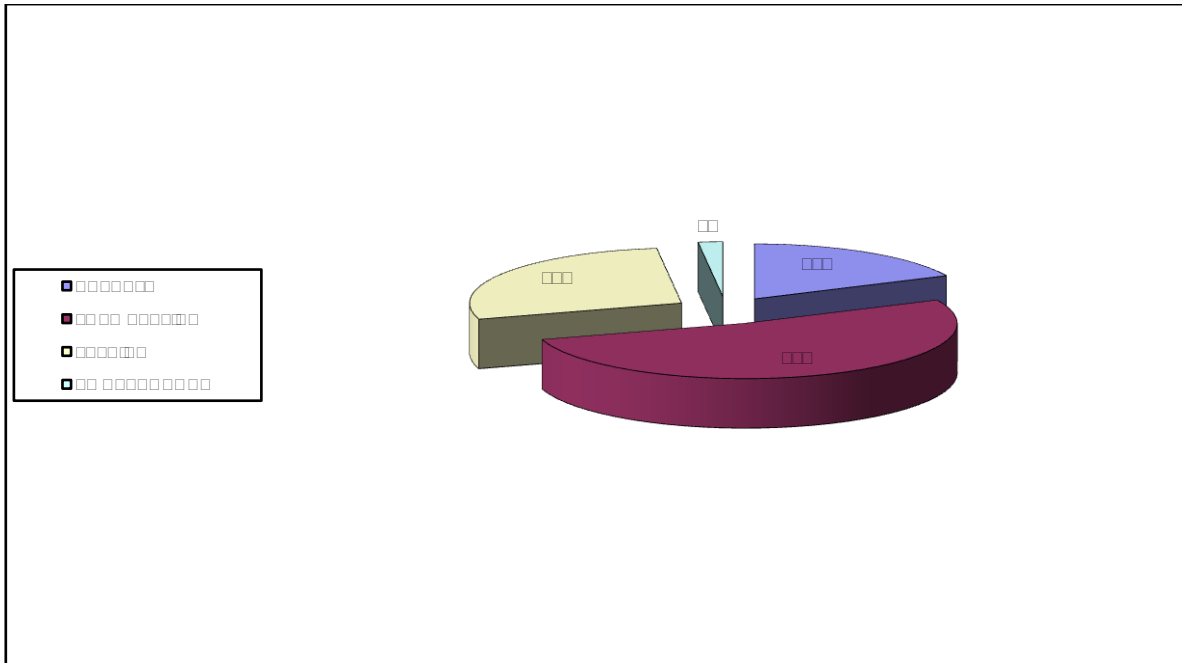
□□□□□□ □□□□□□

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en el mes de noviembre del 2005, en relación con la disposición de excretas en las viviendas de las familias de la zona rural de la provincia de Loja. Se puede observar que el 52,1% de las familias cuenta con fosa séptica, el 18,00% con letrina y el 23% con drenaje. El 1,9% de las familias no sabe cómo se dispone de las excretas.

Disposición de excretas	Número de familias	Porcentaje
DRENAJE.	222	18,00
FOSA SÉPTICA	642	52,1
LETRINA	343	28
SE DESCONOCE	23	1,9
TOTAL	1230	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Gráfico 27: Disposición de excretas en las viviendas de las familias de la zona rural de la provincia de Loja.



Fuente: Cuadro No.27

Descripción: En relación con la disposición de excretas se encuentra que es mayor el número de familias que cuentan con fosa séptica 52.1%, en menor cantidad con un 18% cuentan con letrina y con drenaje.

Gráfico 27: Disposición de excretas en las viviendas de las familias de la zona rural de la provincia de Loja.

El 92.7% de las viviendas cuentan con baño y cocina separados, lo que es un indicador de mayor calidad de vida y saneamiento. Este porcentaje es superior al promedio nacional de 80.5%.

Categoría	Baño y cocina separados		Baño y cocina juntos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Viviendas	1140	92.7*	90	7.3	1230	100
Nacional	989	80.5*	241	19.5	1230	100

*Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%
Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

Descripción: En cuanto a la distribución de viviendas encontramos que la mayoría de ellas cuentan con baño y cocina separados con un 92.6% el cual es comprobado en el momento de realizar la encuesta.

ZONOSIS

La rabia es una zoonosis de importancia en salud pública, en gran medida por la convivencia diaria que se tiene con los animales domésticos, aunado a la exposición a otro tipo de mamíferos potencialmente transmisores de la misma. Así

Animal	Zonas urbanas		Zonas rurales		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PERROS	76	42	103	58	179	100
GATOS	12	50	12	50	24	100

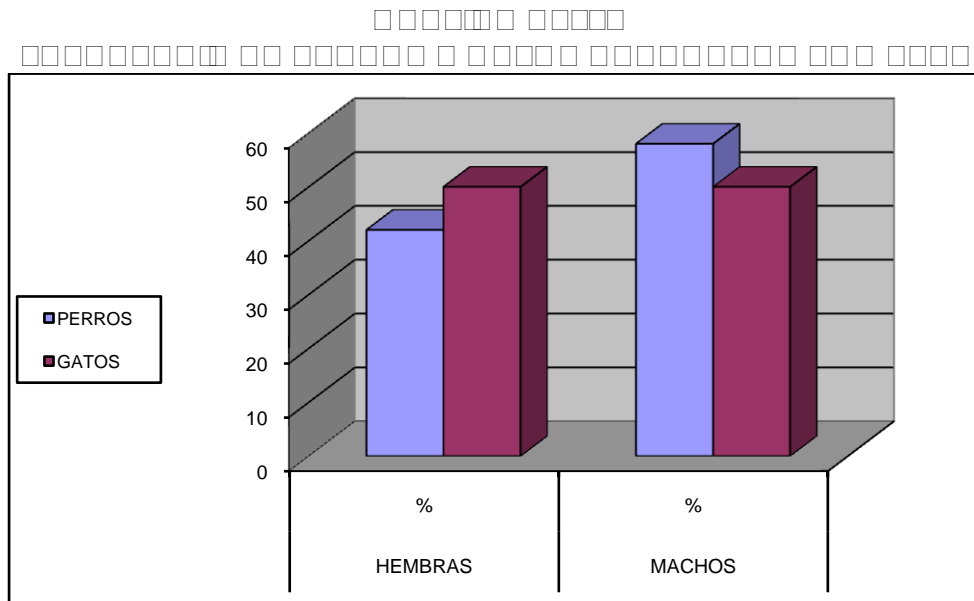
la rabia se presenta en zonas urbanas, comúnmente transmitidas por perro y gato; como en rurales donde la transmisión es por murciélago, zorrillo, coyote, mapache, entre otros. La rabia es una enfermedad prevenible en el ser humano.

En contraste, esta zoonosis persiste en otras áreas geográficas, representando un riesgo para la población vulnerable que reside en ellas y que requiere de una atención específica para evitar el contagio y la enfermedad.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en noviembre de 2005, en la que se indagó sobre la presencia de perros y gatos en las viviendas de la ciudad de Bogotá. Se encontró que el 42% de la población de perros cachorro son hembras y el 58% son machos. Por otro lado, encontramos que de la población canina de cachorros el 50% son hembras y el resto del porcentaje son machos.

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.



Fuente: Cuadro No. 29

Descripción: Se encontró que de la población de perros cachorro el 42% son hembras y el 58% son machos. Por otro lado encontramos que de la población canina de cachorros el 50% son hembras y el resto del porcentaje son machos.

PERROS Y GATOS

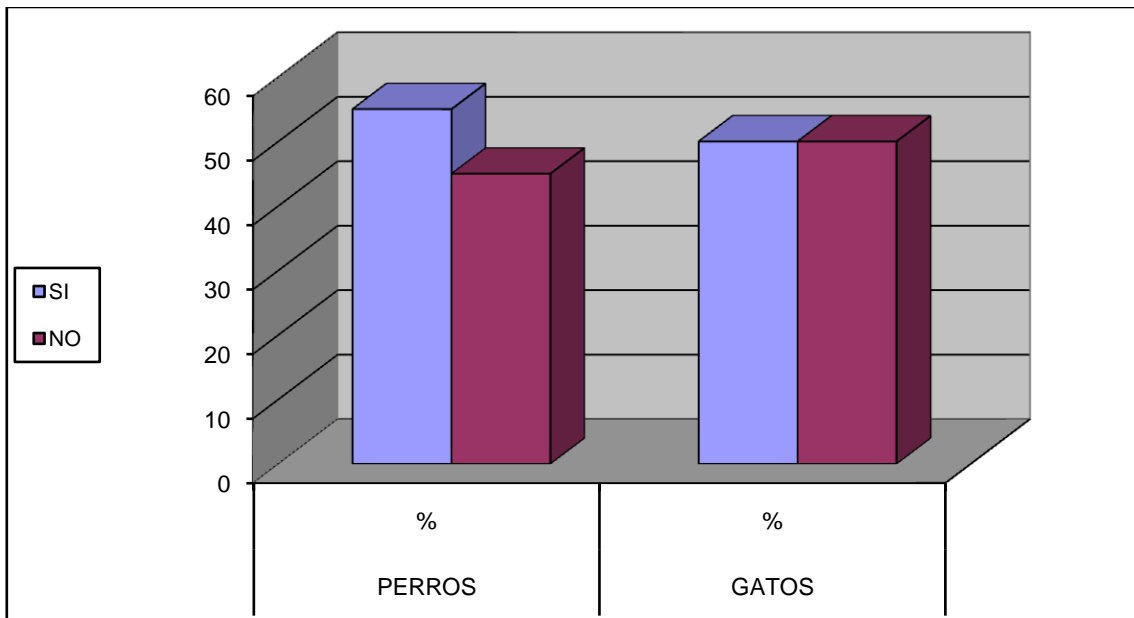
¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?
 ¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?
 ¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?
 ¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?
 ¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?

¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?	PERROS		GATOS		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	99	55	12	50	111	105
NO	80	45	12	50	92	95
TOTAL	179	100	24	100	203	200

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

PERROS Y GATOS

¿CÓMO SE SIENTE AL VER UN PERRO O UN GATO?



Fuente: Cuadro No. 30

Descripción: Encontramos que el 55% de la población de perros cachorros están vacunados y el 45% no cuenta con ella, en relación a la población de gatos cachorros el 50% de ellos cuentan con la vacuna y el resto no cuenta con ella.

PERROS Y GATOS

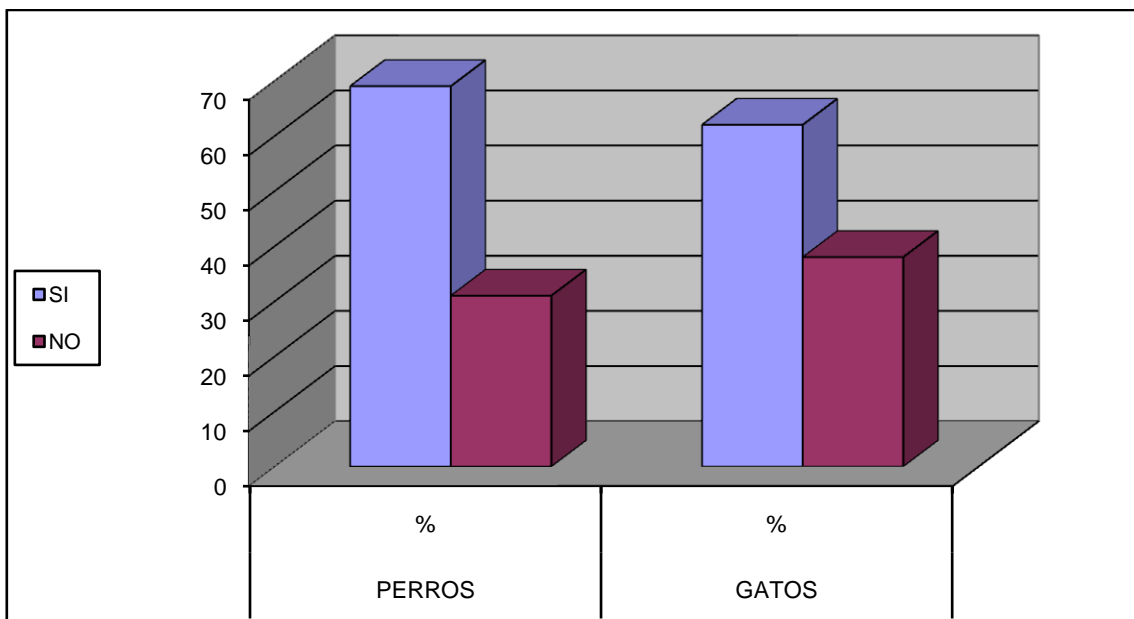
Se realizó una encuesta a una muestra de la población de perros y gatos cachorros en el mes de noviembre del 2005. Se les preguntó si habían sido vacunados y si tenían un dueño. Los resultados se muestran en el siguiente cuadro.

Respuesta	Perros		Gatos		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	11	69	5	62	16	131
NO	5	31	3	38	8	40
Total	16	100	8	100	24	141

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

PERROS Y GATOS

Se realizó una encuesta a una muestra de la población de perros y gatos cachorros en el mes de noviembre del 2005. Se les preguntó si habían sido vacunados y si tenían un dueño. Los resultados se muestran en el siguiente cuadro.



Fuente: Cuadro No. 31

Descripción: Encontramos que el 69% de las hembras gestantes cuentan con la vacuna antirrábica pero el 31% no cuenta con ella. Por otro lado encontramos que el 62% de la población de hembras gestantes de gato cuentan también con la vacuna y el 38% de esta no cuentan con la vacuna.

PERROS Y GATOS

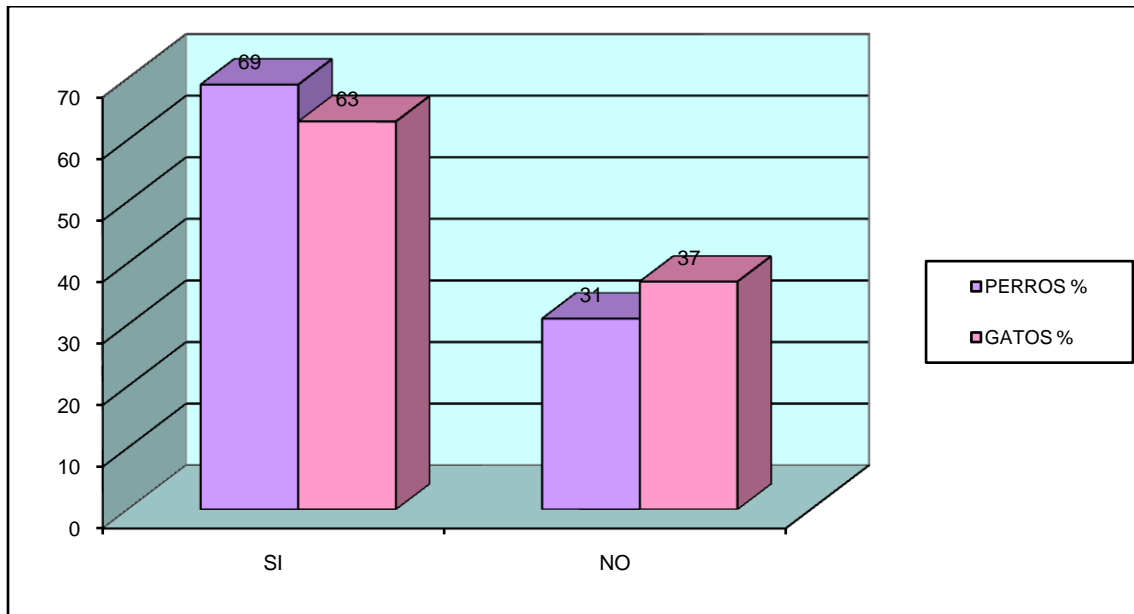
El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en noviembre de 2005, sobre la vacunación de perros y gatos en Bogotá. Se muestra la distribución de la muestra por sexo y edad, así como la cobertura de vacunación en perros y gatos, tanto en la ciudad como en el área rural.

Sexo	Mujeres		Hombres		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	305	69	63	63	368	132
NO	139	31	38	37	177	74
Total	444	100	101	100	545	206

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

PERROS Y GATOS

Este gráfico muestra la distribución de perros y gatos vacunados y no vacunados en Bogotá. El eje vertical representa el porcentaje de animales, desde 0 hasta 70. El eje horizontal muestra las categorías SI (vacunados) y NO (no vacunados). La leyenda indica que los perros se representan en color morado y los gatos en color rosa.



Fuente: Cuadro No. 32

Descripción: la distribución de perros vacunados en 69% y no vacunados en 31%; mientras que la distribución de gatos vacunados de 63% y no vacunados 37%.

PERROS Y GATOS

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en el mes de noviembre del 2005, en la que se preguntó a los propietarios de perros y gatos si los habían vacunado o no. Los resultados se muestran en los cuadros adjuntos.

PERROS

CATEGORÍA	VACUNADOS		NO VACUNADOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PERROS VACUNADOS	410	81	9	19	419	81
PERROS NO VACUNADOS	250	76	80	24	330	76

GATOS

CATEGORÍA	ADULTOS		CACHORROS		TOTAL	
	N	%	Fo	%	Fo	%
GATOS VACUNADOS	68	85	12	15	80	100
NO VACUNADOS	41	77	12	23	53	77

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción:

La distribución de los perros adultos vacunado es de 81% y los cachorros perros de 19%; mientras que perros adultos no vacunados de 76% y los cachorros perros de 24%.

La distribución de gatos adultos vacunados es de 85% y el de cachorros gatos de 15%; mientras que los gatos adultos no vacunados de 77% y cachorros gatos de 23%.

¿Tiene comprobante?

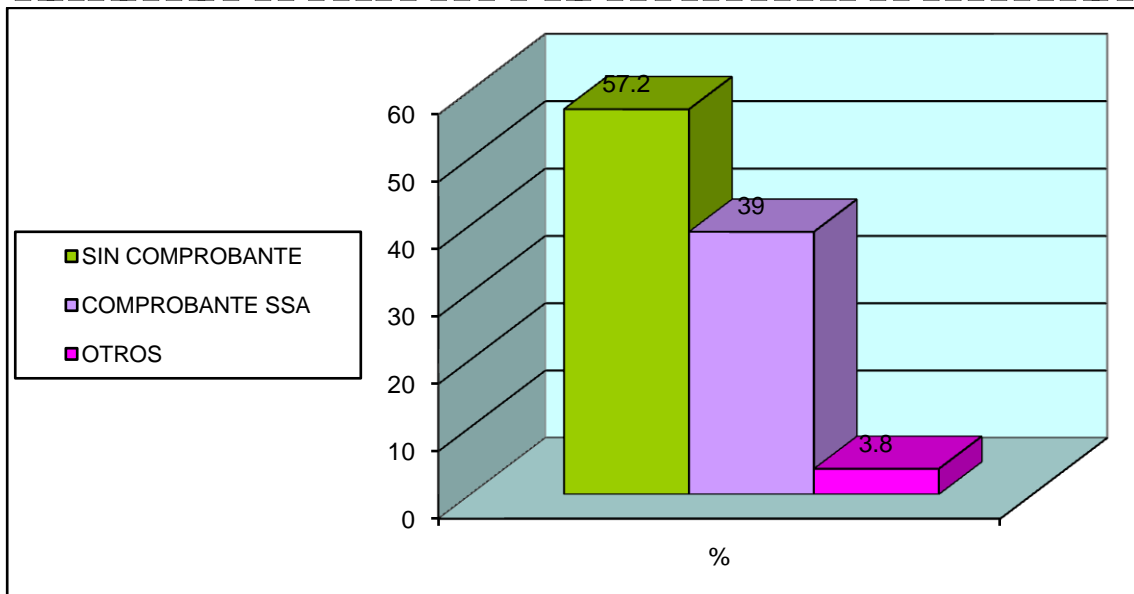
El 57.2% de los encuestados no tiene comprobante, el 39% sí tiene comprobante SSA y el 3.8% otros.

¿Tiene comprobante?	Nº	%
SIN COMPROBANTE	60	57.2
COMPROBANTE SSA	41	39
OTROS	4	3.8
TOTAL	105	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

¿Tiene comprobante?

El 57.2% de los encuestados no tiene comprobante, el 39% sí tiene comprobante SSA y el 3.8% otros.



Descripción: Con respecto a la distribución de gatos con o sin comprobante se encontró que un 57.2% no lo tiene, en tanto un 39% es expedido por SSA y 3.8% de otros.

ESTADÍSTICAS DE GATOS

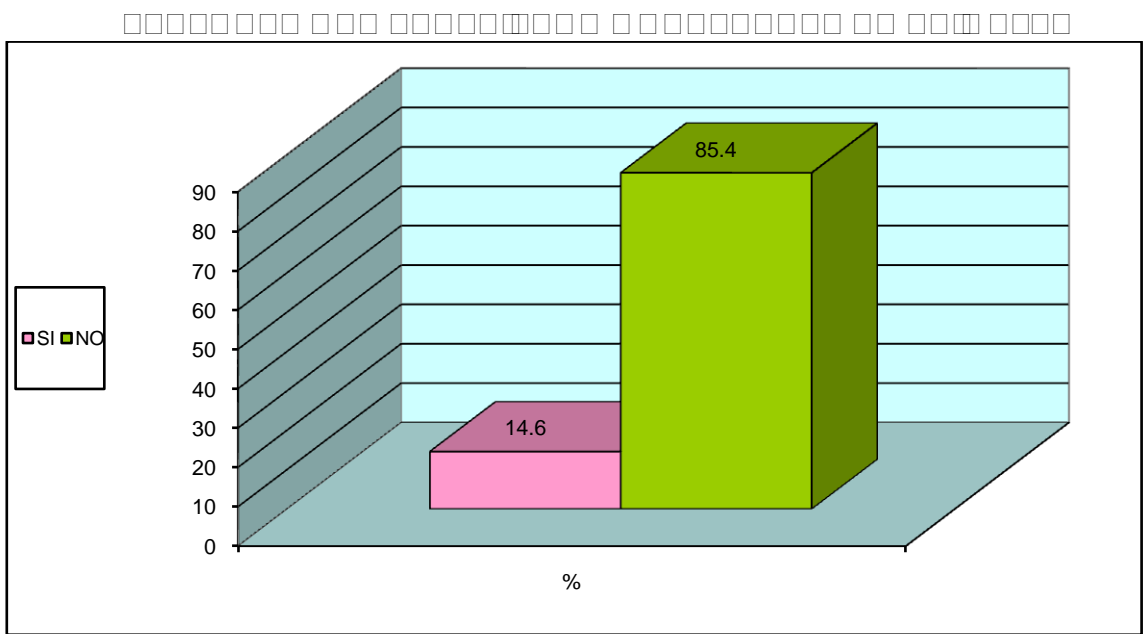
El presente cuadro muestra la distribución de los gatos con o sin comprobante de compra. Se observa que la mayoría de los gatos (57.2%) no tienen comprobante, mientras que el 39% de los gatos tiene comprobante expedido por SSA y el 3.8% por otros.

ESTADO	NÚMERO	PORCENTAJE
SIN COMPROBANTE	386	52.6
COMPROBANTE SSA	282	38.2
OTROS	68	9.2
TOTAL	736	100.0

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

ESTADÍSTICAS DE GATOS

El presente cuadro muestra la distribución de los gatos con o sin comprobante de compra. Se observa que la mayoría de los gatos (57.2%) no tienen comprobante, mientras que el 39% de los gatos tiene comprobante expedido por SSA y el 3.8% por otros.



Fuente: Cuadro No. 36

Descripción: Con respecto a las personas que fueron mordidas por animales, constituyeron un 14.6% de la población, mientras que un 85.4 % no lo fue.

Relaciones familiares

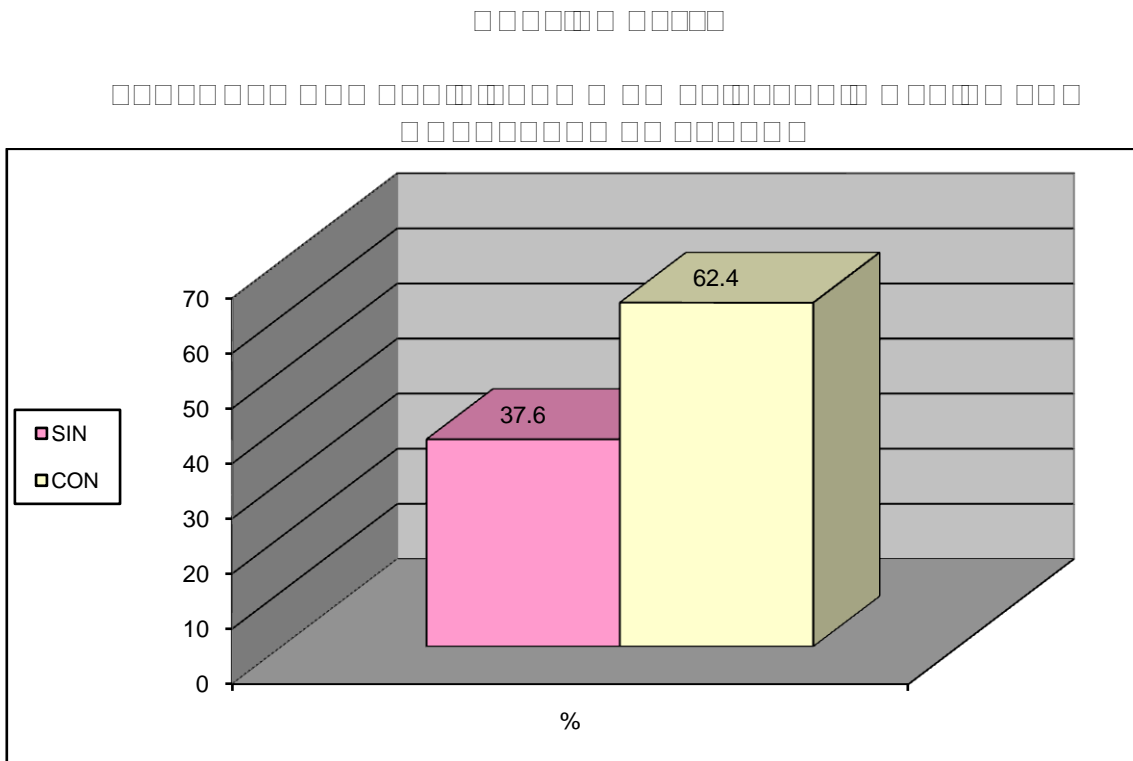
El presente cuadro muestra el número de personas que fueron mordidas por animales, según su relación familiar con el animal. Se puede observar que el 31.5% de las personas mordidas son hijos, y el 20.8% son hijas.

Relación familiar	Número de personas	Porcentaje
ABUELA	1	0.5%
ESPOSA	11	6.1%
ESPOSO	7	3.9%
HERMANO	2	1.1%
HIJA	37	**20.8%
HIJO	56	**31.5%

Mordedura de perro	CON		SIN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
	111	*62,4	67	37,6	178	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

* Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%



Fuente: Cuadro No. 39

Descripción: En relación al tratamiento de personas que sufrieron mordedura de perro encontramos que más del 62.3% recibió tratamiento médico oportuno y el 37.6% no contó con asistencia médica posterior a la mordedura.

El presente informe muestra los resultados de la encuesta realizada en noviembre de 2005, en la que se indagó sobre la percepción de la población sobre la atención de salud y la notificación de enfermedades a las autoridades sanitarias correspondientes del sector salud o privado.

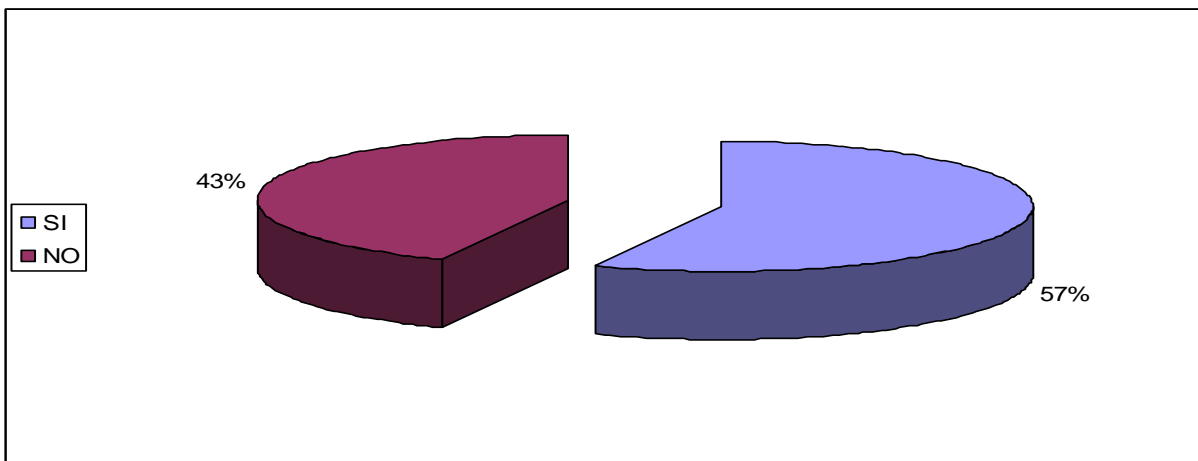
Categoría	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Notificación de enfermedades a las autoridades sanitarias correspondientes del sector salud o privado	101	*56.8	77	43.2	178

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

* Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%

Notificación de enfermedades a las autoridades sanitarias correspondientes del sector salud o privado

Este gráfico muestra la distribución de la población que ha notificado o no a las autoridades sanitarias correspondientes del sector salud o privado.



Fuente: Cuadro No. 40

Descripción: De acuerdo a lo datos observados anteriormente encontramos que el 57.2% de la población ha notificado a las autoridades sanitarias correspondientes del sector salud o privado.

ANÁLISIS DE DATOS

Este gráfico muestra el número de accidentes por mordedura de animales, clasificados por tipo de animal y sexo de la víctima. Los datos se detallan en el siguiente cuadro:

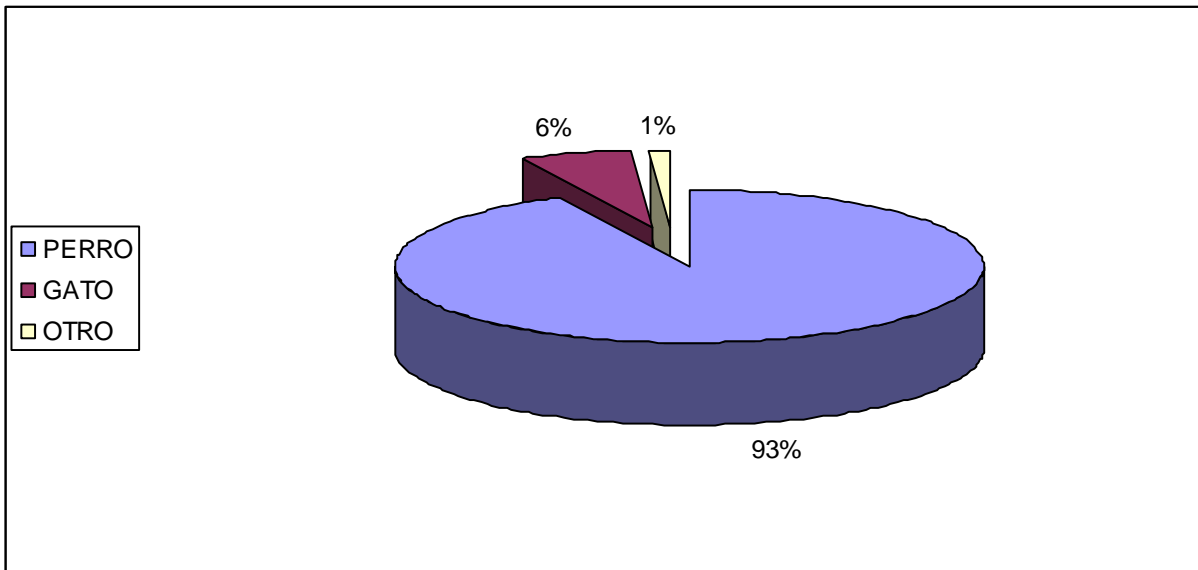
Sexo	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PERRO	164	*92,7	11	6,2	2	1,1	178	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005.

* Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%

ANÁLISIS DE DATOS

Este gráfico muestra el tipo de animal que causó el accidente por mordedura. Los datos se detallan en el siguiente gráfico:



Fuente: Cuadro No. 41

Descripción: Conforme a los resultados, encontramos que el tipo de animal más frecuente en los accidentes por mordedura sigue siendo el perro con más 92.6% de frecuencia seguido del gato con 6.2%, recordando que este animal también es trasmisor de la rabia.

ESTRUCTURA DE LA PUEBLA

El presente cuadro muestra la estructura de la PUEBLA por edad y sexo. Se puede observar que la población está conformada por un 33.6% de jóvenes (11 a 20 años), un 18.6% de adolescentes (1 a 10 años), un 16.9% de adultos jóvenes (21 a 30 años), un 14% de adultos (31 a 40 años), un 11.2% de adultos mayores (41 a 50 años), un 5% de adultos mayores (51 a 60 años) y un 0.5% de adultos mayores (61 años y más).

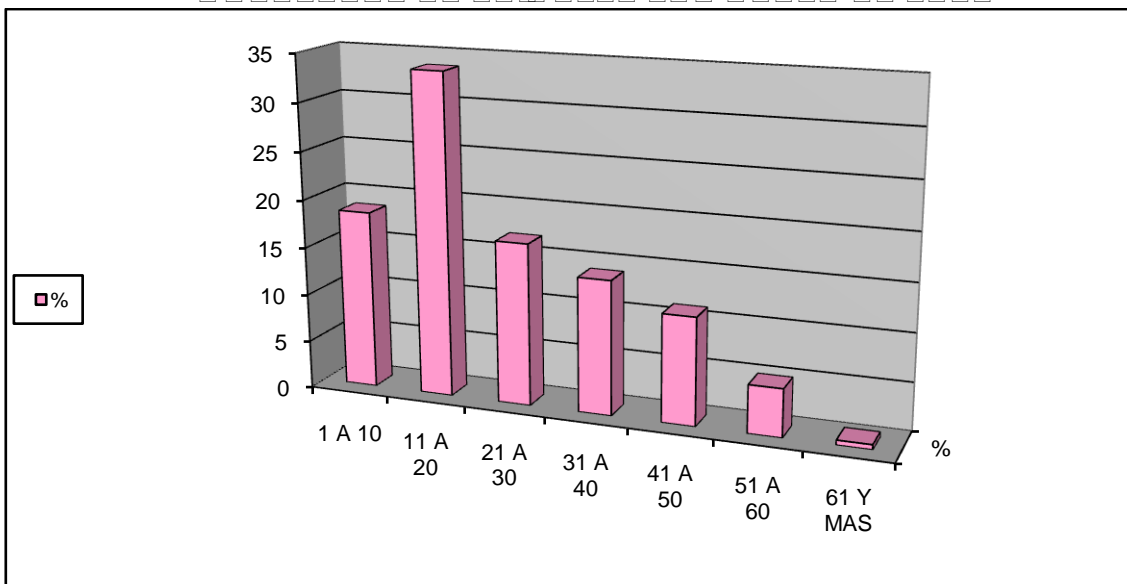
Edad	Número	Porcentaje
1 A 10	33	*18.6
11 A 20	60	*33.6
21 A 30	30	*16.9
31 A 40	25	14
41 A 50	20	11.2
51 A 60	9	5
61 Y MAS	1	0.5
TOTAL	178	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

* Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%

ESTRUCTURA DE LA PUEBLA

El presente gráfico muestra la estructura de la PUEBLA por edad y sexo. Se puede observar que la población está conformada por un 33.6% de jóvenes (11 a 20 años), un 18.6% de adolescentes (1 a 10 años), un 16.9% de adultos jóvenes (21 a 30 años), un 14% de adultos (31 a 40 años), un 11.2% de adultos mayores (41 a 50 años), un 5% de adultos mayores (51 a 60 años) y un 0.5% de adultos mayores (61 años y más).



Fuente: Cuadro No. 42

* Se agregó una décima al porcentaje de mayor frecuencia para redondear al 100%

Descripción: De acuerdo a los datos obtenidos, observamos a la población que ha sufrido mordedura por animal, en primer lugar son los que comprenden la edad de entre 11 a 20 años con 33.6%, seguido por la edad entre 1 a 10 años con 18.6% y por último el grupo de 21 a 30 años con 16.9% de frecuencia.



A continuación se redactan los diagnósticos de enfermería más importantes que surgen de este estudio:

□□□ □□□□□□□□□□

Alto riesgo de insuficientes servicios de salud R/C existencia de población mayor de 60 años en los próximos 10 años.

□□□□□□□□

Riesgo de ingresos insuficientes R/C el 13. 6% de la población total económicamente activa, M/P ingresos de 11 a 20 salarios mínimos generales por semana que representan el 51.3 % de la población.

□□□□□□□□

Bajo grado escolar R/C insuficientes ingresos económicos M/P un 42.05% de personas con estudios incompletos.

□□□□□

Servicios de salud insuficientes R/C AGEB descubierto en el momento del estudio por personal de salud.

Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud R/C el 58% de la población sin acceso a la seguridad social.

Alto riesgo de incremento en la natalidad R/C la falta de utilización de métodos de planificación familiar, M/P un 17.99 % si usa un método de planificación y un 72.55.% no lo hace y un 52.59% del total de mujeres que se encuentra en edad reproductiva.

Alto riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual R/C el 16.47 de la población sexualmente activa que usa el condón.

Predominio de muertes por enfermedades crónico degenerativas R/C la alimentación, sedentarismo, edad M/P el 46.91 % de muertes reportadas por estas causas.

Alto riesgo de morbilidad en niños R/C el 25% de enfermedades reportadas en el grupo de edad de 1-9 años.

Desequilibrio de la nutrición R/C hábitos alimenticios deficientes M/P el consumo de carne 2 y 3 veces a la semana 32.35% y 28.86% respectivamente; leche 2 y 3 veces a la semana 32.35% y 28.86% respectivamente, huevo 2 veces por semana 25.6% y 3 veces a la semana 25.12%, fruta 7 veces a la semana 56.91%, verdura 7 veces a la semana 56.6%, pan 7 veces a la semana 56.5%, tortilla 7 veces a la semana con un 91.3%, pastas 7 veces por semana 40.08%, leguminosas 7 veces a la semana con un 42.44%, chatarra 7 veces a la semana con un 23.6%.

□□□□□□□□□□

Alto riesgo de padecer enfermedades prevenibles por vacunación R/C la presencia del 23% de niños menores de cinco años con esquema de vacunación incompleto.

□□□□□□□□□□□□

Alto riesgo de padecer enfermedades diarreicas y parasitarias R/C el 47.4 % de familias que presentan deficiencias en las medidas higiénicas en el manejo de agua, y 8.1% sin tratamiento a las frutas y verduras.

□□□□□□□□□□□□

Conductas generadoras de salud en la higiene personal R/C el 90% de la población que realiza lavado de manos, lavado dental y baño diario.

□□□□□□□□

Inadecuado entorno de las viviendas R/C proceso de urbanización incompleto y lotificación reciente de la comunidad manifestado por el 55.4% de las viviendas en construcción y falta de acabados en el 55% de las mismas.

Mejora en la calidad de vida R/C el 92.7 % de las viviendas que tiene buena distribución de los espacios.

Alto grado de bienestar en el 84% de las familias por la presencia de dos cuartos y un promedio de cuatro habitantes por vivienda.

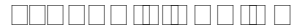
Alto riesgo de incremento de enfermedades infecciosas y parasitarias R/C falta de pavimentación en 37.9%, agua intradomiciliaria en un 14.7% y uso de fosa séptica con el 52.1% y letrina.con el 28%.

□□□□□□□□

Alto riesgo de contraer rabia en la población humana y animal (gatos y perros) R/C mordeduras de perros y gatos sin vacuna antirrábica (50% de cachorros y 31% de perros adultos, y 37% de gatos adultos).

Existencia de rabia canina R/C perros y gatos sin vacunación M/P 7 casos comprobados por el antirrábico.

Alto riesgo de rabia humana R/C mordedura de perros enfermos de rabia M/P elevada incidencia de mordedura de perro con predominio en el grupo de mujeres entre los 11 y 20 años de edad.



La planeación es la tercera etapa del proceso Enfermero en donde se tiene identificado un diagnóstico de enfermería y el problema específico de la unidad de estudio, en este caso rabia canina.

La planeación de actividades, nos permite programar amplia y detalladamente todas las actividades.

Para priorizar, es necesario decidir la importancia de los problemas en función de una serie de criterios. Como orientación general, desde un enfoque de promoción al autocuidado.

El objetivo es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con la comunidad.

ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

Al operar este problema se adoptara el sistema de enfermería Orem enfocado al déficit del autocuidado presente, que estará dirigido al responsable del cuidado

del perro, con la finalidad de fomentar el desarrollo de facultades de agencia de cuidado independiente.

Para ejecutar esta intervención se planea trabajar simultáneamente con el Sistema de Apoyo – Educación, cuya finalidad es la de capacitar a los recursos humanos de salud (equipo multidisciplinario) sobre el cuidado de la fauna canina y el sistema parcialmente compensatorio, al efectuarse vacunación masiva de la fauna canina de la microregión.

De los sistemas de Apoyo-Educación y Parcialmente Compensatorio, de ambos resulta la necesidad en la comunidad de la realización de la esterilización canina, como medida para reducir su población.

Como se puede apreciar, los habitantes de la comunidad por cultura suelen tener mascotas en este caso el perro, e incluso lo llegan a considerar un miembro más de la familia. Por lo anterior es necesario concientizar al dueño educándolo sobre el respeto y cuidado que merece el perro como ser vivo, y de la atención que debe brindarle.

Por ello la esterilización canina se debe efectuar con la finalidad de reducir la sobrepoblación de la misma, debido a que en cada camada se obtiene un promedio de 4 a 5 cachorros. La respuesta de esta operación Técnico-Profesional se realizará de acuerdo al tiempo y factibilidad del equipo Médico Veterinario Zootecnista.

OBJETIVOS

GENERAL: Establecer estrategias y técnicas operativas con relación a medidas preventivas para la regulación preventiva de la fauna canina, para la disminución de las agresiones y erradicación de la rabia a demás de fomentar la educación hacia el cuidado y comportamiento de la población canina.

ESPECÍFICOS:

- Prevenir la rabia canina mediante educación de la población con relación al cuidado de la fauna canina.
- Promover la participación social para el control de crecimiento masivo de la fauna canina.

METAS:

- Lograr cero casos de rabia en humanos transmitidos por perros.
- Reducir progresivamente el número de casos de rabia canina confirmada por laboratorio.

- Garantizar la atención médica, oportuna, al 100% de las personas agredidas; tanto por perros como por animales silvestres.
- Mantener la vacunación antirrábica canina gratuita.
- Control de la población canina a través de acciones de esterilización y donación voluntaria, con las cuales se pretende evitar la sobrepoblación.
- Las acciones de prevención y control de la rabia en perros se traducirán en una reducción gradual de los porcentajes de positividad de rabia en cerebros de estos animales estudiados por laboratorio.
- Capacitación del 100% del equipo multidisciplinario de la Jurisdicción.
- Barrido casa por casa para promoción en la microregión al 100 %.
- Vacunar casa por casa al 100% al total de la población canina.

PROMOCIONALES:

- Entregar y distribuir casa por casa un volante.
- Colocar en establecimientos un cartel que permita la difusión de la información.
- Elaborar mantas para apoyo a la capacitación de la población.

FACTIBILIDAD POLÍTICA

México es reconocido internacionalmente como uno de los países de Latinoamérica con mejores resultados en el control de la rabia, ello se debe principalmente a:

- La disminución de la rabia en perro y su transmisión al humano, mediante la protección específica de éste, con la participación social en jornadas intensivas de vacunación antirrábica canina.
- La sistematización de las acciones de atención del foco rábico para limitar el problema en un área específica.
- La notificación e integración de los casos de rabia humana y en perros.
- La estrategia de estabilización de la población canina.
- Disponibilidad de tecnología para caracterización del virus rábico.

Sin embargo, persisten obstáculos para evitar la transmisión de la rabia a los animales y a las personas:

- El desinterés de la comunidad para responsabilizarse del cuidado y atención de sus perros y gatos.
- La disponibilidad de basura y desperdicios en sitios públicos, que favorecen la presencia de los perros que deambulan libremente por las calles.
- El desconocimiento de la comunidad sobre otros animales, principalmente silvestres, que pueden transmitir la rabia.
- El uso indiscriminado de biológicos antirrábicos para la atención de personas.
- Personal charlatan que ofrece una vacuna fabricada por ellos mismos y con costo sin entrega de comprobante de vacunación con lote de la vacuna, ni la institución que la avale y que la comunidad hace uso de sus servicios.
- La costumbre de la comunidad de dejar a sus perros en la calle mientras estos salen a trabajar y que se generen pleitos callejeros de los perros.

FACTIBILIDAD LEGAL

Ley General de Salud, artículo 3º, fracción XV, apartado A, fracciones I, 135, 136, 139 y 141. Proyecto de Norma Oficial de Vigilancia Epidemiológica NOM-017, SSA-2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica, Diario Oficial de la Federación, 17 de noviembre de 1994. NOM-011-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Rabia. Diario Oficial de la Federación, 25 de enero de 1995.

Los criterios específicos para ejecutar las acciones y procedimientos anteriores, se ajustarán a las indicaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2- 1993, para la prevención y control de la rabia. (7)

FACTIBILIDAD TÉCNICA

Todas las acciones antes mencionadas son factibles de realizar siempre y cuando se cuente con material, equipo y personal adecuado que en coordinación con la Jurisdicción y la Secretaria de Salud se puede resolver, al ser una epidemia se debe dar prioridad por tal institución para disminuir y erradicar el daño.

FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA

No se pone en riesgo el proceso administrativo, ni a nivel Dirección o Jefaturas de enfermería, no altera la planeación ni la organización de la Jurisdicción por lo

que se considera factible administrativamente que se realice dicha intervención, al ser un programa prioritario para la Jurisdicción.

FACTIBILIDAD FINANCIERA

Se prevé que las fuentes financieras provengan de la propia institución, a través del presupuesto asignado a los programas ya existentes, ya que se trata de una intervención de gran importancia a nivel local como nacional se debe dar prioridad a este programa, por lo anterior se propone que las autoridades jurisdiccionales y estatales realicen las gestiones necesarias para la obtención del financiamiento requerido para llevar a cabo la presente propuesta de intervención.

ACCIONES

Capacitación del equipo multidisciplinario.

Para cumplir con el sistema apoyo - educación se propone dar pláticas por el equipo de salud a nivel secundaria y primarias de esta comunidad tanto públicas como privadas, ya que como nos indica la pirámide de población de esta comunidad la mayoría son jóvenes y en los cuales se pretende trabajar con mas energía, en los diferentes grados sobre el tema de rabia y los cuidados que requiere una mascota como el perro, al término de estas pláticas se propone un concurso de carteles sobre los temas expuestos en tamaño cartulina y con estilo libre, los carteles seleccionados por el equipo de salud serán reproducidos y colocados en las principales medios de transporte como el metro(previa gestión) que a traviesa ecatepec, combis y microbuses, de los carteles que no fueron seleccionados se pedirá a los alumnos que los coloquen afuera de su domicilio con buena visibilidad en un día común que se les dará y que será el día que se lleve a cabo la segunda acción que es:

Una feria de la salud en un lugar estratégico dentro de la comunidad con puestos de vacunación y esterilización, además de puestos de donación voluntaria de los perros, contando desde luego con la participación del antirrábico de ecatepec.

Otra acción es colocar carteles de metal en las esquinas donde se encuentran lotes baldíos sobre todo donde tiran basura y animales muertos donde se pida a la comunidad que no lo hagan o si se sorprenden serán sancionados por la misma. Otros se colocarán en lugares como cerca de las escuelas y mercados donde se recuerden los cuidados que requieren los perros sobre todo de sus excretas y su vacunación.

Obligación a los dueños de los perros de llevar a los perros con correa mientras estén fuera del domicilio.

El perifoneo en la comunidad es importante, sería conveniente gestionar con la estación de radio que más se escucha en la comunidad de emitir mensajes a la población de Ecatepec en particular sobre la importancia de la vacunación de sus perros y la donación de estos a la perrera si no cuentan con los medios para una buena crianza.

El recorrido semanal de la perrera para la caza de los perros callejeros y su sacrificación.

Barrido casa por casa donde se ofrezcas la vacunación gratuita de los perros y gatos y su cartilla sellada por el sector salud, además es de vital importancia que los perros vacunados porten en su collar la placa correspondiente a la campaña anterior o se recoloque la de la nueva campaña.

SISTEMAS DE CONTROL

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El flujo de información en todo programa o proyecto de intervención es un elemento de interés para el personal responsable del mismo, ya que le permite conocer los avances y logros alcanzados con las actividades que se están llevando a cabo, por lo que debe ser flexible y dinámico para obtener información útil, que garantice la comunicación.

- La propuesta de intervención se dará a conocer al director de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec para su aprobación y ejecución.
- El jefe Jurisdiccional dará a conocer el programa al el coordinador del mismo para su conocimiento.
- El coordinador del programa dará a conocer las actividades planeadas a los directores de cada unidad de la jurisdicción para dar a conocer las acciones específicas del programa.
- El director de cada unidad dará a conocer las actividades planeadas a su equipo multidisciplinario para deslindar las actividades.

SISTEMAS DE SUPERVISIÓN

La supervisión desempeña una función esencial del proceso de administración del proyecto de intervención, cuyo propósito es contribuir al logro de las metas y objetivos planeados a través de la verificación de las distintas actividades encomendadas.

--	--	--	--

Jefe de la Jurisdicción	Al coordinador del programa.	El cumplimiento de las acciones planeadas.	Visita periódica a los diferentes centros de salud para la supervisión directa de las acciones y de los reportes que se le den.
Jefe de enfermeras de La Jurisdicción	Al personal de enfermería	El cumplimiento de las actividades designadas.	Visitas periódicas en campo para la supervisión directa de las actividades y reportes de cada jefe de enfermeras de los centros de salud.
Director de cada unidad	Al personal de su unidad	El cumplimiento de las actividades designadas.	Vigilancia continua en campo y unidad y reportes.

EVALUACIÓN

La evaluación y seguimiento se realizarán de manera periódica observando:

En la atención médica y antirrábica de personas agredidas

- Cómo se valora a las personas agredidas en la consulta externa.
- Personas agredidas que solicitan tratamiento.
- Personas en las que se indica tratamiento.
- Indirectamente, mediante la revisión de fichas clínicas de personas en tratamiento antirrábico.
- Número de personas en las que se indica tratamiento.
- Número de personas que terminan tratamiento.
- Cantidad de biológicos antirrábicos recibidos.
- Consumo semanal y mensual de biológicos antirrábicos humanos.
- Cantidad de biológicos reportados como aplicados.
- Validando el Informe Semanal de Rabia por centro de salud, jurisdicción sanitaria y el concentrado estatal, a efecto de determinar el número de semanas notificadas y por notificar.

En control de la rabia canina

- Casos registrados de rabia en perros, confirmados por laboratorio.
- Perros vacunados.
- Focos rábicos registrados, atendidos, reportados y analizados.

En el control del crecimiento de la población canina

- Animales por esterilizar.
- Animales por captar en donación voluntaria.
- Animales por sacrificar.
- De manera programada, visitar los lugares habilitados para hacer cirugías.
- Revisar la promoción contra los rendimientos que se están reportando.
- Constatar lo que se está informando a través de las autorizaciones de las cirugías.
- Revisar los insumos que se utilizan.

Para la condición libre de rabia

- Participación Municipal.
- Mapeo y croquis por localidad para precisar rutas.
- Disponibilidad de insumos mínimos (vacuna, jeringas, termos y placas).
- Calendarización por localidades.
- Verificar coberturas reportadas (encuestas).
- Identificar criaderos y puntos de venta de mascotas.
- Mediante estudios de laboratorio sistemáticos en los que se observe la no positividad de las muestras de perros agresores o de interés epidemiológico.(6)

5.1 CONCLUSIONES

En la integración de los croquis y de las listas de verificación se determina que la comunidad en estudio es de nueva creación, de difícil acceso y tiene una gran extensión territorial, además de ser un área parcialmente trabajada por el personal de salud.

En el estudio de comunidad se encontró que la mayoría de las familias son nucleares, el promedio de integrantes por familia corresponden a 4, además cuentan por lo menos con una mascota (perro, gato) por familia y desconocen el riesgo que implica el contar con éstos animales y los cuidados necesarios que ellos requieren.

En cuanto a la calificación del riesgo, en las familias de la población del AGEB 382-0 se sitúan entre el 1 y 2 que son los más altos y de mayor preocupación para el personal de salud.

Con respecto a la gráfica poblacional la mayor densidad se presenta en las edades de 10 a 19 años en ambos sexos, seguido por mujeres de 30 a 34 años y hombres de 35 a 39 años, por último por los menores de 5 años.

El total de mujeres en edad fértil corresponde aproximadamente a un tercio de la población.

El parentesco que se observa más son la paternidad y la maternidad e hijo de una manera proporcional lo que nos deduce que la mayoría de la población son familias nucleares y el resto lo conforman personas allegadas a estas.

Los menores de un año ocupan un porcentaje bajo dentro de la gráfica poblacional y la frecuencia de estos se encuentra en aquéllos que tienen tres meses.

El estado civil de los habitantes están principalmente ubicados en casados en su mayoría, la frecuencia de madres solteras es mínima al igual que padres solteros.

En lo referente a seguridad social se considera una zona de alto riesgo ya que más de la mitad de la población en estudio no cuenta con ésta prestación, aquellos que si lo tienen es por que son empleados u obreros o la han adquirido por afiliación al seguro popular.

En cuanto a la percepción económica semanal, se considera que es de predominio bajo lo que influye en la limitación de la posibilidad de acceso a los servicios de salud privados así como otros satisfactores como la educación, nutrición y vivienda.

La ocupación que predomina en el grupo de estudio es de estudiante, hogar y empleado y es importante resaltar que una mínima cantidad de personas se encuentran percibiendo un ingreso económico para la manutención familiar.

La escolaridad básica es la que predomina en la comunidad con extremos que van desde el analfabetismo hasta la formación profesional.

Esta población profesa preponderantemente la religión católica y cristiana.

Una tercera parte de la población no utiliza método de planificación familiar y en un porcentaje bajo esta población utiliza el preservativo como método lo cual los expone a adquirir enfermedades de transmisión sexual o tener embarazos no deseados.

Aproximadamente una mínima proporción de las mujeres embarazadas no asiste a por lo menos 3 consultas de atención prenatal, la mayoría de la población accede al servicio de control prenatal.

En cuanto a la vacuna Td. es alarmante observar que la mitad de la población embarazada no se la aplica.

Existe alto riesgo de presentarse problemas de salud en el binomio madre recién nacido durante el puerperio debido a que no acuden a su atención durante ésta etapa.

La mortalidad en estas colonias presentan un mayor índice entre los adultos mayores de 60 a 79 años. Entre las principales causas aparecen los padecimientos crónicos degenerativos, como las cardiopatías, Diabetes, Cáncer, la muerte natural y los accidentes.

Las características epidemiológicas referidas varían en relación a las estadísticas a nivel nacional, ya que se concentran los índices de mortalidad en las enfermedades crónico-degenerativas sin presentarse datos de enfermedades infectocontagiosas que describen la transición epidemiológica del país.

En lo referente al la mortalidad por sexo encontramos que los hombres mueren más que las mujeres y esto se relaciona tal vez con las causas de morbi-mortalidad presentadas.

La atención médica durante la defunción se presentó en la mayoría de los casos, sin embargo, aproximadamente una cuarta parte de la población no recibió éste servicio.

Las principales causas de morbilidad reportadas son por orden de frecuencia enfermedades respiratorias diabetes, hipertensión, seguidas de enfermedades gastrointestinales, piel y neoplasias así como inmunológicas y malformaciones

congénitas que comparativamente con el perfil nacional coincide con la transición epidemiológica.

Complementariamente se encontró que los grupos más afectados son: el de uno a nueve años seguido por el de treinta a treinta y nueve años.

En lo referente a la atención del menor de 5 años, aproximadamente una cuarta parte de los niños no cuenta con esquema de vacunación completa y 6 de cada 10 niños no tiene acceso a control médico periódico

Existe un elevado número de niños que no cuentan con aplicación de flúor debido al desconocimiento de los padres sobre esta medida profiláctica para la prevención de caries.

La mayoría de las familias llevan a cabo conductas generadoras de salud ya que se observe que realizan medidas higiénicas personales tales como, el lavado de manos, lavado dental y baño diario.

Existe un alto riesgo de padecer enfermedades diarreicas y parasitarias debido a la falta de tratamiento del agua y del lavado de frutas y verduras lo que tal vez se asocia al nivel de educación de la comunidad es predominantemente bajo.

Las viviendas cuentan en su mayoría con una buena infraestructura ya que los materiales que con mayor frecuencia se utilizan son el cemento, el concreto y el tabique, sin embargo es importante mencionar que una parte de ellas no cuenta con acabados externos e internos.

En lo referente a servicios públicos, la comunidad cuenta con insuficiencia de los servicios de pavimentación, drenaje, agua entubada y disposición de excretas.

Existe un desequilibrio en la alimentación de la población encuestada ya que de acuerdo a los resultados se observa una dieta con un contenido elevado en carbohidratos y poca cantidad de alimentos que proporcionan vitaminas, en lo que respecta a los alimentos a base de proteínas el aporte es equilibrado ya que se consumen algunos días leche, otros carne y huevo; las leguminosas no son consumidas suficientemente.

En cuanto a la fauna doméstica existe una gran cantidad de perros y gatos no vacunados; entre ellos tenemos: cachorros, adultos y hembras gestantes, lo cual representa una amenaza en la comunidad, para la transmisión de epizootias como la rabia.

La mayoría de las mascotas no cuentan con comprobante de vacunación aunque la población refiere que están vacunados, lo que nos hace reflexionar en la falta de cultura y responsabilidad en el cuidado de las mascotas y su esquema de vacunación.

Los perros permanecen en su mayoría los dos primeros años con la familia, después se desconoce su paradero.

Los gatos no reciben la atención ni cuidados básicos puesto que la mitad no cuenta con vacunación antirrábica y la población ignora la importancia de esto para el control de la rabia.

Durante el último año, se han incrementado los casos de rabia en perros, sobre todo en cachorros; así como el número de personas agredidas que en su mayoría son los hijos, en especial del género femenino; la edad comprendida está entre la edad de 11 a 20 años siendo el principal agresor el perro, aunado a que casi la mitad de las agresiones no son notificadas, ni tratadas siendo esto un factor de riesgo para la aparición de rabia.

Por otra parte el Proceso de Atención de Enfermería aplicado al estudio del caso comunitario permitió identificar el déficit de autocuidado de la población logrando estructurar los diagnósticos de enfermería a fin de planear la propuesta de intervención.

De acuerdo al tiempo establecido para el curso nos faltó tiempo para llevar a cabo las intervenciones y por lo tanto una evaluación de las mismas sin embargo espero que otra generación pudiera hacerle el seguimiento y lleve a cabo las acciones o bien el equipo de salud responsable de ese AGEB.

5.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) FRENK, Julio, la salud de la población. "Hacia una nueva salud pública", Segunda edición, Ed. La ciencia para todos, México, 2000, Pp 70 a 98.
- 2) BLANCO, Restrepo Jorge H. "Fundamentos de Salud Pública." Tomo 1, 1ª.ed; Colombia 1997, Pags 144
- 3) PINEAUL, R.La Planificación Sanitaria , conceptos, métodos y estrategias.españa.Edit.Masson.
- 4) ARTEAGA Basurto Carlos. "Desarrollo Comunitario" UNAM, Primera edición 2001.
- 5) BLANCO Restrepo Jorge H. "Fundamentos de Salud Pública", tomo 1 Salud Publica 1ª ed. 1997 Colombia.Pags 144
- 6) FRENK, Julio, la salud de la población. "Hacia una nueva salud pública", Segunda edición, Ed. La ciencia para todos, México, 2000.
- 7) PINEAUL, R.La Planificación Sanitaria , conceptos, métodos y estrategias.españa.Edit.Masson
- 8) PINEAUL, R.La Planificación Sanitaria , conceptos, métodos y estrategias.españa.Edit.Masson
- 9) TAPIA Conyer Roberto "El Manual de Salud Pública ", segunda edición ,2006. Intersistemas.
- 10) Antología "Teorías y Modelos de Enfermería " Base teórica para las especializaciones. México, D.F 1994.
- 11) Antología "Teorías y Modelos de Enfermería " Base teórica para las especializaciones. México, D.F 1994.
- 12) FRÍAS, Osuna Antonio, Salud Pública y Educación para la Salud Edt. Masson, S.A. Barcelona 2000 Págs. 440
- 13) BLANCO, Restrepo Jorge H. "Fundamentos de Salud Pública." Tomo 1, 1ª.ed; Colombia 1997, Pags 144
- 14) Monografía municipal de Ecatepec de Morelos 1998. Los Municipios del Estado de México. Bando Municipal 1998. Diagnóstico Municipal 1997. CREDITOS Leonardo Muñoz López, París Tlacacl Borja García
- 15) Programa de acción :Rabia 1ª edición ,2001, Sistema de salud, Col.Juárez o6696, México D.F

5.3 BIBLIOGRAFÍA

PIEDROLA, G. Medicina Preventiva y salud Pública, 10ª edición, Ed. Masson; Barcelona España, 2000.

FRÍAS, Osuna Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud Edt. Masson, S.A. Barcelona 2000 Págs. 440

ÁLVAREZ, Alva Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva Edt El Manual Moderno, S.A. México, D.F. 1991 Págs. 391

SÁNCHEZ, Rosado Manuel. Elementos de Salud Pública. 2ª Ed. Edt. Méndez Editores, S.A. de C.V. México, D.F. 1994 Págs. 308

LÓPEZ, Luna Maria Concepción. Salud Pública. Edt. Interamericana -Mc-Graw-Hill México D.F. 1993 Págs. 212

FRENK, Mora Julio. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. Edt La Ciencia- 133 desde México. México, D.F. 1993 Págs. 164

CÓRDOBA, Barradas Luis. "Una plataforma postclásica en Coacalco, Estado de México" México, INAH-Subdirección de Salvamento Arqueológico, en Matices y Alcances, Nuevas Investigaciones en salvamentos.

MAZZOCO, Montoya Alberto. Monografía Municipal. En proceso de edición. H. Ayuntamiento de Coacalco Méx.

Monografía municipal de Ecatepec de Morelos 1998. Los Municipios del Estado de México. Bando Municipal 1998. Diagnóstico Municipal 1997. CREDITOS Leonardo Muñoz López, París Tlacacl Borja García

Enciclopedia de los Municipios de México Estado de México © 2001. Centro Nacional de Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de México

<http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/méxico/mpios/15033a.html>

Plan de Desarrollo Municipal. Coacalco México. 1997.

KUMATE, Jesús. Gutiérrez, Gonzalo. Manual de Infectología. Ed. Manual Moderno Décima Edición 1988. p.c. 206-221.

PINEAUL, R. La Planificación Sanitaria, conceptos, métodos y estrategias. España. Edt. Masson.

OREM, D. El Modelo de OREM. Conceptos de Enfermería en la práctica, Masson, Salvat. Enfermería; Barcelona, 1993.

5.4 ANEXOS

ANEXO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

SECCIÓN I DATOS DE CONTROL

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Datos de control	Cuantitativo	Numérica	Folio		Primaria
	Cuantitativo	Numérico	Expediente		Primaria
	Cuantitativo	Numérico	Riesgo	1. de 55 a más 2. de 40 a 54 3. de 25 a 39 4. 7 a 24	Primaria

SECCION II IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Apellidos de la familia		Primaria
Demografía	Cualitativa	Nominal	Origen		Primaria
	Cuantitativa	Numérica	Domicilio		Primaria
	Cuantitativa	Numérica	Sector y manzana		Primaria
	Cuantitativa	Numérica continua	Número de casa		Primaria
	Cuantitativa	Numérica continua	Número de familia		Primaria
	Cuantitativa	Numérica continua	Tiempo de vivir en ese domicilio	1. Menos de un mes 2. 1 a 12 meses 3. 1 año a mas	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Lugar de procedencia	1. DF. 2. Edo. de México 3. Michoacán 4. Chiapas 5. Veracruz 6. Hidalgo 7. Tlaxcala 8. Puebla 9. Zacatecas 10. Guerrero 11. San Luís Potosí 12. Nayarit 13. Jalisco 14. Oaxaca 15. Guanajuato	Primaria

SECCION III DATOS ESPECIFICOS DE LOS INTEGRANTES

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Demografía	Cualitativa	Nominal	Parentesco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padre 2. Madre 3. Hijo (a) 4. Abuelo 5. Nietos 6. Otro 	Primaria
Demografía	Cuantitativa	Numérica continua	Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1. -1año 2. 1 a 4 3. 5 a 9 4. 10 a 14 5. 15 a 19 6. 20 a 24 7. 25 a 29 8. 30 a 34 9. 35 a 39 10. 40 a 44 11. 45 a 49 12. 50 a 64 13. 65 a 69 14. 70 a 74 15. 75 a 79 16. 80 a 84 17. 85 a más 	Primaria
Demografía	Cualitativa	Nominal	Genero	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 	Primaria
Servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Seguridad social	<ol style="list-style-type: none"> 1. IMSS 2. ISSSTE 3. ISEMYM 4. SEDENA 5. Particular 6. Otros 7. Ninguno 8. Seguro popular 	Primaria
Demografía	Cualitativa	Nominal	Estado Civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Unión Libre 5. Viudo 6. Separado 7. No aplica 8. Madre soltera 9. Papa Soltero 	Primaria

Factores socioeconómicos	Cuantitativa	Nominal	Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Hogar 3. No aplica 4. Obrero 5. Profesionista 6. Técnico 7. Oficio 8. Estudiante 9. Desempleado 10. Comerciante 11. Pensionado 	Primaria
	Cuantitativa	Numérico continuo	Ingreso Diario	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tiene 2. <500 3. 501-1000 4. 1001 a + 	Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Grado escolar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Preescolar 4. Primaria Incompleta 5. Primaria completa 6. Secundaria Incompleta 7. Secundaria completa 8. Educación media incompleta 9. Educación media completa 10. Universidad incompleta 11. Universidad completa 12. Posgrado incompleto 13. Posgrado completo 14. No aplica 	Primaria
Factores sociales	Cualitativa	Nominal	Religión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Cristiano 3. Testigos de Jehová 4. Mormón 5. Evangelista 6. Ninguno 	Primaria

SECCION IV, V MUJERES EN EDAD FERTIL E INMUNIZACIONES

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Factores sociales	Cualitativa	Nominal	Planificación familiar de la pareja	1. Si 2. No 3. No aplica	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Método	1. Si 2. No	Primaria
Servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Embarazo	1. SI 2. NO	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Control prenatal (+2 consultas)	1. SI 2. NO	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Puerperio	3. No aplica	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Esquema completo de Td	3. No aplica	Primaria

SECCION VI MORTALIDAD EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Daños a la salud	Cualitativa	Nominal	Mortalidad		Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Edad		Primaria
	Cualitativa	Nominal	Genero	1. Hombre 2. Mujer	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Enfermedad		Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Fecha de defunción		Primaria
Servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Atención medica	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Lugar de atención	1. IMSS 2. ISSSTE 3. ISEMYM 4. SEDENA 5. Particular 6. Otros 7. Ninguno	Primaria

SECCION VII MORBILIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO DENTRO NUCLEO FAMILIAR

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Morbilidad		Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Edad		Primaria
	Cualitativa	Nominal	Genero	1. Hombre 2. Mujer	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Enfermedad o discapacidad		Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Fecha de inicio		Primaria
	Cuantitativa	Numérico	atención médica	1. Si 2. No	Primaria

SECCION VIII DATOS DEL MENOR DE 5 AÑOS

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Demografía	Cuantitativa	Numérico	Edad del menor de 5 años	1. >1 año 2. 2 años 3. 3 años 4. 4 años 5. >5 años	Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Edad del menor de un año	1. 1 mes 2. 2 meses 3. 3 meses 4. 4 meses 5. 5 meses 6. 6 meses 7. 7 meses 8. 8 meses 9. 9 meses 10. 10 meses 11. 11 meses	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Género	1. Hombre 2. Mujer	Primaria
Daños a la salud	Cuantitativa	Numérico	Peso	1. Sin datos	Primaria
	Cuantitativa	Numérico	Talla	1. Sin datos	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Alimentación	1. Tiempo 2. Tipo	Primaria
	Cuantitativa	Nominal	Inmunizaciones	1. Completo 2. Incompleto	Primaria
	Cuantitativa	Nominal	Aplicación del Flour	1. Si 2. No	Primaria
	Cuantitativa	Nominal	Control medico periódico	1. Si 2. No	Primaria

SECCION IX MEDIDAS PREVENTIVAS PERSONALES

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Daños a la salud	Cualitativa	Nominal	Tratamiento del agua	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Desinfección de frutas y verduras	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Lavado de manos antes de comer	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Lavado de manos después de ir al baño	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Se lavan los dientes	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Se bañan diario	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Se cambia la ropa diario	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Con que frecuencia cambia la ropa de cama	1. 1 a 8 días 2. 9 a 5 día 3. más de 15 días	Primaria

SECCION X CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Factores socioeconómicos	Cualitativa	Nominal	La casa es	1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. Otra	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Numero de cuartos		Primaria
	Cualitativa	Numérica	Cocina separa	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Tipo de techo	1. Lamina 2. Concreto	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Tipo de piso	1. Loseta 2. Cemento 3. Tierra 4. Mixto	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Tipo de muro	1. Tabique 2. Madera 3. Lamina 4. Mixto	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Tipo de acabado	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Agua potable	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Drenaje	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Electricidad	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Teléfono	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Radio	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Refrigerador	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Televisión	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Pavimento	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Recolección de basura	1. Si 2. No	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Disposición de excretas	1. W.C. 2. Fosa Séptica 3. Letrina	Primaria

SECCION XI ALIMENTOS (GENERALIDADES)

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Daños a la salud	Cualitativa	Nominal	Carne	1. 1 vez a la sem 2. 2 veces a la sem 3. 3 veces a la sem 4. 4 veces a la sem 5. 5 veces a la sem 6. 6 veces a la sem 7. 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Leche	1. 1 vez a la sem. 2. 2 veces a la sem. 3. 3 veces a la sem 4. 4 veces a la sem 5. 5 veces a la sem 6. 6 veces a la sem 7. 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Huevo	1. 1 vez a la sem 2. 2 veces a la sem 3. 3 veces a la sem 4. 4 veces a la sem 5. 5 veces a la sem 6. 6 veces a la sem 7. 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Fruta	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem 3 3 veces a la sem 4 4 veces a la sem 5 5 veces ala sem 6 6 veces a la sem 7 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Verduras	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem 3 3 veces a la sem 4 4 veces a la sem 5 5 veces a la sem 6 6 veces a la sem 7 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Pan	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem 3 3 veces a la sem 4 4 veces a la sem 5 5 veces a la sem 6 6 veces a la sem 7 7 veces a la sem	

Daños a la salud	Cualitativa	Nominal	Tortillas	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem 3 3 veces a la sem 4 4 veces a la sem 5 5 veces a la sem 6 6 veces a la sem 7 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Pastas	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem 3 3 veces a la sem 4 4 veces a la sem 5 5 veces a la sem 6 6 veces a la sem 7 veces a la sem	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Leguminosas	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem. 3 3 veces a la sem. 4 4 veces a la sem. 5 5 veces a la sem. 6 6 veces a la sem. 7 veces a la sem.	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Chatarra	1 1 vez a la sem 2 2 veces a la sem 3 3 veces a la sem 4 4 veces a la sem 5 5 veces a la sem 6 6 veces a la sem 7 veces a la sem	Primaria

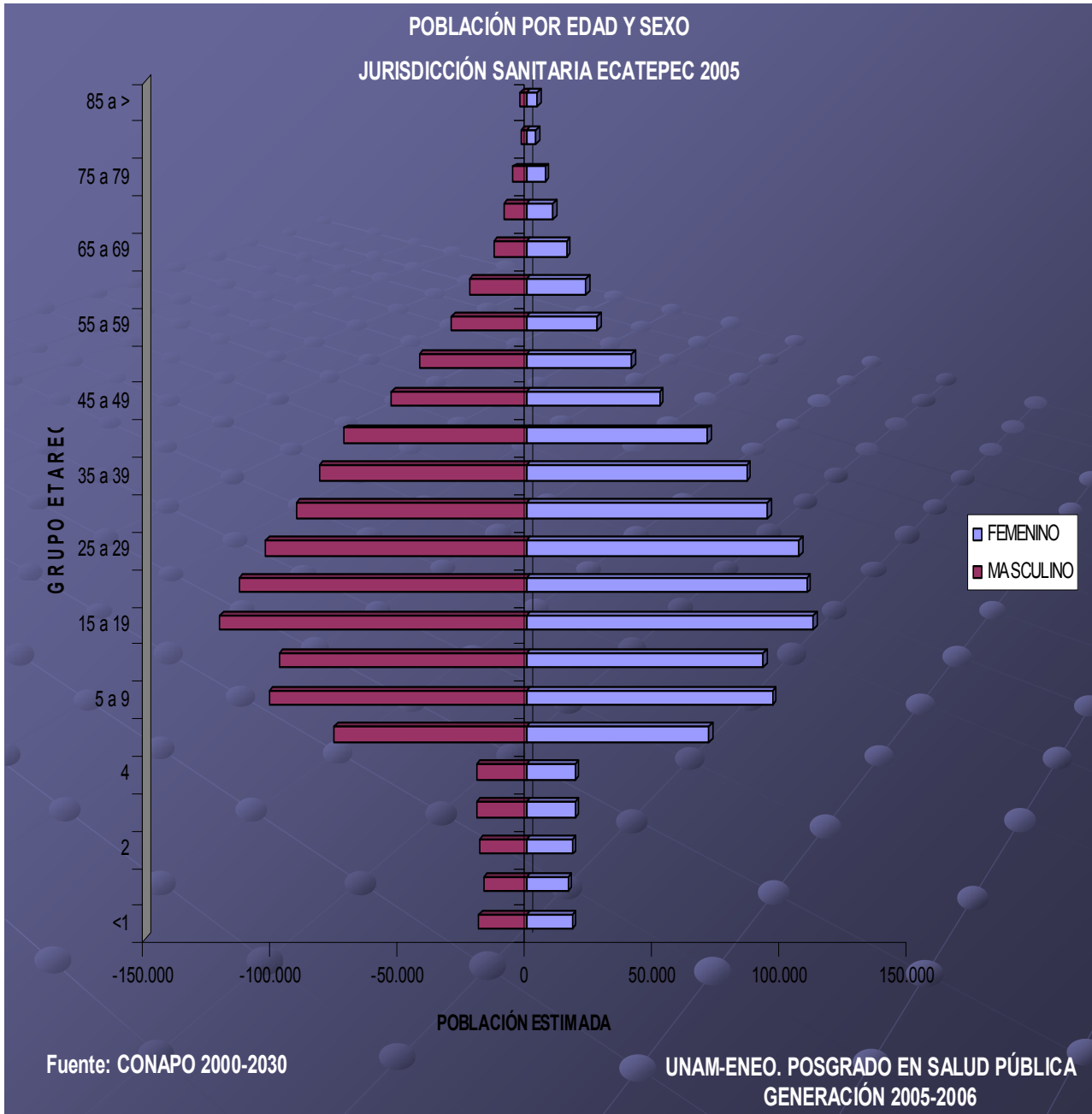
SECCION XII FAUNA DOMESTICA

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Ponderación	Fuente
Daños a la salud	Cualitativa	Nominal	Cachorros	1. vacunados 2 no vacunados	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Sexo del cachorro	1. hembra 2. macho	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Gatos	1 .vacunados 2 no vacunados	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Sexo de gatos	1 .hembra 2. macho	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Hembra gestante	1 .vacunados 2 no vacunados	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Animal adulto	1 vacunados 2 no vacunados	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Sexo animales adulto	1. hembra 2 .macho	Primaria
	Cuantitativo	Numérico	Total animales vacunados		Primaria
	Cualitativa	Nominal	Sexo total vacunados	1. hembra 2 .macho	Primaria
	Cuantitativo	Numérico	Total animales sin vacunar		Primaria
	Cualitativa	Nominal	Sexo total sin vacunar	1 = hembra 2 = macho	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Comprobante de vacunación	1 = sin comprobante 2 = SSA 3 = Otro	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Accidente por mordedura de perro	1 = si 2 = no	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Parentesco familiar mordedura de perro		Primaria
	Cuantitativo	Numérico	Edad mordedura de perro		Primaria
	Cualitativa	Nominal	Sexo de mordidos	1 Masculino 2 Femenino	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Tratamiento	1 si 2 no	Primaria
	Cualitativa	Nominal	Notificación	1 si 2 no	Primaria

ELABORO:

FIRMA:

ANEXO 3



ANEXO 4

CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR

Número	Criterios de Riesgo	Calificación
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil 14 a 49 años	15
3	Embarazadas	20
4	Integrantes de la familia que curse con algún padecimiento crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etareos	10
6	Inmunización canina y de vivienda deficientes	7
Total		10

Cuadro 1

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2005

Clasificación por riesgo

Riesgo	Puntaje
1	De 55 y más años
2	De 40 a 54 años
3	De 25 a 39 años
4	De 7 a 24 años

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2005



CECULA DE CAPTACION DE DATOS POR FAMILIA
 SERIE FV01. Cuestionario de características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas de ASES 300-0. Proyecto: Cuadalupe Victoria perteneciente a la Coordinación Municipal Pura Calles de la Jurisdicción Sanitaria Ecaterec. Copia resultado permitido identificar sexo, edad y número de personas que conforman familia de acuerdo al año.

DATOS DE CONTROL		II. IDENTIFICACION FAMILIAR			
EDAD	SEXO	I. APELLIDO DE LA FAMILIA		CALLE	
FECHA	ESTADO	C. LOCALIDAD		C. MUNICIPIO	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCION	D. TIPO DE VIVIENDA (L=LIBRE, E=EN ALQUILER)		E. TIPO DE CASO	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCION	F. TIPO DE CASO		G. TIPO DE CASO	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCION	H. TIPO DE CASO		I. TIPO DE CASO	

III. DATOS ESPECIFICOS DE LOS INTEGRANTES										IV. MUJERES EN EDAD FERTIL				V. INMUNIZACIONES		
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD (AÑOS)	REGIMEN SOCIAL	INGRESO SEMANAL				REGION	PLANEACION FAMILIAR DE LA FAMILIA	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL	
				1	2	3	4									1. SI 2. NO
1																
2																
3																
4																
5																
6																

VI. MORTALIDAD EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS				VII. MORBILIDAD EN EL ULTIMO AÑO DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR			
CALUSA DE MUERTE	EDAD	FECHA DE ATENCION MEDICA	FECHA DE DEFUNCION	EDAD	ENFERMEDAD Y/O DISCAPACIDAD	FECHA DE INICIO	ATENCION MEDICA
1	2	3	4	5	6	7	8

E=CASADO, R=SOLTERO, O=DIVORCIADO, L=UNION LIBRE, V=VIUDO E=EMPLEADO, O=OBRERO, P=PROFESIONISTA, T=TECNICO, OF=OFICIO, E=ESTUDIANTE, D=DESEMPLEADO, C=COMERCIANTE, PEN=PENSIONADO, H=HOSAR

ANEXO 5

